Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации

ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

**Кафедра пропедевтики внутренних болезней и терапии**

**ПРОПЕДЕВТИКА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ, ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА**

# СБОРНИК МЕТОДИЧЕСКИХ УКАЗАНИЙ

# ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ К КЛИНИЧЕСКИМ ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ

**Блок «ПРОПЕДЕВТИКА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ»**

**для специальности 060103 - Педиатрия** (очная форма обучения)

Красноярск

2013

УДК 616(07)

ББК 54.1

П 81

Пропедевтика внутренних болезней, лучевая диагностика : сб. метод. указаний для обучающихся к клинич. практ. занятиям для специальности 060103 – Педиатрия (очная форма обучения) / сост. Л.С. Поликарпов, Н.А. Балашова, Е.И. Харьков [и др.]. – Красноярск : тип. КрасГМУ, 2013. - 457с.

**Составители**: д.м.н., проф. Поликарпов Л.С.,

к.м.н., доц. Балашова Н.А.,

д.м.н., проф. Харьков Е.И.,

к.м.н., доц. Карпухина Е.О.,

к.м.н., доц. Иванов А.Г.,

к.м.н., доц. Деревянных Е.В.,

к.м.н. Цибульская Н.Ю.,

к.м.н. Яскевич Р.А.,

Козлов Е.В.

Сборник методических указаний к клиническим практическим занятиям предназначен для аудиторной работы обучающихся. Составлен в соответствии с ФГОС ВПО (2010) по специальности 060103-Педиатрия (очная форма обучения), рабочей программой дисциплины (2012) и СТО СМК 4.2.01-11. Выпуск 3.

Рекомендован к изданию по решению ЦКМС (Протокол №\_\_\_ от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_)

КрасГМУ

2013

**Содержание.**

**Занятие 1**. Знакомство с кафедрой пропедевтики внутренних болезней. Организация скорой медицинс­кой помощи больным. Метод

расспроса. С. 5

**Занятие 2**. Наружный осмотр. Определение антропометрических показателей. Термометрия и виды температурных кривых. Пальпация кожных покровов, лимфати­ческих узлов, костно-мышечной систем. С. 14

**Занятие 3**. Обследование больного с заболеваниями органов дыхания: жалобы, анамнез, внешний осмотр. Осмотр и пальпация грудной клетки.

С. 36

**Занятие 4**. Сравнительная и топографическая перкуссия легких. Определение подвижности легочного края, границ легких. С. 57

**Занятие 5.** Аускультация легких. Методика и техника аускультации. Места и последовательность выслушивания грудной клетки. С. 77

**Занятие 6**. Лабораторные, функциональные и инструментальные методы исследования органов дыхания. С. 97

**Занятие 7**. Система органов дыхания. Итоговое занятие. С. 114

**Занятие 8**. Методы обследования больных с заболеваниями органов кровообращения. Осмотр и пальпация прекардиальной области. С. 126

**Занятие 9**. Перкуссия сердца. Техника и правила перкуссии сердца. С. 141

**Занятие 10**. Аускультация сердца, правила и техника аускультации. Места проекции и выслушивания клапанов сердца. С. 157

**Занятие 11**. Аускультация сердца. Тоны сердца, шумы сердца. С. 172

**Занятие 12**. Функциональные методы обследования больных с заболеваниями органов кровообращения. С. 188

**Занятие 13**. Сердечно-сосудистая система. Итоговое занятие. Написание тестового контроля. Сдача практических навыков. Решение ситуационных задач. Интерпретация ЭКГ. Защита ИБ. С. 211

**Занятие 14.** Методы обследования больных с заболеваниями ЖКТ. С. 223

**Занятие 15**. Методы обследования больных с заболеваниями органов желчевыделения. Пальпация печени и желчного пузыря. Перкуссия печени. Пальпация и перкуссия селезенки. С. 238

**Занятие 16**. Система органов пищеварения. Итоговое занятие. С. 256

**Занятие 17**. Особенности обследования больных с заболеваниями почек: жалобы, анамнез, наружный осмотр. Пальпация почек. Симптоматология заболеваний почек. С. 269

**Занятие 18**. Дополнительные методы исследования больных с патологи­ей мочевыделительной системы. Гломерулонефрит, пиелонефрит. ХПН С. 288

**Занятие 19**. Методы обследования больных с различными заболеваниями эндокринной системы. Симптомы заболеваний щитовидной железы. Симптомы сахарного диабета. С. 307

**Занятие 20.** Особенности обследования больных с заболеваниями органов кроветворения. Симптоматология наиболее распространенных заболеваний системы крови. С. 321

**Занятие 21**. Симптоматология бронхитов, бронхиальной астмы, бронхопнев­монии, бронхоэктатической болезни, эмфиземы легких, крупоз­ной пневмонии. Симптоматология нагноительных заболеваний легких (абсцесс, гангрена, плеврит). Пневмоторакс. С. 341

**Занятие 22**. Симптоматология острой ревматической лихорадки. Митральные пороки сердца. С. 360

**Занятие 23**. Инфекционный эндокардит. Общие представления. Аортальные пороки сердца. Недостаточность трехстворчатого клапана. С. 383

**Занятие 24**. Симптоматология гипертонической болезни. Методы диагностики, формы и стадии гипертонической болезни, факторы риска АГ, классификация ГБ. Симптоматические АГ. С. 406

**Занятие 25**. Симптоматология стенокардии и инфаркта миокарда, диаг­ностика С. 420

**Занятие 26**. Итоговая курация. Разбор курируемых больных. Написание истории болезни. С. 440

#### 1.Занятие №1.

**Тема: «Знакомство с кафедрой пропедевтики внутренних болезней. Организация скорой медицинской помощи больным. Метод расспроса».**

**2.Форма организации занятия:** клиническое практическое.

**3.Значение изучения темы**: Без освоения умения провести полноценный наружный осмотр, оценить особенности антропо-

метрических данных (в том числе конституции, телосложения), измерить температуру тела, составить и оценить температурную кривую, пропальпировать внешние покровы тела – невозможно говорить о серьезной диагностике, а значит и о лечении пациента. Без освоения этого раздела деятельности невозможно говорить профессионализме врача.

**4.Цели обучения**:

-общая: обучающиеся должны обладать общекультурными (ОК) и профессиональными компетенциями (ПК):

* способностью и готовностью анализировать социально-значимые проблемы и процессы, использовать на практике методы гуманитарных, естественнонаучных, медико-биологических и клинических наук в различных видах профессиональной и социальной деятельности (ОК-1);
* способностью и готовностью к логическому анализу, публичной речи, редактированию текстов профессионального содержания, осуществлению общевоспитательной деятельности, к сотрудничеству и разрешению конфликтов, к толерантности (ОК –5);
* способностью и готовностью осуществлять свою деятельность с учетом принятых в обществе моральных и правовых норм, соблюдением правил врачебной этики, законов и нормативных правовых актов по работе с конфиденциальной информацией, сохранять врачебную тайну ( ОК – 8 );
* способностью и готовностью реализовать этические и деон- тологические аспекты врачебной деятельности в общении с коллегами , средним и младшим медицинским персоналом , взрослым населением и подростками их родителями и родственниками (ПК – 1);
* способностью и готовностью проводить и интерпретировать опрос, физикальный осмотр, клиническое обследование, результаты сов- ременных лабораторно-инструментальных исследований, морфо- логического анализа биопсийного, операционного и секционного материала, написать медицинскую карту амбулаторного и стационарного больного ( ПК -5 );
* способностью и готовностью проводить патофизиологический анализ клинических синдромов, обосновывать патогенетически оправданные методы (принципы) диагностики, лечения, реабилитации и профилактики среди взрослого населения и подростков с учетом их возрастно-половых групп (ПК-6);
* способностью и готовностью к постановке диагноза на основании результатов биохимических исследований биологических жидкостей и с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом (ПК-15);

**Студент должен знать:**

* Ведение типовой учетно-отчетной медицинской документации в медицинских организациях;
* Заболевания, связанные с неблагоприятными воздействиями климатических и социальных факторов;
* Основы профилактической помощи, организации профилактических мероприятий, направленных на укрепления здоровья населения;
* Методы диагностики, диагностические возможности методов непосредственного исследования больного терапевтического профиля.

**Студент должен уметь:**

* Определить статус пациента: собрать анамнез, провести опрос пациента и /или его родственников,
* Оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи;
* Оценить социальные факторы, влияющие на состояние физического и психологического здоровья пациента; культурные, этические, религиозные, семейные факторы риска;
* Заполнять историю болезни.

**Студент должен владеть**:

* Правильным ведением медицинской документации.
* Методами общеклинического обследования (расспрос).

**5.План изучения темы**:

**5.1. Контроль исходного уровня знаний** – не предусматривается.

5**.2. Основные понятия и положения темы:** «Расспрос больного» , «Основные жалобы » , «Дополнительные жалобы » , «История заболевания и жизни больного» . Схема обследования больного в терапевтической практике.

**5.3.Самостоятельная работа по теме**:

- курация больных;

- заполнение фрагмента истории болезни;

**5.4.Итоговый контроль знаний :**

- разбор курируемых больных

- ответы на вопросы по теме занятия

- решение тестовых заданий

**6. Домашнее задание для уяснения темы следующего задания**

**Тестовые задания.**

**Вариант 1**

001 КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ СТАЦИОНАРА ТЕМ,

ЧТО

1) в клинике ведется лечебно-диагностическая работа

2) в клинике ведется лечебно-диагностическая и научно-исследовательская работа

3) в клинике ведется лечебно-диагностическая, научно-исследовательская работа и проводится обучение студентов.

4)клиника является обязательным структурным подразделением учебного заведения

5)стационар не обязан предоставлять свою базу для обучения студентов

002 К ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ МЕТОДАМ ОБСЛЕДОВАНИЯ НЕ ОТНОСИТСЯ

1) расспрос

2) пальпация

3) аускультация

4) ЭКГ

5) рентгенография

003 СУБЪЕКТИВНЫЙ МЕТОД ОБСЛЕДОВАНИЯ

1) осмотр

2) расспрос

3) пальпация

4) перкуссия

5) аускультация

004 К ОСНОВНЫМ ЖАЛОБАМ НЕ ОТНОСИТСЯ

1) боли в области сердца

2) одышка

3) учащенное мочеиспускание

4) слабость

5)снижение аппетита

005 ANAMNESIS MORBI - ЭТО

1) история настоящего заболевания

2) история жизни больного

3)данные осмотра

4)данные пальпации

5)данные аускультации

006 СВЕДЕНИЯ О ВСЕХ ПЕРЕНЕСЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

ОТРАЖАЮТСЯ

1) в жалобах

2) в anamnesis morbi

3) anamnesis vitae

4)в паспортной части

5)в представлении о больном

007 К ВРЕДНЫМ ПРИВЫЧКАМ ОТНОСИТСЯ

1) курение

2) злоупотребление алкоголем

3) токсикомания

4) все перечисленное

5)сухоедение

008 АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ ОПИСЫВАЕТСЯ

1) в жалобах

2) в anamnesis morbi

3) anamnesis vitae

4)в паспортной части

5)в представлении о больном

009 ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПОМЕТКА О НЕПЕРЕНОСИМОСТИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ВЕЩЕСТВ ДЕЛАЕТСЯ

1) в жалобах

2) на титульном листе истории болезни

3) все перечисленное верно

4) в anamnesis morbi

5) в anamnesis vitae

010 ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПАЦИЕНТА ОПИСЫВАЕТСЯ

1) в жалобах

2) в anamnesis morbi

3) в anamnesis vitae.

4) в преставлении о больном

5) в st.praesens

**Вариант 2**

001 СУБЪЕКТИВНЫЙ МЕТОД ОБСЛЕДОВАНИЯ

1) осмотр

2) расспрос

3) пальпация

4) перкуссия

5)аускультация

002 КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ СТАЦИОНАРА ТЕМ, ЧТО

1) в клинике ведется лечебно-диагностическая работа

2) в клинике ведется лечебно-диагностическая и научно-исследовательская работа

3) в клинике ведется лечебно-диагностическая, научно-исследовательская и учебная работа

4)клиника является обязательным структурным подразделением учебного заведения

5)стационар не обязан предоставлять свою базу для обучения студентов

003 СВЕДЕНИЯ О ВСЕХ ПЕРЕНЕСЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОТРАЖАЮТСЯ

1) в жалобах

2) в anamnesis morbi

3) в anamnesis vitae

4)в паспортной части

5)в представлении о больном

004 К ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ МЕТОДАМ ОБСЛЕДОВАНИЯ НЕ ОТНОСИТСЯ

1) расспрос

2) пальпация

3) аускультация

4) осмотр

5) рентгенография

005 АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ ОПИСЫВАЕТСЯ

1) в жалобах

2) в anamnesis morbi

3) в anamnesis vitae

4) в паспортной части

5) в представлении о больном

006 К ОСНОВНЫМ ЖАЛОБАМ НЕ ОТНОСИТСЯ

1) боли в области сердца

2) одышка

3) учащенное мочеиспускание

4) слабость

5) снижение аппетита

007 ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПОМЕТКА О НЕПЕРЕНОСИМОСТИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ВЕЩЕСТВ ДЕЛАЕТСЯ

1) в жалобах

2) на титульном листе истории болезни

3) все перечисленное верно

4) в anamnesis morbi

5) в anamnesis vitae

008 ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПАЦИЕНТА ОПИСЫВАЕТСЯ

1) в жалобах

2) в anamnesis morbi

3) anamnesis vitae

4) в преставлении о больном

5)в st.praesens

009 ANAMNESIS MORBI - ЭТО

1) история настоящего заболевания

2) история жизни больного

3)данные осмотра

4)данные пальпации

5)данные аускультации

010 К ВРЕДНЫМ ПРИВЫЧКАМ ОТНОСИТСЯ

1) курение

2) злоупотребление алкоголя

3) токсикомания

4) все перечисленное

5) сухоедение

**Вариант 3.**

001 ANAMNESIS MORBI - ЭТО

1) история настоящего заболевания

2) история жизни больного

3) данные осмотра

4) данные пальпации

5) данные аускультации.

002 К ВРЕДНЫМ ПРИВЫЧКАМ ОТНОСИТСЯ

1) курение

2) злоупотребление алкоголем

3) токсикомания

4) все перечисленное

5) сухоедение.

003 АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ ОПИСЫВАЕТСЯ

1) в жалобах

2) в anamnesis morbi

3) anamnesis vitae

4) в паспортной части

5) в представление о больном.

004 К ОСНОВНЫМ ЖАЛОБАМ НЕ ОТНОСИТСЯ

1) боли в области сердца

2) одышка

3) учащенное мочеиспускание

4) слабость

5) снижение аппетита.

005 ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПОМЕТКА О НЕПЕРЕНОСИМОСТИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ВЕЩЕСТВ ДЕЛАЕТСЯ

1) в жалобах

2) на титульном листе истории болезни

3) все перечисленное верно

4) в anamnesis morbi

5) anamnesis vitae

006 ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПАЦИЕНТА ОПИСЫВАЕТСЯ

1) в жалобах

2) в anamnesis morbi

3) anamnesis vitae

4) в представлении о больном

5) в st.praesens.

007 СУБЪЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ЯВЛЯЕТСЯ

1) осмотр

2) расспрос

3) пальпация

4) перкуссия

5) аускультация.

008 К ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ МЕТОДАМ ОБСЛЕДОВАНИЯ НЕ ОТНОСИТСЯ

1) расспрос

2) пальпация

3) аускультация

4) осмотр

5) рентгенография.

009 КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ СТАЦИОНАРА ТЕМ,

ЧТО

1) в клинике ведется лечебно-диагностическая работа

2) в клинике ведется лечебно-диагностическая и научно-исследовательская работа

3) в клинике ведется лечебно-диагностическая, научно-исследовательская работа и проводится обучение студентов

4) клиника является обязательным структурным подразделением учебного заведения

5) стационар не обязан предоставлять свою базу для обучения студентов.

010 СВЕДЕНИЯ О ВСЕХ ПЕРЕНЕСЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОТРАЖАЮТСЯ

1) в жалобах

2) в anamnesis morbi

3) anamnesis vitae

4) в паспортной части

5) в представлении о больном.

**Вариант 4.**

001К ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ МЕТОДАМ ОБСЛЕДОВАНИЯ НЕ ОТНОСИТСЯ

1) расспрос

2) пальпация

3) аускультация

4) осмотр

5)рентгенография

002 ANAMNESIS MORBI - ЭТО

1) история настоящего заболевания

2) история жизни больного

3) данные осмотра

4) данные пальпации

5) данные аускультации.

003 ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПОМЕТКА О НЕПЕРЕНОСИМОСТИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ВЕЩЕСТВ ДЕЛАЕТСЯ

1) в жалобах

2) на титульном листе истории болезни

3) все перечисленное верно

4) в anamnesis morbi

5) в anamnesis vitae.

004 К ОСНОВНЫМ ЖАЛОБАМ НЕ ОТНОСИТСЯ

1) боли в области сердца

2) одышка

3) учащенное мочеиспускание

4) слабость

5) снижение аппетита.

005 АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ ОПИСЫВАЕТСЯ

1) в жалобах

2) в anamnesis morbi

3) anamnesis vitae

4) в паспортной части

5) в представлении о больном.

006 СУБЪЕКТИВНЫЙ МЕТОД

1) осмотр

2) расспрос

3) пальпация

4) перкуссия

5) аускультация.

007 К ВРЕДНЫМ ПРИВЫЧКАМ ОТНОСИТСЯ

1) курение

2) злоупотребление алкоголем

3) токсикомания

4) все перечисленное

5) сухоедение.

008 ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПАЦИЕНТА ОПИСЫВАЕТСЯ

1) в жалобах

2) в anamnesis morbi

3) anamnesis vitae

4) в представлении о больном

5) в st.praesens

009 СВЕДЕНИЯ О ВСЕХ ПЕРЕНЕСЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОТРАЖАЮТСЯ

1) в жалобах

2) в anamnesis morbi

3) anamnesis vitae

4) в паспортной части

5) в представлении о больном.

010 КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ СТАЦИОНАРА ТЕМ,

ЧТО

1) в клинике ведется лечебно-диагностическая работа

2) в клинике ведется лечебно-диагностическая и научно-исследовательская работа

3) в клинике ведется лечебно-диагностическая, научно-исследовательская работа и проводится обучение студентов

4) клиника является обязательным структурным подразделением учебного

Заведения

5) стационар не обязан предоставлять свою базу для обучения студентов.

**7. Рекомендации по УИРС - не предусмотрены.**

**8.Рекомендуемая литература:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование, вид издания | Автор(-ы), составитель(-и), редактор(-ы) | Место издания, издательство, год |
| **Основная литература** | | | |
| 1. | [Пропедевтика внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=31615) : учеб.для мед. вузов | Н. А. Мухин, В. С. Моисеев | М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. |
| **Дополнительная литература** | | | |
| 1. | [Дополнительные методы обследования больного в терапевтической практике](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=1888) : учеб.пособие для студентов мед. вузов. Ч.2. | Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, Е. О. Карпухина [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2011. |
| 2. | [Дополнительные методы обследования больного в терапевтической практике](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=1889) : учеб.пособие для студентов мед. вузов. Ч.1. | Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, Е. О. Карпухина [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2011. |
| 3. | [Практикум по пропедевтике внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=21500) : учеб.пособие | ред. Ж. Д. Кобалава, В. С. Моисеев | М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. |
| 4. | [Пропедевтика внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=24744) : учеб.пособие к внеаудиторной работе для студентов 3 курса по спец. 060101- Лечебное дело, 060103- Педиатрия | сост. Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, А. Г. Иванов [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2009. |
| 5. | [Пропедевтика внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=30979) : учеб.пособие к аудиторной работе для студентов 3 курса по спец. 060101-Лечебное дело, 060103- Педиатрия. Ч.1.. - Режим доступа: polikarpov\_\_propedevtika\_stud\_3\_lech\_ped\_audit\_1\_1297665056.pdf | сост. Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, А. Г. Иванов [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2009. |
| 6. | [Пропедевтика внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=32404) : учеб.пособие к аудиторной работе для студентов 3 курса по спец. 060101-Лечебное дело, 060103- Педиатрия. Ч.2. | сост. Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, А. Г. Иванов [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2009. |

1. **Занятие №2**

**Тема: «Наружный осмотр. Определение антропометрических показателей. Термометрия и виды температурных кривых. Пальпация кожных покровов, лимфатических узлов, костно-мышечной системы»**

**2.Форма организации занятия**: клиническое практические

**3.Значение изучения темы**: Без освоения умения провести

полноценный наружный осмотр, оценить особенности антропометрических данных (в том числе конституции, телосложения), измерить температуру тела, составить и оценить температурную кривую, пропальпировать внешние покровы тела – невозможно говорить о серьезной диагностике, а значит и о лечении пациента. Без освоения этого раздела деятельности невозможно говорить о профессионализме врача.

**4.Цели обучения**

**-общая**: обучающийся должен овладеть следующими

общекультурными (ОК) и профессиональными компетенциями (ПК):

* способностью и готовностью анализировать социально-значимые проблемы и процессы, использовать на практике методы гуманитарных, естественнонаучных, медико-биологических и клинических наук в различных видах профессиональной и социальной деятельности (ОК-1);
* способностью и готовностью к логическому анализу, публичной речи, редактированию текстов профессионального содержания, осуществлению общевоспитательной деятельности, к сотрудничеству и разрешению конфликтов, к толерантности (ОК –5);
* способностью и готовностью осуществлять свою деятельность с учетом принятых в обществе моральных и правовых норм, соблюдением правил врачебной этики, законов и нормативных правовых актов по работе с конфиденциальной информацией, сохранять врачебную тайну ( ОК – 8 );
* способностью и готовностью реализовать этические и деон- тологические аспекты врачебной деятельности в общении с коллегами , средним и младшим медицинским персоналом , взрослым населением и подростками их родителями и родственниками (ПК – 1);
* способностью и готовностью проводить и интерпретировать опрос, физикальный осмотр, клиническое обследование, результаты сов- ременных лабораторно-инструментальных исследований, морфо- логического анализа биопсийного, операционного и секционного материала, написать медицинскую карту амбулаторного и стационарного больного ( ПК -5 );
* способностью и готовностью проводить патофизиологический анализ клинических синдромов, обосновывать патогенетически оправданные методы (принципы) диагностики, лечения, реабилитации и профилактики среди взрослого населения и подростков с учетом их возрастно-половых групп (ПК-6);
* способностью и готовностью к постановке диагноза на основании результатов биохимических исследований биологических жидкостей и с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом (ПК-15);

**- учебная:**

**студент должен знать**:

* ведение типовой учетно-отчетной медицинской документации в медицинских организациях;
* заболевания, связанные с неблагоприятными воздействиями климатических и социальных факторов;
* основы профилактической помощи, организацию профилактических мероприятий, направленных на укрепление здоровья населения;
* методы расспроса, осмотра их диагностические возможности при исследовании больного терапевтического профиля.

**студент должен уметь**:

* определить статус пациента: собрать анамнез, провести опрос пациента и/или его родственников, осмотр;
* оценить социальные факторы, влияющие на состояние физического и психологического здоровья пациента; культурные, этические, религиозные, семейные факторы риска;
* заполнять фрагмент истории болезни.

**студент должен владеть**:

* правильным ведением медицинской документации;
* методами расспроса, осмотра.

**5. План изучения темы**:

**5.1. Контроль исходного уровня знаний** (тестовый контроль);

**5.2 Основные понятия и положения темы**: “Осмотр больного”, ”Антропометрия”, ”Термометрия”, ”Пальпация”, ”Условия обследования больного”;

**СХЕМА ОБСЛЕДОВАНИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО.**

**ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО.** STATUS PRAESENS (ОБЩИЙ ВИД БОЛЬНОГО).

1. Сознание: ясное, измененное (гиперфункция - возбуждение, эйфория, бред, галлюцинации; гипофункция - ступор, сопор, кома).
2. Положение больного (активное, пассивное, вынужденное).
3. Общее состояние (удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое).

4. Голова: форма - правильная, ассиметрия, долихоцефалия, брахицефалия; размеры - среднего размера, крупная, микроцефалия.

1. Выражение лица: возбужденное, безразличное, страдальческое, лихорадочное, маскообразное (facies Hyppocratica, facies mitralis, facies basedovica, маска Паркинсона, акромегалическое лицо, микседематозное  
   лило и т.д.).
2. Шея: обычной формы, деформирована.
3. Осанка, походка.
4. Телосложение: правильное (а-, гипер-, нормостеническое) или неправильное. Вес (кг), рост (см), ИМТ (кг/м\*).
5. Температура.

*Кожные покровы и придатки кожи.*

1. Цвет: нормальный, красный, бледный, желтушный, центральный цианоз, землистый, багровый, вишневый, кофе с молоком, темно-коричневый или бронзовый (с указанием места данной окраски).

2. Депигментация кожи (лейкодерма) с указанием ее локализации.

3. Напряжение и эластичность кожи: умеренная, повышенная, пониженная.

1. Подкожные кровоизлияния и их локализация.
2. Степень влажности: умеренная, повышенная, пониженная; сухость кожи, шелушение (локализация).
3. Высыпания: эритема, пятно, розеола, папула, пустула, волдырь, чешуйки, струп, эрозия, трещины, язвы (с обязательным указанием локализации).
4. Рубцы (локализация, цвет, болезненность, подвижность).
5. Варикозное расширение вен (нижних конечностей, живота).
6. Ногти: форма (неизмененные, в виде "часовых стекол", утолщенные, ложкообразные и пр.), цвет, блеск, исчерченность, ломкость.

10. Волосы: густые, редкие, тусклые, гнездное или диффузное облысение, выпадение бровей.

*Слизистые оболочки.* ( губ, носа, глаз, век, неба).

1. Цвет: розовый, бледный, цианотичный, желтушный, вишнево-красный.
2. Энантема - высыпание на слизистых оболочках, область и характер высыпания.
3. Подробно описать налеты на языке.

4. Подробно описать налеты на миндалинах и тканях зева (распространенность, окраска, отношение к подлежащим тканям, характер окружающей слизистой оболочки).

*Подкожная клетчатка.*

1. Развитие подкожно-жирового слоя: удовлетворительное, слабое, чрезмерное. Места наибольшего отложения жира (на животе, руках, бедрах). Общее ожирение. Кахексия.

2. Отеки: их консистенция (мягкие, плотные), выраженность (пастозность, умеренно выраженные, резко выраженные), распределение (лицо, конечности, живот, поясница, обширные отеки- анасарка), цвет кожи над отечной тканью (бледная, синюшная).

*Лимфатические узлы.*

1. Локализация пальпируемых узлов (подчелюстные, шейные, затылочные, надключичные, подключичные, подмышечные, локтевые, кубитальные, паховые).

1. Величина в сантиметрах.
2. Консистенция: твердая, мягкая, однородная, неоднородная.
3. Спаянность узлов с окружающей клетчаткой и между собой.
4. Болезненность при пальпации.

6. Состояние кожи над лимфатическими узлами: не изменена, гиперемирована, изъязвлена, наличие свищей, рубцов.

*Мышцы.*

1. Степень развития мускулатуры: нормальная, слабая, атрофия мышц (местная, общая).
2. Тонус: умеренный, повышенный (ригидность), пониженный.
3. Наличие контрактур.
4. Болезненность мышц при пальпации.

*Кости.*

1. Деформация, искривление.
2. Акромегалия - чрезмерное увеличение ступней, кистей и пальцев, челюстей или всего скелета.
3. «Барабанные» пальцы, утолщение периферических фаланг пальцев рук и ног.
4. Болезненность при пальпации и поколачивании (грудины, ребер, трубчатых костей, позвонков, плоских костей, черепа).

*Суставы.*

1. Конфигурация: не изменена, отечность, деформация (с указанием, каких именно суставов).
2. Гиперемия кожи и местное повышение температуры в области сустава.
3. Движения: активные и пассивные, свободные, ограниченные.
4. Болезненность при пальпации и при пассивных движениях.
5. Хруст, флюктуация.

*Исследование нервной системы.*

1. Обоняние, вкус.
2. Органы зрения (глазные щели, подвижность глазных яблок, косоглазие, нистагм). Величина зрачков, анизокория, реакция зрачков на свет, аккомодация, конвергенция. Острота зрения.
3. Слух и вестибулярный аппарат.
4. Координация движений. Судороги, дрожание.
5. Дермографизм (цвет, стойкость).
6. Ригидность затылочных мышц.

**5.3 Самостоятельная работа по теме:**

- отработка методик обследования друг на друге, затем на больных

- освоение алгоритмов обследования

**5.4 Итоговый контроль знаний**:

- ответы на вопросы

- решение тестовых заданий

**6. Домашнее задание для усвоения темы занятия** (контрольные вопросы, тестовые задания)

**6.1.Исходный контроль знаний (тестовый контроль).**

**Вариант 1** (один правильный ответ)

001. ПОСТОЯННАЯ ЛИХОРАДКА - ЭТО КОГДА

1. разница между утренней и вечерней температурой не превышает 1 Co
2. разница между утренней и вечерней температурой больше 1 Co
3. разница между утренней и вечерней температурой 1 Co причем минимум её находится в пределах нормы
4. утренняя температура выше вечерней
5. разница между утренней и вечерней температурой 2Co.

002. СУБФЕБРИЛЬНАЯ ТЕМПЕРАТУРА

1) 37- 38 Co

2) 38- 39 Co

1. 39- 40 Co
2. 40- 41 Co
3. 41- 42 Co.

003. АНАСАРКА - ЭТО

1. отеки на лице
2. отеки на ногах
3. скопление жидкости в плевральной полости
4. отеки всего тела
5. скопление жидкости в брюшной полости.

004. КАХЕКСИЯ - ЭТО

1. вынужденное положение больного
2. крайняя степень ожирения
3. крайняя степень исхудания
4. отеки всего тела
5. скопление жидкости в брюшной полости.

005. ТУРГОР КОЖИ - ЭТО

1. её влажность
2. её эластичность
3. её болезненность
4. её температура
5. её консистенция.

006. ЛИЦО С УВЕЛИЧЕННЫМИ ВЫДАЮЩИМИСЯ ЧАСТЯМИ (НОСОМ,

ГУБАМИ, СКУЛАМИ) БЫВАЕТ ПРИЗНАКОМ

1. гипотиреоза
2. сахарного диабета
3. акромегалии
4. гиперфункции щитовидной железы
5. заболевания почек.

007. ПРИ ВОСПАЛЕНИИ ЛЕГКИХ (ПНЕВМОНИИ) НА ЛИЦЕ НАИБОЛЕЕ

ХАРАКТЕРНО

1. желтушность
2. синюшность
3. общая гиперемия
4. односторонний румянец
5. общая бледность.

008. ОДУТЛОВАТОСТЬ ЛИЦА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

1. болезнях почек
2. заболеваниях мозга
3. заболеваниях ЖКТ
4. заболеваниях крови
5. заболеваниях суставов.

009. НЕРИТМИЧНОЕ СОТРЯСЕНИЕ ГОЛОВЫ МОЖЕТ БЫТЬ ПРИ

1. энцефалите
2. рахите
3. паркинсонизме
4. акромегалии
5. тиреотоксикозе.

010. КВАДРАТНАЯ ФОРМА ГОЛОВЫ МОЖЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ

О

1. перенесенной черепно-мозговой травме
2. перенесенном энцефалите
3. перенесенном рахите
4. акромегалии
5. гипотиреозе.

**Вариант 2** (один правильный ответ)

001. АНАСАРКА - ЭТО

1. отеки на лице
2. отеки на ногах
3. скопление жидкости в плевральной полости
4. отеки всего тела
5. скопление жидкости в брюшной полости.

002. ТУРГОР КОЖИ - ЭТО

1. её влажность
2. её эластичность
3. её болезненность
4. её температура
5. её консистенция.

003. ПОСТОЯННАЯ ЛИХОРАДКА – ЭТО КОГДА

1. разница между утренней и вечерней температурой не превышает 1 Co
2. разница между утренней и вечерней температурой больше 1 Co
3. разница между утренней и вечерней температурой 1 Co причем минимум её находится в пределах нормы
4. утренняя температура выше вечерней
5. разница между утренней и вечерней температурой 2Co.

004. ЛИЦО С УВЕЛИЧЕННЫМИ ВЫДАЮЩИМИСЯ ЧАСТЯМИ (НОСОМ, ГУБАМИ, СКУЛАМИ) БЫВАЕТ ПРИЗНАКОМ

1. гипотиреоза
2. сахарного диабета
3. акромегалии
4. гиперфункции щитовидной железы
5. заболевания почек.

005. СУБФЕБРИЛЬНАЯ ЛИХОРАДКА

1) 37- 38 Co

2) 38- 39 Co

3) 39- 40 Co

4) 40- 41 Co

5) 41- 42 Co.

006. ПРИ ВОСПАЛЕНИИ ЛЕГКИХ (ПНЕВМОНИИ) НА ЛИЦЕ НАИБОЛЕЕ

ХАРАКТЕРНО

1. желтушность
2. синюшность
3. общая гиперемия
4. односторонний румянец
5. общая бледность.

007. КВАДРАТНАЯ ФОРМА ГОЛОВЫ МОЖЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ

О

1. перенесенной черепно-мозговой травме
2. перенесенном энцефалите
3. перенесенном рахите
4. акромегалии
5. гипотиреозе.

008. НЕРИТМИЧНОЕ СОТРЯСЕНИЕ ГОЛОВЫ МОЖЕТ БЫТЬ ПРИ

1. энцефалите
2. рахите
3. паркинсонизме
4. акромегалии
5. тиреотоксикозе.

009. ОДУТЛОВАТОСТЬ ЛИЦА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

1. болезнях почек
2. заболеваниях мозга
3. заболеваниях ЖКТ
4. заболеваниях крови
5. заболеваниях суставов.

010. КАХЕКСИЯ - ЭТО

1. вынужденное положение больного
2. крайняя степень ожирения
3. крайняя степень исхудания
4. отеки всего тела
5. скопление жидкости в брюшной полости.

**Вариант 3** (один правильный ответ)

001. ТУРГОР КОЖИ - ЭТО

1. её влажность
2. её эластичность
3. её болезненность
4. её температура
5. её консистенция.

002. ПОСТОЯННОЙ ЛИХОРАДКА – ЭТО КОГДА

1. разница между утренней и вечерней температурой не превышает 1 Co
2. разница между утренней и вечерней температурой больше 1 Co
3. разница между утренней и вечерней температурой 1 Co причем минимум её находится в пределах нормы
4. утренняя температура выше вечерней
5. разница между утренней и вечерней температурой 2Co.

003. АНАСАРКА- ЭТО

1. отеки на лице
2. отеки на ногах
3. скопление жидкости в плевральной полости
4. отеки всего тела
5. скопление жидкости в брюшной полости.

004. СУБФЕБРИЛЬНАЯ ТЕМПЕРАТУРА

1. 37- 38 Co
2. 38- 39 Co
3. 39- 40 Co
4. 40- 41 Co
5. 41- 42 Co.

005. КАХЕКСИЯ - ЭТО

1. вынужденное положение больного
2. крайняя степень ожирения
3. крайняя степень исхудания
4. отеки всего тела
5. скопление жидкости в брюшной полости.

006. КВАДРАТНАЯ ФОРМА ГОЛОВЫ МОЖЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ

О

1. перенесенной черепно-мозговой травме
2. перенесенном энцефалите
3. перенесенном рахите
4. акромегалии
5. гипотиреозе.

007. ОДУТЛОВАТОСТЬ ЛИЦА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

1. болезнях почек
2. заболеваниях мозга
3. заболеваниях ЖКТ
4. заболеваниях крови
5. заболеваниях суставов.

008. ПРИ ВОСПАЛЕНИИ ЛЕГКИХ (ПНЕВМОНИИ) НА ЛИЦЕ НАИБОЛЕЕ

ХАРАКТЕРНО

1. желтушность
2. синюшность
3. общая гиперемия
4. односторонний румянец
5. общая бледность.

009. ЛИЦО С УВЕЛИЧЕННЫМИ ВЫДАЮЩИМИСЯ ЧАСТЯМИ (НОСОМ,

ГУБАМИ, СКУЛАМИ) БЫВАЕТ ПРИЗНАКОМ

1. гипотиреоза
2. сахарного диабета
3. акромегалии
4. гиперфункции щитовидной железы
5. заболевания почек.

010. НЕРИТМИЧНОЕ СОТРЯСЕНИЕ ГОЛОВЫ МОЖЕТ БЫТЬ ПРИ

1. энцефалите
2. рахите
3. паркинсонизме
4. акромегалии
5. тиреотоксикозе.

**Вариант 4** (один правильный ответ)

001.ПРИ ВОСПАЛЕНИИ ЛЕГКИХ (ПНЕВМОНИИ) НА ЛИЦЕ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО

1. желтушность
2. синюшность
3. общая гиперемия
4. односторонний румянец
5. общая бледность.

002. ЛИЦО С УВЕЛИЧЕННЫМИ ВЫДАЮЩИМИСЯ ЧАСТЯМИ (НОСОМ, ГУБАМИ, СКУЛАМИ) БЫВАЕТ ПРИЗНАКОМ

1. гипотиреоза
2. сахарного диабета
3. акромегалии
4. гиперфункции щитовидной железы
5. заболевания почек.

003. ПОСТОЯННАЯ ЛИХОРАДКА – ЭТО КОГДА

1. разница между утренней и вечерней температурой не превышает 1 Co
2. разница между утренней и вечерней температурой больше 1 Co
3. разница между утренней и вечерней температурой 1 Co причем минимум её находится в пределах нормы
4. утренняя температура выше вечерней

разница между утренней и вечерней температурой 2Co.

004. АНАСАРКА - ЭТО

1. отеки на лице
2. отеки на ногах
3. скопление жидкости в плевральной полости
4. отеки всего тела
5. скопление жидкости в брюшной полости.

005. СУБФЕБРИЛЬНАЯ ТЕМПЕРАТУРА

1. 37- 38 Co
2. 38- 39 Co
3. 39- 40 Co
4. 40- 41 Co
5. 41- 42 Co.

006. ТУРГОР КОЖИ - ЭТО

1. её влажность
2. её эластичность
3. её болезненность
4. её температура
5. её консистенция.

007. ОДУТЛОВАТОСТЬ ЛИЦА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

1. болезнях почек
2. заболеваниях мозга
3. заболеваниях ЖКТ
4. заболеваниях крови
5. заболеваниях суставов.

008. КВАДРАТНАЯ ФОРМА ГОЛОВЫ МОЖЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ

О

1. перенесенной черепно-мозговой травме
2. перенесенном энцефалите
3. перенесенном рахите
4. акромегалии
5. гипотиреозе.

009. КАХЕКСИЯ - ЭТО

1. вынужденное положение больного
2. крайняя степень ожирения
3. крайняя степень исхудания
4. отеки всего тела
5. скопление жидкости в брюшной полости.

010. НЕРИТМИЧНОЕ СОТРЯСЕНИЕ ГОЛОВЫ МОЖЕТ БЫТЬ ПРИ

1. энцефалите
2. рахите
3. паркинсонизме
4. акромегалии
5. тиреотоксикозе.

**6.2. Контрольные вопросы по теме занятия:**

1.Что относится к основным методам исследования больного?

2. Значение основных методов исследования больного.

1. Клиническое значение дополнительных методов исследования больного
2. Техника проведения общего осмотра (как проводится, освещение, последовательность осмотра).
3. Степень нарушения сознания. Причины.
4. Виды ком. Основные диагностические признаки.
5. Другие виды расстройства сознания.
6. Что такое пассивное положение больного?
7. Что такое вынужденное положение больного. Какие они бывают? Чем это обусловлено?
8. Что входит в понятие «телосложение»?
9. Что такое конституция? Классификация конституциональных типов.
10. Диагностическое значение осмотра отдельных частей тела.
11. На что обращают внимание при осмотре кожи?
12. Что является физиологической основой пальпации?
13. При каких условиях можно пропальпировать какие либо внутренние органы?
14. Что такое поверхностная, глубокая, проникающая пальпация?
15. Какие виды пальпации используются при исследовании живота?
16. Какие данные врач может получить при помощи пальпации?
17. Чем может быть обусловлен карликовый рост? Что такое нанизм, кретинизм?
18. Причины повышения температуры.
19. Какая температура называется субфебрильной, умеренно повышенной, высокой, очень высокой, гиперпиретической?
20. Перечислить основные виды лихорадки.
21. Что такое литическое и критическое снижение температуры?

24. Какая лихорадка называется острой, какая хронической?

**6.3. Итоговое тестирование**:

**Вариант 1** (возможно несколько правильных ответов)

001.(1) СЛЕГКА ВОЗВЫШАЮЩИЙСЯ ГИПЕРЕМИРОВАННЫЙ

УЧАСТОК КОЖИ, РЕЗКО ОГРАНИЧЕННЫЙ ОТ НОРМАЛЬНЫХ УЧАСТКОВ ЭТО

1. розеола
2. герпетическая сыпь
3. волдырная сыпь
4. пурпура
5. эритема.

002. (1) ОТЕЧНОЕ, ЖЕЛТОВОТО-БЛЕДНОЕ ЛИЦО С СИНЮШНИМ

ОТТЕНКОМ, ПОЛУОТКРЫТЫМ РТОМ, АКРОЦИАНОЗОМ

НАЗЫВАЕТСЯ

1. лихорадочным лицом
2. лицом Паркинсона
3. львиным лицом
4. лицом Корвизара
5. лицом Гиппократа.

003. (1) «КРИТИЧЕСКОЕ СНИЖЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ» - ЭТО

1. резкое снижение температуры
2. постепенное снижение температуры
3. эпизоды снижения чередуются с повышением температуры
4. утром температура больше чем вечером
5. вечером температура больше чем утром.

004. (2) ПАССИВНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ БОЛЬНОГО - ЭТО

1. положение ортопноэ
2. положение больного, находящегося в бессознательном состоянии
3. положение больного в случаях крайней физической слабости (прострации)
4. положение на больном боку
5. голова ниже таза.

005. (1) УВЕЛИЧЕНИЕ ШЕЙНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЛОВ С

ОБРАЗОВАНИЕМ В НИХ ГНОЙНИКОВ И СВИЩЕЙ ХАРАКТЕРНО

ДЛЯ

1. рака желудка
2. рака молочной железы
3. туберкулеза лимфатических узлов
4. лимфогранулематоза
5. анемии.

006. (1) СИНЮШНОСТЬ КОЖИ (ЦИАНОЗ) БЫВАЕТ ПРИ

1. малокровии
2. недостаточности кровообращения (застое крови)
3. перегреве тела
4. заболеваниях печени
5. заболеваниях желудка.

007. (1) ПОДВИЖНОЕ С РАСШИРЕННОЙ ГЛАЗНОЙ ЩЕЛЬЮ,

БЛЕСТЯЩИМИ ГЛАЗАМИ И ПУЧЕГЛАЗИЕМ ЛИЦО БЫВАЕТ ПРИ

1. гипотиреозе
2. сахарном диабете
3. акромегалии
4. гиперфункции щитовидной железы
5. анемии.

008. (1) РИТМИЧНОЕ КИВАНИЕ (ПУЛЬСАЦИЯ) ГОЛОВЫ – СИМПТОМ

МЮССЕ МОЖЕТ БЫТЬ ПРИ

1. паркинсонизме
2. эпилепсии
3. недостаточности аортальных клапанов аорты
4. энцефалите
5. акромегалии.

009. (1) ВЫНУЖДЕННОЕ ПОЛОЖЕНИЕ БОЛЬНОГО С

ОПОРОЖНЯЮЩИМСЯ АБСЦЕССОМ (ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ

КАШЛЯ)

1. стоя
2. сидя
3. лежа на здоровом боку
4. лежа на больном боку
5. подтянув ноги к животу.

010. (1) ИЗВРАЩЕННАЯ ЛИХОРАДКА – ЭТО КОГДА

1. утренняя температура выше вечерней
2. разница между утренней и вечерней температурой больше 1oC
3. разница между утренней и вечерней температурой 1oC причем минимум её находится в пределах нормы
4. разницы между утренней и вечерней температурой нет
5. разница между утренней и вечерней температурой 2oC.

**Вариант 2**. (возможно несколько правильных ответов)

001. (1) «КРИТИЧЕСКОЕ СНИЖЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ» - ЭТО

1. резкое снижение температуры
2. постепенное снижение температуры
3. эпизоды снижения чередуются с повышением температуры
4. утром температура больше чем вечером
5. вечером температура больше чем утром.

002. (1) УВЕЛИЧЕНИЕ ШЕЙНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЛОВ С

ОБРАЗОВАНИЕМ В НИХ ГНОЙНИКОВ И СВИЩЕЙ ХАРАКТЕРНО

ДЛЯ

1. рака желудка
2. рака молочной железы
3. туберкулеза лимфатических узлов
4. лимфогранулематоза
5. анемии.

003. (1) СЛЕГКА ВОЗВЫШАЮЩИЙСЯ ГИПЕРЕМИРОВАННЫЙ

УЧАСТОК КОЖИ, РЕЗКО ОГРАНИЧЕННЫЙ ОТ НОРМАЛЬНЫХ

УЧАСТКОВ - ЭТО

1. розеола
2. герпетическая сыпь
3. волдырная сыпь
4. пурпура
5. эритема.

004. (1) СИНЮШНОСТЬ КОЖИ (ЦИАНОЗ) БЫВАЕТ ПРИ

1. малокровии
2. недостаточности кровообращения (застое крови)
3. перегреве тела
4. заболеваниях печени
5. заболеваниях желудка.

005. (1) ОТЕЧНОЕ, ЖЕЛТОВОТО-БЛЕДНОЕ ЛИЦО С СИНЮШНИМ

ОТТЕНКОМ, ПОЛУОТКРЫТЫМ РТОМ, АКРОЦИАНОЗОМ

НАЗЫВАЕТСЯ

1. лихорадочным лицом
2. лицом Паркинсона
3. львиным лицом
4. лицом Корвизара
5. лицом Гиппократа.

006. (1) ПОДВИЖНОЕ С РАСШИРЕННОЙ ГЛАЗНОЙ ЩЕЛЬЮ,

БЛЕСТЯЩИМИ ГЛАЗАМИ И ПУЧЕГЛАЗИЕМ ЛИЦО БЫВАЕТ ПРИ

1. гипотиреозе
2. сахарном диабете
3. акромегалии
4. гиперфункции щитовидной железы
5. анемии.

007. (1) ИЗВРАЩЕННАЯ ЛИХОРАДКА – ЭТО КОГДА

1. утренняя температура выше вечерней
2. разница между утренней и вечерней температурой больше 1oC
3. разница между утренней и вечерней температурой 1oC причем минимум её находится в пределах нормы
4. разницы между утренней и вечерней температурой нет
5. разница между утренней и вечерней температурой 2oC.

008. (1) ВЫНУЖДЕННОЕ ПОЛОЖЕНИЕ БОЛЬНОГО С

ОПОРОЖНЯЮЩИМСЯ АБСЦЕССОМ (ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ

КАШЛЯ)

1. стоя
2. сидя
3. лежа на здоровом боку
4. лежа на больном боку
5. подтянув ноги к животу.

009. (1) РИТМИЧНОЕ КИВАНИЕ (ПУЛЬСАЦИЯ) ГОЛОВЫ – СИМПТОМ

МЮССЕ МОЖЕТ БЫТЬ ПРИ

1. паркинсонизме
2. эпилепсии
3. недостаточности аортальных клапанов аорты
4. энцефалите
5. акромегалии.

010. (2) ПАССИВНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ БОЛЬНОГО ЭТО

1. положение ортопноэ
2. положение больного, находящегося в бессознательном состоянии
3. положение больного в случаях крайней физической слабости (прострации)
4. положение на больном боку
5. голова ниже таза.

**Вариант 3.** (возможно несколько правильных ответов)

001.(1) ВЫНУЖДЕННОЕ ПОЛОЖЕНИЕ БОЛЬНОГО С

ОПОРОЖНЯЮЩИМСЯ АБСЦЕССОМ (ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ

КАШЛЯ)

1. стоя
2. сидя
3. лежа на здоровом боку
4. лежа на больном боку
5. подтянув ноги к животу.

002. (1) УВЕЛИЧЕНИЕ ШЕЙНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЛОВ С

ОБРАЗОВАНИЕМ В НИХ ГНОЙНИКОВ И СВИЩЕЙ ХАРАКТЕРНО

ДЛЯ

1. рака желудка
2. рака молочной железы
3. туберкулеза лимфатических узлов
4. лимфогранулематоза
5. анемии.

003. (1) «КРИТИЧЕСКОЕ СНИЖЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ» - ЭТО

1. резкое снижение температуры
2. постепенное снижение температуры
3. эпизоды снижения чередуются с повышением температуры
4. утром температура больше чем вечером
5. вечером температура больше чем утром.

004. (1) СЛЕГКА ВОЗВЫШАЮЩИЙСЯ ГИПЕРЕМИРОВАННЫЙ

УЧАСТОК КОЖИ, РЕЗКО ОГРАНИЧЕННЫЙ ОТ НОРМАЛЬНЫХ

УЧАСТКОВ ЭТО

1. розеола
2. герпетическая сыпь
3. волдырная сыпь
4. пурпура
5. эритема.

005. (1) ИЗВРАЩЕННАЯ ЛИХОРАДКА – ЭТО КОГДА

1. утренняя температура выше вечерней
2. разница между утренней и вечерней температурой больше 1oC
3. разница между утренней и вечерней температурой 1oC причем минимум её находится в пределах нормы
4. разницы между утренней и вечерней температурой нет
5. разница между утренней и вечерней температурой 2oC.

006. (1) ОТЕЧНОЕ, ЖЕЛТОВОТО-БЛЕДНОЕ ЛИЦО С СИНЮШНИМ

ОТТЕНКОМ, ПОЛУОТКРЫТЫМ РТОМ, АКРОЦИАНОЗОМ

НАЗЫВАЕТСЯ

1. лихорадочным лицом
2. лицом Паркинсона
3. львиным лицом
4. лицом Корвизара
5. лицом Гиппократа.

007. (1) РИТМИЧНОЕ КИВАНИЕ (ПУЛЬСАЦИЯ) ГОЛОВЫ – СИМПТОМ

МЮССЕ МОЖЕТ БЫТЬ ПРИ

1. паркинсонизме
2. эпилепсии
3. недостаточности аортальных клапанов аорты
4. энцефалите
5. акромегалии.

008. (2) ПАССИВНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ БОЛЬНОГО ЭТО

1. положение ортопноэ
2. положение больного, находящегося в бессознательном состоянии
3. положение больного в случаях крайней физической слабости (прострации)
4. положение на больном боку
5. голова ниже таза.

009. (1) ПОДВИЖНОЕ С РАСШИРЕННОЙ ГЛАЗНОЙ ЩЕЛЬЮ,

БЛЕСТЯЩИМИ ГЛАЗАМИ И ПУЧЕГЛАЗИЕМ ЛИЦО БЫВАЕТ ПРИ

1. гипотиреозе
2. сахарном диабете
3. акромегалии
4. гиперфункции щитовидной железы

5) анемии

010. (1) СИНЮШНОСТЬ КОЖИ (ЦИАНОЗ) БЫВАЕТ ПРИ

1. малокровии
2. недостаточности кровообращения (застое крови)
3. перегреве тела
4. заболеваниях печени
5. заболеваниях желудка.

**Вариант 4** (возможно несколько правильных ответов)

001.(1) ПОДВИЖНОЕ С РАСШИРЕННОЙ ГЛАЗНОЙ ЩЕЛЬЮ,

БЛЕСТЯЩИМИ ГЛАЗАМИ И ПУЧЕГЛАЗИЕМ ЛИЦО БЫВАЕТ ПРИ

1. гипотиреозе
2. сахарном диабете
3. акромегалии
4. гиперфункции щитовидной железы
5. анемии.

002. (2) ПАССИВНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ БОЛЬНОГО - ЭТО

1. положение ортопноэ
2. положение больного, находящегося в бессознательном состоянии
3. положение больного в случаях крайней физической слабости (прострации)
4. положение на больном боку
5. голова ниже таза.

003. (1) СЛЕГКА ВОЗВЫШАЮЩИЙСЯ ГИПЕРЕМИРОВАННЫЙ

УЧАСТОК КОЖИ, РЕЗКО ОГРАНИЧЕННЫЙ ОТ НОРМАЛЬНЫХ

УЧАСТКОВ - ЭТО

1. розеола
2. герпетическая сыпь
3. волдырная сыпь
4. пурпура
5. эритема.

004. (1) РИТМИЧНОЕ КИВАНИЕ (ПУЛЬСАЦИЯ) ГОЛОВЫ – СИМПТОМ

МЮССЕ МОЖЕТ БЫТЬ ПРИ

1. паркинсонизме
2. эпилепсии
3. недостаточности аортальных клапанов аорты
4. энцефалите
5. акромегалии.

005. (1) «КРИТИЧЕСКОЕ СНИЖЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ» ОЗНАЧАЕТ

1. резкое снижение температуры
2. постепенное снижение температуры
3. эпизоды снижения чередуются с повышением температуры
4. утром температура больше чем вечером
5. вечером температура больше чем утром.

006.(1) УВЕЛИЧЕНИЕ ШЕЙНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЛОВ С

ОБРАЗОВАНИЕМ В НИХ ГНОЙНИКОВ И СВИЩЕЙ ХАРАКТЕРНО

ДЛЯ

1. рака желудка
2. рака молочной железы
3. туберкулеза лимфатических узлов
4. лимфогранулематоза
5. анемии.

007. (1) ОТЕЧНОЕ, ЖЕЛТОВОТО-БЛЕДНОЕ ЛИЦО С СИНЮШНИМ

ОТТЕНКОМ, ПОЛУОТКРЫТЫМ РТОМ, АКРОЦИАНОЗОМ

НАЗЫВАЕТСЯ

1. лихорадочным лицом
2. лицом Паркинсона
3. львиным лицом
4. лицом Корвизара
5. лицом Гиппократа.

008. (1) ИЗВРАЩЕННАЯ ЛИХОРАДКА – ЭТО КОГДА

1. утренняя температура выше вечерней
2. разница между утренней и вечерней температурой больше 1oC
3. разница между утренней и вечерней температурой 1oC причем минимум её находится в пределах нормы
4. разницы между утренней и вечерней температурой нет
5. разница между утренней и вечерней температурой 2oC.

009. (1) СИНЮШНОСТЬ КОЖИ (ЦИАНОЗ) БЫВАЕТ ПРИ

1. малокровии
2. недостаточности кровообращения (застое крови)
3. перегреве тела
4. заболеваниях печени
5. заболеваниях желудка.

010. (1) ВЫНУЖДЕННОЕ ПОЛОЖЕНИЕ БОЛЬНОГО С

ОПОРОЖНЯЮЩИМСЯ АБСЦЕССОМ (ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ

КАШЛЯ)

1. стоя
2. сидя
3. лежа на здоровом боку
4. лежа на больном боку
5. подтянув ноги к животу.

**6.4. Ситуационные задачи**

**Задача №1.**

В отделение поступил больной с температурой тела 39°С.

1.Как называется такая температура?

2. Какая лихорадка называется постоянной?

3. Что можно увидеть при осмотре кожных покровов?

4. Что такое критическое снижение температуры?

5. За чем необходимо следить при критическом снижении температуры?

**Задача №2**.

В отделение поступил больной с выраженными отеками по всему телу.

1.Как называется такое состояние?

2. При заболеваниях каких органов наблюдается это состояние?

3. Как называется скопление жидкости в брюшной полости?

4. Как называется скопление жидкости в плевральной полости?

5. Как определить наличие отека?

**Задача №3**.

Больной находится в токсикологическом отделении. Он плохо ориентируется в окружающей обстановке, на вопросы отвечает с запозданием.

1.Оцените сознание пациента.

2. При какой патологии бывает подобное состояние?

3. Назовите другие виды нарушения сознания.

4. Что такое кома?

5. Перечислите виды ком.

**Задача №4**.

Больной при росте 180 см весит 66 кг, имеет длинную узкую грудную клетку, длинные конечности, эпигастральный угол острый.

1. Определите конституциональный тип пациента?
2. Что является критерием для определения конституционального типа?
3. Определите ИМТ.
4. Оцените степень питания пациента.

5. Назовите цифры ИМТ, характерные для дефицита массы тела.

**Задача №5**.

Пациент при росте 158 см весит 84 кг, эпигастральный угол 90°.

1. Определите конституциональный тип пациента?
2. Определите ИМТ.
3. Оцените степень питания пациента.
4. Назовите цифры ИМТ, характерные для ожирения.

5. Какие степени ожирения Вы знаете?

**Задача №6**.

Пациентка 26 лет, обратилась в поликлинику с жалобами на сердцебиение. При осмотре обращает на себя внимание суетливость больной, пониженная масса тела, пучеглазие, придающее лицу выражение удивления, опухолевидное образование на передней поверхности шеи.

1. Для какого заболевания характерна подобная картина?
2. Как называется лицо при данном заболевании?
3. Как называется пучеглазие?
4. При каком ИМТ говорят о пониженном питании?
5. Как называется увеличение щитовидной железы?

**Задача №7**.

Больной 60 лет, находится на стационарном лечении в пульмонологическом отделении. Во время обхода сидит на кровати с опущенными вниз ногами, опирается руками на спинку стула, тяжело и шумно дышит. Кожные покровы синюшного цвета.

1. Как называется положение, которое занимает пациент?
2. Дайте определение этому положению?
3. Как называется затрудненное дыхание?
4. О каком заболевании можно думать?
5. Как называется синюшный цвет кожных покровов?

**Задача №8**.

Больной 47 лет, находится на стационарном лечении в пульмонологическом отделении. Объективно: истощен, выраженное искривление кзади и в сторону грудного отдела позвоночника, на губах множественные мелкие пузырьки, температура тела 37,8°.

1. Как называется выраженное истощение?

2. Как называется подобный вид искривления позвоночника?

3. Как называются изменения на губах?

4. Охарактеризуйте изменение температуры тела?

5. Что такое послабляющая лихорадка?

**Задача №9**.

Больной Н., 59 лет, находится на стационарном лечении в кардиологическом отделении. При осмотре: лицо отечное, желтовато-бледное, с синеватым оттенком, рот полуоткрыт, губы цианотичные, глаза тусклые; на ногах отеки; цианоз пальцев рук и ног; живот увеличен в размерах. Больной занимает вынужденное положение.

1. Дайте характеристику лица больного.

2. Как называется периферический цианоз?

3. Как называется скопление жидкости в брюшной полости?

4. Что такое вынужденное положение?

5. Какое вынужденное положение может занимать пациент?

**Задача №10**.

Больной П. 33 лет, находится на лечении в эндокринологическом отделении. Объективно: без сознания, рефлексы отсутствуют, лежит неподвижно, кожные покровы сухие, шелушащиеся, температура тела 38,4°С, дыхание частое шумное, зрачки узкие, в выдыхаемом воздухе запах ацетона

1. Оцените степень нарушения сознания?

2. Какое положение занимает больной?

3. Оцените степень повышения температуры?

4. Как называются узкие зрачки?

5. При каком заболевании встречается подобная симптоматика?

**7. Рекомендации по выполнению УИРС** – не предполагаются

**8. Рекомендованная литература по теме занятия**:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование, вид издания | Автор(-ы), составитель(-и), редактор(-ы) | Место издания, издательство, год |
| **Основная литература** | | | |
| 1. | [Пропедевтика внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=31615) : учеб.для мед. вузов | Н. А. Мухин, В. С. Моисеев | М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. |
| **Дополнительная литература** | | | |
| 1. | [Дополнительные методы обследования больного в терапевтической практике](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=1888) : учеб.пособие для студентов мед. вузов. Ч.2. | Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, Е. О. Карпухина [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2011. |
| 2. | [Дополнительные методы обследования больного в терапевтической практике](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=1889) : учеб.пособие для студентов мед. вузов. Ч.1. | Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, Е. О. Карпухина [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2011. |
| 3. | [Практикум по пропедевтике внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=21500) : учеб.пособие | ред. Ж. Д. Кобалава, В. С. Моисеев | М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. |
| 4. | [Пропедевтика внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=24744) : учеб.пособие к внеаудиторной работе для студентов 3 курса по спец. 060101- Лечебное дело, 060103- Педиатрия | сост. Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, А. Г. Иванов [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2009. |
| 5. | [Пропедевтика внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=30979) : учеб.пособие к аудиторной работе для студентов 3 курса по спец. 060101-Лечебное дело, 060103- Педиатрия. Ч.1.. - Режим доступа: polikarpov\_\_propedevtika\_stud\_3\_lech\_ped\_audit\_1\_1297665056.pdf | сост. Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, А. Г. Иванов [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2009. |
| 6. | [Пропедевтика внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=32404) : учеб.пособие к аудиторной работе для студентов 3 курса по спец. 060101-Лечебное дело, 060103- Педиатрия. Ч.2. | сост. Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, А. Г. Иванов [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2009. |

**1.Занятие №3**

**Тема: «Обследование больного с заболеванием органов дыхания: жалобы, анамнез, внешний осмотр. Осмотр и пальпация грудной клетки»**

**2.Форма организации занятия**: клиническое практическое

**3.Значение изучения темы**: патология системы органов дыхания

занимает ведущее место среди всех внутренних болезней, что определяет важность изучения особенностей сбора жалоб, анамнестических данных, внешнего осмотра у больных с заболеваниями органов дыхания. Для правильной диагностики необходимо овладеть методами субъективного и объективного обследования больных с патологией органов дыхания (расспрос, осмотр, пальпация грудной клетки).

**4.Цели обучения**:

- общая: Обучающийся должен овладеть следующими

общекультурными (ОК) и профессиональными компетенциями (ПК):

* способностью и готовностью анализировать социально-значимые проблемы и процессы, использовать на практике методы гуманитарных, естественнонаучных, медико-биологических и клинических наук в различных видах профессиональной и социальной деятельности (ОК-1);
* способностью и готовностью к логическому анализу, публичной речи, редактированию текстов профессионального содержания, осуществлению общевоспитательной деятельности, к сотрудничеству и разрешению конфликтов, к толерантности (ОК-5);
* способностью и готовностью осуществлять свою деятельность с учетом принятых в обществе моральных и правовых норм, соблюдением правил врачебной этики, законов и нормативных правовых актов по работе с конфиденциальной информацией, сохранять врачебную тайну (ОК-8).
* способностью и готовностью реализовать этические и деонтологические аспекты врачебной деятельности в общении с коллегами, средним и младшим медицинским персоналом, взрослым населением и подростками, их родителями и родственниками (ПК-1);
* способностью и готовностью проводить и интерпретировать опрос, физикальный осмотр, клиническое обследование, написать медицинскую карту амбулаторного и стационарного больного (ПК-5);
* способностью и готовностью к работе с медико-технической аппаратурой, используемой в работе с пациентами, владеть компьютерной техникой, получать информацию из различных источников, работать с информацией в глобальных компьютерных сетях; применять возможности современных информационных технологий для решения профессиональных задач (ПК-9);
* способностью и готовностью к постановке диагноза на основании результатов биохимических исследований биологических жидкостей и с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом (ПК-15);
* способностью и готовностью анализировать закономерности функционирования системы органов дыхания, использовать знания анатомо-физиологических основ, взрослого человека и подростка для своевременной диагностики заболеваний и патологических процессов дыхательной системы (ПК-16);
* способностью и готовностью выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы заболеваний органов дыхания, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом, анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах, выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний (ПК-17).
* способностью и готовностью анализировать и интерпретировать результаты современных диагностических технологий по возрастно-половым группам пациентов с учетом их физиологических особенностей организма человека для успешной лечебно-профилактической деятельности, провести диагностику физиологической беременности, участвовать в проведении судебно-медицинской экспертизы (ПК-18);
* способностью и готовностью использовать нормативную документацию, принятую в здравоохранении (законы Российской Федерации, технические регламенты, международные и национальные стандарты, приказы, рекомендации, терминологию, международные системы единиц (СИ), действующие международные классификации), а также документацию для оценки качества и эффективности работы медицинских организаций (ПК-27);
* способностью и готовностью изучать научно-медицинскую информацию, отечественный и зарубежный опыт по тематике исследования (ПК-31);

**- учебная**:

**студент должен знать:**

* ведение типовой учетно-отчетной медицинской документации в медицинских организациях;
* заболевания органов дыхания, связанные с неблагоприятными воздействиями климатических и социальных факторов;
* основы профилактической помощи, организацию профилактических мероприятий, направленных на укрепление здоровья населения;
* методы диагностики, диагностические возможности методов непосредственного исследования больного с легочной патологией, современные методы клинического обследования больных с патологией органов дыхания;

**студент должен** **уметь:**

* определить статус пациента: собрать анамнез, провести опрос пациента и/или его родственников, провести физикальное обследование пациента с патологией органов дыхания (расспрос, осмотр, пальпация);
* оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи;
* оценить социальные факторы, влияющие на состояние физического и психологического здоровья пациента; культурные, этические, религиозные, семейные факторы риска;
* заполнять фрагмент истории болезни;

**студент должен** **владеть:**

* правильным ведением медицинской документации;
* методами общеклинического обследования больных с патологией органов дыхания (расспрос, осмотр, пальпация грудной клетки).

**5. План изучения темы**:

**5.1 Контроль исходного уровня знаний** (тестовый контроль);

**5.2 Основные понятия и положения темы**: “Жалобы лёгочных больных”, ”Особенности осмотра легочных больных”, ”Особенности анамнеза легочных больных”, ”Осмотр и пальпация грудной клетки ”;

**5.3 Самостоятельная работа по теме**:

- курация больных

- оформление фрагмента истории болезни

- разбор курированных больных

**5.4 Итоговый контроль знаний**:

- ответы на вопросы по теме занятия

- решение тестовых заданий

**6. Домашнее задание для уяснения темы занятия**

**6.1. Исходный контроль знаний (тестовый контроль).**

**Вариант 1** (один правильный ответ)

001. ОДЫШКА С ЗАТРУДНЁННЫМ ВДОХОМ

1. экспираторная
2. инспираторная
3. смешанная
4. легочная
5. почечная.

002. ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ОДЫШКА НАБЛЮДАЕТСЯ

1. при различных заболеваниях органов дыхания
2. тяжёлой физической работе
3. при заболеваниях сердечно-сосудистой системы
4. при заболеваниях ЖКТ
5. при заболеваниях крови.

003. РЕФЛЕКТОРНЫЙ КАШЕЛЬ НЕ ХАРАКТЕРЕН

1. для заболеваний органов дыхания
2. при охлаждении кожи
3. при раздражении среднего уха
4. при поражении ЖКТ
5. при заболеваниях почек.

004. К ОСНОВНЫМ ЖАЛОБАМ, ХАРАКТЕРНЫХ ДЛЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ ОТНОСЯТСЯ

1. понижение аппетита
2. кашель
3. недомогание
4. общая слабость
5. утомляемость.

005. УСИЛЕНИЕ КАШЛЯ И ОТХОЖДЕНИЕ МОКРОТЫ «ПОЛНЫМ РТОМ» ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ

1. экссудативном плеврите
2. бронхоэктатической болезни
3. трахеите
4. пневмонии
5. бронхиальной астме.

006. ПЛЕВРАЛЬНЫЕ БОЛИ УСИЛИВАЮТСЯ

1. при кашле
2. во время сна
3. в положении на больном боку
4. при наклоне в больную сторону
5. при наклоне вперёд.

007. БОЧКООБРАЗНАЯ ФОРМА ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ХАРАКТЕРНА

ПРИ

1. скоплении воздуха в плевральной полости
2. наличии полости в лёгком
3. повышенной воздушности лёгочной ткани
4. наличии жидкости в плевральной полости
5. наличии жидкости в брюшной полости.

008. К ПАТОЛОГИЧЕСКИМ ФОРМАМ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

ОТНОСЯТСЯ

1. астеническая форма
2. гиперстеническая форма
3. воронкообразная грудная клетка
4. нормостеническая
5. смешанная.

009. УСИЛЕНИЕ ГОЛОСОВОГО ДРОЖАНИЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ

1. поражении бронхов
2. повышенной воздушности лёгких
3. уплотнении лёгочной ткани
4. спазме бронхов
5. наличие жидкости в плевральной полости.

010. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ПЕРКУССИЯ ЛЁГКИХ ПОЗВОЛЯЕТ

ОПРЕДЕЛИТЬ

1. верхушки лёгких спереди
2. подвижность нижнего лёгочного края
3. поля Кренига
4. изменение перкуторного звука на симметричных участках.
5. верхушки легких сзади.

**Вариант 2** (один правильный ответ)

001. БОЛИ В ГРУДНОЙ КЛЕТКИ СВЯЗАНЫ С

1. поражением альвеол
2. поражением бронхов
3. поражением плевры
4. поражением печени
5. поражением почек.

002. МОКРОТА СО ЗЛОВОННЫМ ЗАПАХАМ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

1. поражения мелких бронхов
2. деструкции легочной ткани
3. поражении плевры
4. гидроторакса
5. пневмонии.

003. СИМПТОМ « БАРАБАННЫХ ПАЛОЧЕК» ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

1. острого бронхита
2. крупозной пневмонии
3. бронхоэктатической болезни
4. бронхиальной астмы
5. гидроторакса.

004. АЛАЯ КРОВЬ В МОКРОТЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ

1. крупозной пневмонии
2. туберкулёзе лёгких
3. хроническом бронхите
4. очаговой пневмонии
5. гидротораксе.

005. ГРУДНОЙ ТИП ДЫХАНИЯ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

1. детей
2. мужчин
3. женщин
4. тучных
5. худых.

006. ДЛЯ ЭМФИЗЕМЫ ЛЁГКИХ ХАРАКТЕРНО ГОЛОСОВОЕ

ДРОЖАНИЕ

1. ослабленное
2. усиленное
3. не изменяется
4. прерывистое
5. не определяемое.

007. СВОЙСТВО, НЕ ХАРАКТЕРНОЕ ДЛЯ ЛЁГОЧНОГО ЗВУКА

1. громкий
2. продолжительный
3. короткий
4. низкий
5. легочный.

008. КИФОСКОЛИОЗ - ЭТО

1. искривление в боковых направлениях
2. искривление назад с образованием горба
3. искривление вперед
4. сочетание искривления в сторону и кзади
5. искривление позвоночника и ожирение.

009. ЧИСЛО ДЫХАТЕЛЬНЫХ ДВИЖЕНИЙ В МИНУТУ В НОРМЕ

1. 10-12
2. 20-22
3. 18-20
4. 4-6
5. 24 и более.

010. СНИЖЕНИЕ ЭЛАСТИЧНОСТИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ СВЯЗАНО

1. со спазмом бронхов
2. с повышенной воздушностью лёгочной ткани
3. с переломом рёбер.
4. с метеоризмом
5. с повышенным АД.

**Вариант 3** (один правильный ответ)

001. РЕФЛЕКТОРНЫЙ КАШЕЛЬ НЕ ХАРАКТЕРЕН

1. для заболеваний органов дыхания
2. при охлаждении кожи
3. при раздражении среднего уха
4. при поражении ЖКТ
5. при заболеваниях почек.

002. БОЧКООБРАЗНАЯ ФОРМА ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ХАРАКТЕРНА

ПРИ

1. скоплении воздуха в плевральной полости
2. наличии полости в лёгком
3. повышенной воздушности лёгочной ткани
4. наличии жидкости в плевральной полости
5. наличии жидкости в брюшной полости.

003. ОДЫШКА С ЗАТРУДНЁННЫМ ВДОХОМ

1. экспираторная
2. инспираторная
3. смешанная
4. легочная
5. почечная.

004. УСИЛЕНИЕ КАШЛЯ И ОТХОЖДЕНИЕ МОКРОТЫ «ПОЛНЫМ РТОМ» ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ

1. экссудативном плеврите
2. бронхоэктатической болезни
3. трахеите
4. пневмонии
5. бронхиальной астме

005. К ПАТОЛОГИЧЕСКИМ ФОРМАМ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

ОТНОСЯТСЯ

1. астеническая форма
2. гиперстеническая форма
3. воронкообразная грудная клетка
4. нормостеническая
5. смешанная.

006. ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ОДЫШКА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

1. различных заболеваниях органов дыхания
2. тяжёлой физической работе
3. заболеваниях сердечно-сосудистой системы
4. заболеваниях ЖКТ
5. заболеваниях крови.

007. ПЛЕВРАЛЬНЫЕ БОЛИ УСИЛИВАЮТСЯ

1. при кашле
2. во время сна
3. в положении на больном боку
4. при наклоне в больную сторону
5. при наклоне вперёд.

008 УСИЛЕНИЕ ГОЛОСОВОГО ДРОЖАНИЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ

1. поражении бронхов
2. повышенной воздушности лёгких
3. уплотнении лёгочной ткани
4. спазме бронхов
5. наличии жидкости в плевральной полости.

009. К ОСНОВНЫМ ЖАЛОБАМ, ХАРАКТЕРНЫХ ДЛЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ

ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ ОТНОСЯТСЯ

1. понижение аппетита
2. кашель
3. недомогание
4. общая слабость
5. утомляемость.

010. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ПЕРКУССИЯ ЛЁГКИХ ПОЗВОЛЯЕТ

ОПРЕДЕЛИТЬ

1. верхушки лёгких спереди
2. подвижность нижнего лёгочного края
3. поля Кренига
4. изменение перкуторного звука на симметричных участках.
5. верхушки легких сзади.

**Вариант 4** (один правильный ответ)

001. КИФОСКОЛИОЗ - ЭТО

1. искривление в боковых направлениях
2. искривление назад с образованием горба
3. искривление вперед
4. сочетание искривления в сторону и кзади
5. искривление позвоночника и ожирение

002. ДЛЯ ЭМФИЗЕМЫ ЛЁГКИХ ХАРАКТЕРНО ГОЛОСОВОЕ

ДРОЖАНИЕ

1. ослабленное
2. усиленное
3. не изменяется
4. прерывистое
5. не определяемое.

003. АЛАЯ КРОВЬ В МОКРОТЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ

1. крупозной пневмонии
2. туберкулёзе лёгких
3. хроническом бронхите
4. очаговой пневмонии
5. гидротораксе.

004. СИМПТОМ « БАРАБАННЫХ ПАЛОЧЕК» ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

1. острого бронхита
2. крупозной пневмонии
3. бронхоэктатической болезни
4. бронхиальной астмы
5. гидроторакса.

005. СНИЖЕНИЕ ЭЛАСТИЧНОСТИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ СВЯЗАНО

1. со спазмом бронхов
2. с повышенной воздушностью лёгочной ткани
3. с переломом рёбер
4. с метеоризмом
5. с повышенным АД.

006. ГРУДНОЙ ТИП ДЫХАНИЯ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

1. детей
2. мужчин
3. женщин
4. тучных
5. худых.

007. ПРИЗНАК НЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ЛЁГОЧНОГО ЗВУКА

1. громкий
2. продолжительный
3. короткий
4. низкий
5. легочный.

008. ЧИСЛО ДЫХАТЕЛЬНЫХ ДВИЖЕНИЙ В МИНУТУ В НОРМЕ

1. 10-12
2. 20-22
3. 18-20
4. 4-6
5. 24 и более.

009. МОКРОТА СО ЗЛОВОННЫМ ЗАПАХАМ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

1. поражения мелких бронхов
2. деструкции легочной ткани
3. поражения плевры
4. гидроторакса
5. пневмонии.

010. БОЛИ В ГРУДНОЙ КЛЕТКИ СВЯЗАНЫ С

1. поражением альвеол
2. поражением бронхов
3. поражением плевры
4. поражением печени
5. поражением почек

**6.2. Контрольные вопросы по теме занятия:**

1. Виды одышки
2. Что такое одышка?
3. Причины экспираторной одышки
4. Причины объективной одышки
5. Отличие одышки при сердечной астме от одышки при бронхиальной астме
6. Каким может быть кашель?
7. Что такое кровохарканье?
8. При каких заболеваниях отмечается кровохарканье?
9. Где в легких находятся болевые рецепторы?
10. Что приводит к уменьшению плевральных болей, к их усилению?
11. Возможные особенности истории заболевания и стории жизни у больных с заболеваниями легких
12. Нормальные формы грудной клетки и их характеристика
13. Патологические формы грудной клетки
14. Чем объясняется появление у некоторых больных ассиметрии грудной клетки
15. Типы дыхания (физиологические)
16. Нормальная частота дыхания
17. Причины учащения дыхания
18. Причины уряжения дыхания
19. Патологические типы дыхания
20. Клиническое значение пальпации грудной клетки
21. Что приводит к развитию регидности (резистентности) грудной клетки
22. Причины усиления голосового дрожания
23. Причины ослабления голосового дрожания
24. При каких состояниях над легкими определяется притуплено-тимпанический звук
25. При каких состояниях над легкими определяется тупой звук
26. При каких состояниях над легкими определяется коробочный звук
27. При каких состояниях над легкими определяется тимпанический звук
28. Какими способами можно определить подвижность нижнего легочного края
29. Диагностическое значение определения подвижности нижнего легочного края.

**6.3. Итоговый контроль знаний**

**Вариант 1** (один правильный ответ)

001. «ЛАЮЩИЙ» КАШЕЛЬ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

1. острого бронхита
2. бронхиальной астмы
3. коклюша
4. пневмонии
5. гидроторакса.

002. ОДЫШКА ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

1. субъективная
2. инспираторная
3. экспираторная
4. смешанная
5. сердечная.

003. БРЮШНОЙ ТИП ДЫХАНИЯ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

1. женщин
2. мужчин
3. детей
4. беременных
5. асцита.

004. ТАХИПНОЭ ВОЗНИКАЕТ ПРИ СЛЕДУЮЩИХ СИТУАЦИЯХ,

КРОМЕ

1. уменьшения дыхательной поверхности
2. сужение просвета бронхов при их спазме
3. опухоль мозга
4. заболевания почек
5. заболевания ЖКТ.

005. К ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ ФОРМАМ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

ОТНОСЯТСЯ

1. ладьевидная
2. гиперстеническая
3. бочкообразная
4. рахитическая
5. паралитическая.

006. ДЫХАНИЕ КУССМАУЛЯ ПОЯВЛЯЕТСЯ ПРИ

1. повышенной воздушности лёгочной ткани
2. глубокой коме
3. скоплении жидкости в плевральной полости
4. спазме крупных бронхов
5. асците.

007. СВОЙСТВА ЯСНОГО ЛЁГОЧНОГО ЗВУКА

1. короткий
2. громкий
3. высокий
4. тихий
5. прерывистый.

008. УСИЛЕНИЕ ГОЛОСОВОГО ДРОЖАНИЯ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

1. уплотнения лёгочной ткани
2. повышенной воздушности лёгочной ткани
3. гидроторакса
4. пневмоторакса
5. асцита.

009. БОЛИ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ

ПРИ

1. сужении просвета бронхов
2. переломе рёбер
3. патологическом расширении бронхов
4. гидротораксе
5. асците.

010. ОТСУТСТВИЕ ГОЛОСОВОГО ДРОЖАНИЯ ХАРАКТЕРНО ПРИ

1. повышенной воздушности лёгочной ткани
2. наличии очень большого количества жидкости или воздуха в альвеолярной полости
3. уплотнении лёгочной ткани.
4. асците
5. бронхоэктазах.

**Вариант 2 (**один правильный ответ)

001. ОДЫШКА С ЗАТРУДНЁННЫМ ВЫДОХОМ

1. экспираторная
2. инспираторная
3. смешанная
4. прерывистая
5. сердечная.

002. ОСНОВНЫЕ ЖАЛОБЫ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ

ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

1. недомогание
2. кровохарканье
3. понижение аппетита
4. лихорадка
5. слобость.

003. ЭКСПИРАТОРНАЯ ОДЫШКА МОЖЕТ БЫТЬ ПРИ

1. появлении механического препятствия в верхних дыхательных путях
2. сужении просвета мелких бронхов и бронхиол
3. значительном уменьшении дыхательной поверхности лёгких
4. асците
5. анемии

004. ПОСТОЯННЫЙ КАШЕЛЬ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ

1. хроническом бронхите
2. острых респираторных заболеваниях
3. метастазировании опухоли в лимфоузлы средостения
4. анемии
5. асците.

005. ФОРМА ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ДЛЯ КОТОРОЙ

ХАРАКТЕРНО УЧАСТИЕ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ,

ВТЯЖЕНИЕ МЕЖРЁБЕРНЫХ ПРОМЕЖУТКОВ

1. паралитическая
2. астеническая
3. бочкообразная
4. нормостеническая
5. кифосколиотическая.

006. СКОЛИОЗ - ЭТО

1. искривление назад с образование горба
2. искривление в боковых направлениях
3. искривление вперед
4. искривление позвоночника плюс ожирение
5. вынужденное положение.

007. BRADYPNOE МОЖЕТ БЫТЬ ПРИ

1. сужении просвета мелких бронхов при их спазме
2. повышении внутричерепного давления
3. уменьшении дыхательной поверхности
4. гидротораксе
5. асците.

008. ОСЛАБЛЕНИЕ ГОЛОСОВОГО ДРОЖАНИЯ СВЯЗАНО

1. с уплотнением лёгочной ткани
2. со скоплением жидкости или газа в плевральной полости
3. с наличием очень большого количества жидкости или воздуха в

плевральной полости

1. с асцитом
2. с отеками.

009. РЕЗИСТЕНТНОСТЬ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ

ПОМОЩИ

1. осмотра
2. перкуссии
3. пальпации
4. аускультации
5. ренгеноргафии.

010. К ПАТОЛОГИЧЕСКИМ ФОРМАМ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ОТНОСЯТСЯ

1. гиперстеническая
2. ладьевидная
3. астеническая
4. нормостеническая.

**Вариант 3** (один правильный ответ)

001.К ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ ФОРМАМ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

ОТНОСЯТСЯ

1. ладьевидная
2. гиперстеническая
3. бочкообразная
4. рахитическая
5. паралитическая

002. ТАХИПНОЭ ВОЗНИКАЕТ ПРИ СЛЕДУЮЩИХ СИТУАЦИЯХ,

КРОМЕ

1. уменьшения дыхательной поверхности
2. сужение просвета бронхов при их спазме
3. опухоль мозга
4. заболевания почек
5. заболевания ЖКТ.

003. УСИЛЕНИЕ ГОЛОСОВОГО ДРОЖАНИЯ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

1. уплотнение лёгочной ткани
2. повышенной воздушности лёгочной ткани
3. гидроторакса
4. пневмоторакса
5. асцита.

004. ДЫХАНИЕ КУССМАУЛЯ ПОЯВЛЯЕТСЯ ПРИ

1. повышенной воздушности лёгочной ткани
2. глубокой коме
3. накоплении жидкости в плевральной полости
4. спазме крупных бронхов
5. асците.

005. БОЛИ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ

ПРИ

1. сужении просвета бронхов
2. переломе рёбер
3. патологическом расширении бронхов
4. гидротораксе
5. асците.

006. ОТСУТСТВИЕ ГОЛОСОВОГО ДРОЖАНИЯ ХАРАКТЕРНО ПРИ

1. повышенной воздушности лёгочной ткани
2. наличии очень большого количества жидкости или воздуха в альвеолярной полости
3. уплотнение лёгочной ткани.
4. асците
5. бронхоэктазах.

007. СВОЙСТВА ЯСНОГО ЛЁГОЧНОГО ЗВУКА

1. короткий
2. громкий
3. высокий
4. тихий
5. прерывистый.

008. БРЮШНОЙ ТИП ДЫХАНИЯ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

1. женщин
2. мужчин
3. детей
4. беременных
5. асцита.

009. «ЛАЮЩИЙ» КАШЕЛЬ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

1. острого бронхита
2. бронхиальной астмы
3. коклюша
4. пневмонии
5. гидроторакса.

010 ОДЫШКА ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

1. субъективная
2. инспираторная
3. экспираторная
4. смешанная
5. сердечная.

**Вариант 4** (один правильный ответ)

001.УЧАСТИЕ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ, ВТЯЖЕНИЕ

МЕЖРЁБЕРНЫХ ПРОМЕЖУТКОВ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ КАКОЙ ФОРМЫ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

1. паралитическая
2. астеническая
3. бочкообразная
4. нормостеническая
5. кифосколиотическая.

002. ПОСТОЯННЫЙ КАШЕЛЬ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ

1. хроническом бронхите
2. острых респираторных заболеваниях
3. метастазировании опухоли в лимфоузлы средостения
4. анемии
5. асците.

003. ОСЛАБЛЕНИЕ ГОЛОСОВОГО ДРОЖАНИЯ СВЯЗАНО

1. с уплотнением лёгочной ткани
2. со скоплением жидкости или газа в плевральной полости
3. с наличием очень большого количества жидкости или воздуха в

плевральной полости

1. с асцитом
2. с отеками.

004. СКОЛИОЗ - ЭТО

1. искривление назад с образование горба
2. искривление в боковых направлениях
3. искривление вперед
4. искривление позвоночника плюс ожирение
5. вынужденное положение.

005. РЕЗИСТЕНТНОСТЬ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ

ПОМОЩИ

1. осмотра
2. перкуссии
3. пальпации
4. аускультации
5. ренгеноргафии.

006. К ПАТОЛОГИЧЕСКИМ ФОРМАМ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ОТНОСЯТСЯ

1. гиперстеническая
2. ладьевидная
3. астеническая
4. нормостеническая.

007. BRADYPNOE МОЖЕТ БЫТЬ ПРИ

1. сужениИ просвета мелких бронхов при их спазме
2. повышение внутричерепного давления
3. уменьшении дыхательной поверхности
4. гидротораксе
5. асците.

008. ЭКСПИРАТОРНАЯ ОДЫШКА МОЖЕТ БЫТЬ ПРИ

1. появлении механического препятствия в верхних дыхательных путях
2. сужении просвета мелких бронхов и бронхиол
3. значительном уменьшении дыхательной поверхности лёгких
4. асците
5. анемии.

009. ОДЫШКА С ЗАТРУДНЁННЫМ ВЫДОХОМ

1. экспираторная
2. инспираторная
3. смешанная
4. прерывистая
5. сердечная.

010. ОСНОВНЫЕ ЖАЛОБЫ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

1. недомогание
2. кровохарканье
3. понижение аппетита
4. лихорадка
5. слабость.

**6.4. Ситуационные задачи**

**Задача №1.**

В отделение поступил больной, 49 лет. Жалобы на приступ удушья с затрудненным выдохом, возникший 2 часа назад дома, кашель со скудной вязкой прозрачной мокротой. При осмотре – состояние тяжелое, положение – ортопноэ. Грудная клетка эмфизематозной формы. ЧДД – 30 в минуту, выдох резко затруднен.

1. О каком патологическом процессе можно думать?

2. Почему больной принимает вынужденное положение?

3. Перечислите основные жалобы больного с бронхо-легочной патологией

4. Как называется одышка с затрудненным выдохом?

5. Как называется вязкая прозрачная мокрота?

**Задача №2**.

Беспокоит выраженная одышка в покое. Левая половина грудной клетки отстает в акте дыхания, межреберные промежутки сглажены. Голосовое дрожание слева от III ребра по всем топографическим линиям не проводится.

1. О каком синдроме идет речь?
2. Что такое симптом Литтена?
3. Дайте определение одышки.
4. О чем свидетельствует центральный (диффузный) цианоз
5. Укажите число дыхательных движений в норме

**Задача № 3.**

В поликлинику обратился больной 62 лет с жалобами на одышку при физической нагрузке последние 5 лет. Других жалоб нет. При обследовании врач обнаружил понижение эластичности грудной клетки, равномерное ослабление голосового дрожания с обеих сторон. Форма грудной клетки напоминает бочкообразную.

1. В каком случае могут быть получены подобные данные?
2. Укажите характер одышки при данном синдроме
3. Перечислите виды одышки
4. Что такое голосовое дрожание?
5. Перечислите патологические формы грудной клетки

**Задача № 4**.

Больная 34 лет поступила с жалобами на одышку в покое и при малейшей нагрузке, повышение температуры тела до 38С, кашель с небольшим количеством «ржавой» мокроты, боли в правой половине грудной клетки при дыхании. Заболела остро, 3 дня назад. При осмотре – диффузный цианоз, герпес. Правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания, ЧДД – 36 в минуту.

1. Какова наиболее вероятная локализация и характер патологического процесса в легких?
2. Укажите характер одышки при данном заболевании
3. Как изменится голосовое дрожание над патологическим процессом в легком?
4. О чем свидетельствует брюшной тип дыхания у женщин?
5. Изменится ли эластичность грудной клетки у данной больной?

**Задача № 5.**

Больная 68 лет доставлена с жалобами на кровотечение изо рта. В анамнезе диагностированный рак правого легкого. Сидит в постели, беспокойна. Кожа бледная, влажная, при кашле выделяется умеренное количество алой пенистой крови, реакция щелочная. ЧДД – 30 в минуту.

1. Как называется данный симптом?
2. Что подтверждает легочный характер кровотечения?
3. Как изменится голосовое дрожание над патологическим процессом в легком?
4. Характер одышки при данном заболевании?
5. Характер мокроты при данном заболевании

**Задача № 6.**

В отделение поступил больной С., 28 лет в связи с сильными болями в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при глубоком вдохе, одышку при физической нагрузке, повышение температуры тела до 38,2 гр.С. Больной лежит на правом боку. Правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания.

1. Какова наиболее вероятная локализация и характер патологического процесса в легких?

2. Как изменится голосовое дрожание над патологическим процессом в легком?

3. Характер одышки при данном синдроме

4. Назовите причины усиления голосового дрожания. Приведите примеры.

5. Как изменится эластичность и ригидность грудной клетки в данном случае?

**Задача №7**.

В отделение поступил больной Г., 70 лет. Жалобы на выраженную одышку в покое. Больной сидит в постели, оперевшись руками. Отмечается значительный диффузный цианоз. Дыхание шумное, стридорозное, слышно на расстоянии. Затруднен вдох и выдох.

1. Какова наиболее вероятная причина dyspnoe?

2. Что подразумевают под стридорозным дыханием.

3. О чем свидетельствует центральный цианоз?

4. Как называется одышка с затрудненным вдохом и выдохом?

5. Что можно определить с помощью пальпации грудной клетки?

**Задача № 8.**

За медицинской помощью обратился больной К., 41 года. Жалобы на кашель с небольшим отделением слизисто – гнойной мокроты, больше по утрам, при физической нагрузке отмечает слабость, потливость. Кашель беспокоит на протяжении 4 лет. Из анамнеза жизни год назад перенес воспаление легких. Курит с 20-летнего возраста по 20-25 сигарет в день.

1. Каковы наиболее вероятная локализация и характер патологического процесса?
2. Перечислите основные жалобы больного.
3. Как изменится голосовое дрожание при данном патологическом синдроме?
4. Укажите примеры вынужденного положения больного при заболеваниях бронхолегочной системы
5. Что такое ацинус?

**Задача № 9.**

В отделение поступил больной М., 56 лет. Жалобы на кашель с выделением мокроты с неприятным запахом (около 300 мл в сутки). Кашель усиливается в положении лежа на правом боку. При осмотре выявлены положительные симптомы «барабанных пальцев» и «часовых стекол». Из анамнеза жизни назад перенес дважды тяжелую левостороннюю пневмонию.

1. Какова наиболее вероятная причина заболевания?

2. Почему у больного усиливается кашель в положении на правом боку?

3. Как объяснить симптомы «барабанных пальцев» и «часовых стекол»?

4. На уровне какого ребра спереди проходит граница между верхней и средней долей правого легкого?

5. Как объяснить неприятный запах мокроты

**Задача № 10**.

В отделение поступил больной С., 52 лет с жалобами на боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при дыхании, на тихий сухой кашель, сопровождающийся болью в правой половине грудной клетки, повышение температуры тела до 37,2 гр.С. Положение вынужденное сидит, прижимая руку правую половину грудной клетки. Правая половина грудной клетки несколько отстает в акте дыхания.

1. Какова наиболее вероятная локализация и характер патологического процесса в легких?

2. Как изменится голосовое дрожание над патологическим процессом в легком?

3. Назовите причины ослабления голосового дрожания. Приведите примеры.

4. С чем связаны боли в грудной клетки?

5. Как называется одышка с затрудненным вдохом?

**7. Рекомендации по выполнению УИРС** – не предполагаются

**8. Рекомендованная литература**:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование, вид издания | Автор(-ы), составитель(-и), редактор(-ы) | Место издания, издательство, год |
| **Основная литература** | | | |
| 1. | [Пропедевтика внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=31615) : учеб.для мед. вузов | Н. А. Мухин, В. С. Моисеев | М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. |
| **Дополнительная литература** | | | |
| 1. | [Дополнительные методы обследования больного в терапевтической практике](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=1888) : учеб.пособие для студентов мед. вузов. Ч.2. | Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, Е. О. Карпухина [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2011. |
| 2. | [Дополнительные методы обследования больного в терапевтической практике](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=1889) : учеб.пособие для студентов мед. вузов. Ч.1. | Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, Е. О. Карпухина [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2011. |
| 3. | [Практикум по пропедевтике внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=21500) : учеб.пособие | ред. Ж. Д. Кобалава, В. С. Моисеев | М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. |
| 4. | [Пропедевтика внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=24744) : учеб.пособие к внеаудиторной работе для студентов 3 курса по спец. 060101- Лечебное дело, 060103- Педиатрия | сост. Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, А. Г. Иванов [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2009. |
| 5. | [Пропедевтика внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=30979) : учеб.пособие к аудиторной работе для студентов 3 курса по спец. 060101-Лечебное дело, 060103- Педиатрия. Ч.1.. - Режим доступа: polikarpov\_\_propedevtika\_stud\_3\_lech\_ped\_audit\_1\_1297665056.pdf | сост. Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, А. Г. Иванов [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2009. |
| 6. | [Пропедевтика внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=32404) : учеб.пособие к аудиторной работе для студентов 3 курса по спец. 060101-Лечебное дело, 060103- Педиатрия. Ч.2. | сост. Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, А. Г. Иванов [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2009. |

**1.Занятие №4**

**Тема: «Сравнительная и топографическая перкуссия легких. Определение границ легких, подвижности нижнего легочного края, границ легких»**

**2.Форма организации занятия**: клиническое, практические

**3.Значение изучения темы**: перкуссия является одним из основных

методов обследования больного, ее применяют при исследовании всех органов и систем. Также очень важное значение играет данная методика в обследовании больных с легочной патологией. Для грамотного обследования больного необходимо изучить основные виды и свойства перкуторного звука; правила и последовательность проведения перкуссии легких; овладеть техникой перкуссии; знать причины изменения перкуторного звука и границ легких при различных заболеваниях органов дыхания. Так же очень важно учитывать результат других клинических методов обследования (расспрос, осмотр, пальпация, аускультация), что позволит воспроизвести полную клиническую картину заболевания и избежать диагностических ошибок.

**4.Цели обучения**

**- общая**: Обучающийся должен овладеть следующими общекультурными (ОК) и профессиональными компетенциями (ПК):

* способностью и готовностью анализировать социально-значимые проблемы и процессы, использовать на практике методы гуманитарных, естественнонаучных, медико-биологических и клинических наук в различных видах профессиональной и социальной деятельности (ОК-1);
* способностью и готовностью к логическому анализу, публичной речи, редактированию текстов профессионального содержания, осуществлению общевоспитательной деятельности, к сотрудничеству и разрешению конфликтов, к толерантности (ОК-5);
* способностью и готовностью осуществлять свою деятельность с учетом принятых в обществе моральных и правовых норм, соблюдением правил врачебной этики, законов и нормативных правовых актов по работе с конфиденциальной информацией, сохранять врачебную тайну (ОК-8).
* способностью и готовностью реализовать этические и деонтологические аспекты врачебной деятельности в общении с коллегами, средним и младшим медицинским персоналом, взрослым населением и подростками, их родителями и родственниками (ПК-1);
* способностью и готовностью проводить и интерпретировать опрос, физикальный осмотр, клиническое обследование, написать медицинскую карту амбулаторного и стационарного больного (ПК-5);
* способностью и готовностью к работе с медико-технической аппаратурой, используемой в работе с пациентами, владеть компьютерной техникой, получать информацию из различных источников, работать с информацией в глобальных компьютерных сетях; применять возможности современных информационных технологий для решения профессиональных задач (ПК-9);
* способностью и готовностью к постановке диагноза на основании результатов биохимических исследований биологических жидкостей и с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом (ПК-15);
* способностью и готовностью анализировать закономерности функционирования системы органов дыхания, использовать знания анатомо-физиологических основ, взрослого человека и подростка для своевременной диагностики заболеваний и патологических процессов дыхательной системы (ПК-16);
* способностью и готовностью выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы заболеваний органов дыхания, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом, анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах, выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний (ПК-17).
* способностью и готовностью анализировать и интерпретировать результаты современных диагностических технологий по возрастно-половым группам пациентов с учетом их физиологических особенностей организма человека для успешной лечебно-профилактической деятельности, провести диагностику физиологической беременности, участвовать в проведении судебно-медицинской экспертизы (ПК-18);
* способностью и готовностью использовать нормативную документацию, принятую в здравоохранении (законы Российской Федерации, технические регламенты, международные и национальные стандарты, приказы, рекомендации, терминологию, международные системы единиц (СИ), действующие международные классификации), а также документацию для оценки качества и эффективности работы медицинских организаций (ПК-27);
* способностью и готовностью изучать научно-медицинскую информацию, отечественный и зарубежный опыт по тематике исследования (ПК-31);

**- учебная**:

**Студент должен знать**:

* ведение типовой учетно-отчетной медицинской документации в медицинских организациях;
* заболевания органов дыхания, связанные с неблагоприятными воздействиями климатических и социальных факторов;
* основы профилактической помощи, организацию профилактических мероприятий, направленных на укрепление здоровья населения;
* методы диагностики, диагностические возможности методов непосредственного исследования больного терапевтического профиля, современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных.

**Студент должен уметь**:

* определить статус пациента: собрать анамнез, провести опрос пациента и/или его родственников, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, перкуссия легких);
* оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи;
* оценить социальные факторы, влияющие на состояние физического и психологического здоровья пациента; культурные, этические, религиозные, семейные факторы риска;
* заполнять фрагмент истории болезни.

**Студент должен владеть:**

* правильным ведением медицинской документации;
* методами общеклинического обследования (сравнительная и топографическая перкуссия легких).

**5. План изучения темы**:

**5.1 Контроль исходного уровня знаний** (тестовый контроль);

**5.2 Основные понятия и положения темы**: “Перкуссия как метод исследования”, ”Параметры перкуторного звука”, ”Механизм зарождения звука перкуторного ответа”, ”Особенности звучания здорового и пораженного легкого ”;

**5.3 Самостоятельная работа по теме**:

- отработка техники и методики перкуссии друг на друге

- работа с больными

- разбор результатов перкуссии

**5.4 Итоговый контроль знаний**:

- тестовые задания

- ответы на вопросы

**6. Домашнее задание для усвоения темы** (контрольные вопросы, тесты, ситуационные задачи).

**6.1. Исходный контроль знаний (тестовый контроль).**

**Вариант 1** (один правильный ответ)

001.ПЕРКУТОРНЫЙ ЗВУК НАД ЛЕГКИМИ ЗДОРОВОГО ЧЕЛОВЕКА

1. притупленный
2. легочный
3. коробочный
4. тимпанический
5. тупой.

002. ХАРАКТЕРИСТИКА ТУПОГО ПЕРКУТОРНОГО ЗВУКА

1. низкий, продолжительный, тихий
2. высокий, короткий, тихий
3. высокий, продолжительный, громкий
4. низкий, продолжительный, громкий
5. низкий, короткий, громкий.

003. КОРОБОЧНЫЙ ПЕРКУТОРНЫЙ ЗВУК НАД ЛЕГКИМИ

ВЫСЛУШИВАЕТСЯ ПРИ

1. неизмененной легочной ткани
2. уплотнение легочной ткани
3. повышение воздушности легочной ткани
4. гидротораксе
5. асците.

004. ТИМПАНИЧЕСКИЙ ПЕРКУТОРНЫЙ ЗВУК У ЗДОРОВОГО

ЧЕЛОВЕКА ВЫСЛУШИВАЕТСЯ

1. над здоровой легочной тканью
2. над печенью
3. над пустыми петлями кишечника
4. над областью сердца
5. над мышечным массивом.

005. ВЕРХНИЕ ГРАНИЦЫ ЛЕГКИХ СПЕРЕДИ НАХОДЯТСЯ

1. на уровне ключицы
2. на 3-4см выше ключицы
3. на 1-2см выше ключицы
4. ниже ключицы
5. на уровне остистого отростка VII шейного позвонка.

006. НИЖНЯЯ ГРАНИЦА ЛЕГКИХ ПО СРЕДНЕЙ ПОДМЫШЕЧНОЙ

ЛИНИИ НАХОДЯТСЯ НА УРОВНЕ

1. 6 ребра
2. 7 ребра
3. 8 ребра
4. 9 ребра
5. 10 ребра.

007. ПО КАКОЙ ЛИНИИ НЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ НИЖНЯЯ ГРАНИЦА

ЛЕВОГО ЛЕГКОГО

1. по средне-ключичной
2. по паравертебральной
3. по средне-подмышечной
4. по лопаточной
5. по передней подмышечной.

008.ПОДВИЖНОСТЬ НИЖНЕГО ЛЕГОЧНОГО КРАЯ ПРАВОГО ЛЕГКОГО ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПО ЛИНИИ

1. окологрудинной
2. средне-ключичной
3. передней подмышечной
4. передней срединной
5. грудиной.

009.ПРИ ВЫРАЖЕННОМ УПЛОТНЕНИИ ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ

ПЕРКУТОРНЫЙ ЗВУК

1. ясный легочной
2. тупой
3. тимпанический
4. коробочный
5. притупленный.

010. ПРИ СКОПЛЕНИИ ВОЗДУХА В ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ ПЕРКУТОРНЫЙ ЗВУК

1. ясный легочной
2. тупой
3. тимпанический
4. коробочный.
5. притупленный.

**Вариант 2** (один правильный ответ)

001.ПЕРКУТОРНЫЙ ЗВУК НАД ОБЛАСТЬЮ ПЕЧЕНИ

1. притупленный
2. легочный
3. коробочный
4. тупой
5. тимпанический.

002. ХАРАКТЕРИСТИКА ЯСНОГО ЛЕГОЧНОГО ЗВУКА

1. низкий, продолжительный, громкий, не тимпанический
2. высокий, короткий, тихий
3. низкий, громкий, продолжительный
4. высокий, громкий, продолжительный
5. низкий, короткий, тихий.

003. ВЕРХНЯЯ ГРАНИЦА ПРАВОГО ЛЕГКОГО СПЕРЕДИ МОЖЕТ БЫТЬ

1. ниже верхней границы левого легкого
2. выше верхней границы левого легкого
3. на одном уровне
4. значительно ниже
5. значительно выше.

004. НИЖНЯЯ ГРАНИЦА ЛЕГКИХ ПО ЛОПАТОЧНОЙ ЛИНИИ

НАХОДИТСЯ НА УРОВНЕ

1. 6 ребра
2. 8 ребра
3. 10 ребра
4. 11 ребра
5. 7 ребра.

005. КОРОБОЧНЫЙ ПЕРКУТОРНЫЙ ЗВУК НАД ЛЕГОЧНОЙ ТКАНЬЮ

ВЫСЛУШИВАЕТСЯ ПРИ

1. скопление воздуха в плевральной полости
2. при уплотнении легочной ткани
3. при повышении воздушности легочной ткани
4. гидротораксе
5. асците.

006. ПОДВИЖНОСТЬ НИЖНЕГО КРАЯ ЛЕВОГО ЛЕГКОГО ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПО ЛИНИИ

1. средне-ключичной
2. средне-подмышечной
3. паравертебральной
4. передней срединной
5. парастернальной.

007.ПРИ СКОПЛЕНИИ ЖИДКОСТИ В ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ

ПЕРКУТОРНЫЙ ЗВУК

1. ясный легочной
2. тупой
3. притупленный
4. коробочный
5. тимпанический.

008. ПРИ ВЫРАЖЕННОМ УПЛОТНЕНИИ ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ ПЕРКУТОРНЫЙ ЗВУК

1. тупой
2. притупленный
3. коробочный
4. тимпанический
5. ясный легочный.

009. НИЖНЯЯ ГРАНИЦА ПРАВОГО ЛЕГКОГО НЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПО ЛИНИИ

1. окологрудинной
2. среднеключичной
3. лопаточной
4. передней срединной
5. передней подмышечной.

010. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ПЕРКУССИЯ ЛЕГКИХ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

1. громкой перкуссией
2. тихой перкуссией
3. тишайшей перкуссией
4. непосредственной перкуссией
5. топографической перкуссией.

**Вариант 3** (один правильный ответ)

001.ПРИ ВЫРАЖЕННОМ УПЛОТНЕНИИ ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ ПЕРКУТОРНЫЙ ЗВУК

1. ясный легочной
2. тупой
3. тимпанический
4. коробочный
5. притупленный.

002. НИЖНЯЯ ГРАНИЦА ЛЕГКИХ ПО СРЕДНЕЙ ПОДМЫШЕЧНОЙ

ЛИНИИ НАХОДЯТСЯ НА УРОВНЕ

1. 6 ребра
2. 7 ребра
3. 8 ребра
4. 9 ребра
5. 10 ребра.

003. ПОДВИЖНОСТЬ НИЖНЕГО ЛЕГОЧНОГО КРАЯ ПРАВОГО ЛЕГКОГО ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПО ЛИНИИ

1. окологрудинной
2. средне-ключичной
3. передней подмышечной
4. передней срединной
5. грудиной.

004. ВЕРХНИЕ ГРАНИЦЫ ЛЕГКИХ СПЕРЕДИ НАХОДЯТСЯ

1. на уровне ключицы
2. на 3-4см выше ключицы
3. на 1-2см выше ключицы
4. ниже ключицы
5. на уровне остистого отростка VII шейного позвонка.

005. КОРОБОЧНЫЙ ПЕРКУТОРНЫЙ ЗВУК НАД ЛЕГКИМИ

ВЫСЛУШИВАЕТСЯ ПРИ

1. неизмененной легочной ткани
2. уплотнение легочной ткани
3. повышение воздушности легочной ткани
4. гидротораксе
5. асците.

006. ХАРАКТЕРИСТИКА ТУПОГО ПЕРКУТОРНОГО ЗВУКА

1. низкий, продолжительный, тихий
2. высокий, короткий, тихий
3. высокий, продолжительный, громкий
4. низкий, продолжительный, громкий
5. низкий, короткий, громкий.

007. ПРИ СКОПЛЕНИИ ВОЗДУХА В ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ ПЕРКУТОРНЫЙ ЗВУК

1. ясный легочной
2. тупой
3. тимпанический
4. коробочный.
5. притупленный.

008. НИЖНЯЯ ГРАНИЦА ЛЕВОГО ЛЕГКОГО НЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПО ЛИНИИ

1. средне-ключичной
2. паравертебральной
3. средне-подмышечной
4. лопаточной
5. передней подмышечной.

009. ТИМПАНИЧЕСКИЙ ПЕРКУТОРНЫЙ ЗВУК У ЗДОРОВОГО ЧЕЛОВЕКА ВЫСЛУШИВАЕТСЯ

1. над здоровой легочной тканью
2. над печенью
3. над пустыми петлями кишечника
4. над областью сердца
5. над мышечным массивом.

010. НАД ЛЕГКИМИ ЗДОРОВОГО ЧЕЛОВЕКА ПЕРКУТОЛНЫЙ ЗВУК

1. притупленный
2. легочный
3. коробочный
4. тимпанический
5. тупой.

**Вариант 4 (**один правильный ответ)

001.ПОДВИЖНОСТЬ НИЖНЕГО КРАЯ ЛЕВОГО ЛЕГКОГО

ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПО ЛИНИИ

1. средне-ключичной
2. средне-подмышечной
3. паравертебральной
4. передней срединной
5. парастернальной.

002.ПРИ ВЫРАЖЕННОМ УПЛОТНЕНИИ ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ

ПЕРКУТОРНЫЙ ЗВУК

1. тупой
2. притупленный
3. коробочный
4. тимпанический
5. ясный легочный.

003. НИЖНЯЯ ГРАНИЦА ЛЕГКИХ ПО ЛОПАТОЧНОЙ ЛИНИИ

НАХОДИТСЯ НА УРОВНЕ

1. 6 ребра
2. 8 ребра
3. 10 ребра
4. 11 ребра
5. 7 ребра.

004. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ПЕРКУССИЯ ЛЕГКИХ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

1. громкой перкуссией
2. тихой перкуссией
3. тишайшей перкуссией
4. непосредственной перкуссией
5. топографической перкуссией.

005. ПРИ СКОПЛЕНИИ ЖИДКОСТИ В ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ

ПЕРКУТОРНЫЙ ЗВУК

1. ясный легочной
2. тупой
3. притупленный
4. коробочный
5. тимпанический.

006. НИЖНЯЯ ГРАНИЦА ПРАВОГО ЛЕГКОГО НЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПО

1. окологрудинной линии
2. среднеключичной линии
3. лопаточной линии
4. передней срединной
5. передней подмышечной.

007. КОРОБОЧНЫЙ ПЕРКУТОРНЫЙ ЗВУК НАД ЛЕГОЧНОЙ ТКАНЬЮ

ВЫСЛУШИВАЕТСЯ ПРИ

1. скоплениИ воздуха в плевральной полости
2. при уплотнении легочной ткани
3. при повышении воздушности легочной ткани
4. гидротораксе
5. асците.

008. ВЕРХНЯЯ ГРАНИЦА ПРАВОГО ЛЕГКОГО СПЕРЕДИ МОЖЕТ БЫТЬ

1. ниже верхней границы левого легкого
2. выше верхней границы левого легкого
3. на одном уровне
4. значительно ниже
5. значительно выше.

009. НАД ОБЛАСТЬЮ ПЕЧЕНИ ПЕРКУТОРНЫЙ ЗВУК

1. притупленный
2. легочный
3. коробочный
4. тупой
5. тимпанический.

010. ХАРАКТЕРИСТИКА ЯСНОГО ЛЕГОЧНОГО ЗВУКА

1. низкий, продолжительный, громкий, не тимпанический
2. высокий, короткий, тихий
3. низкий, громкий, продолжительный
4. высокий, громкий, продолжительный
5. низкий, короткий, тихий.

**6.2.Итоговый контроль (тестовые задания)**

**Вариант 1** (один правильный ответ)

001.ВИД ПЕРКУССИИ, КОТОРЫЙ НЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ

ПРОВЕДЕНИИ ТОПОГРАФИЧЕСКОЙ ПЕРКУССИИ ЛЕГКИХ

1. громкая
2. тихая
3. тишайшая
4. сравнительная
5. прерывистая.

002. ВЕРХНЯЯ ГРАНИЦА ЛЕГКИХ НАХОДИТСЯ НА

1. 2-4см латеральнее остистого отростка 7 шейного позвонка
2. уровне остистого отростка 6 шейного позвонка
3. 3-4см выше ости лопатки
4. середине трапецевидной мышцы
5. уровне 5 шейного позвонка.

003. ХАРАКТЕРИСТИКА ЯСНОГО ЛЕГОЧНОГО ЗВУКА

1. высокий, продолжительный, громкий
2. низкий, громкий, продолжительный
3. низкий, короткий, тихий
4. высокий, тихий, продолжительный
5. высокий, тихий, короткий.

004. ПРИ ПЕРКУССИИ ЛЕГКИХ МОЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ

1. границы легких
2. голосовое дрожание
3. резистентность грудной клетки
4. шум трения плевры
5. крепитацию.

005.ПРИ СКОПЛЕНИИ ВОЗДУХА В ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ

ПЕРКУТОРНЫЙ ЗВУК

1. ясный легочный
2. тупой
3. коробочный
4. тимпанический
5. притупленный.

006. ПРИ ПЕРКУССИИ НАД ПРОСТРАНСТВОМ ТРАУБЕ

ВЫСЛУШИВАЕТСЯ ЗВУК

1. тупой
2. притупленный
3. тимпанический
4. коробочный
5. легочный ясный.

007. НИЖНЯЯ ГРАНИЦА ПРАВОГО ЛЕГКОГО ПО

СРЕДНЕКЛЮЧИЧНОЙ ЛИНИИ НАХОДИТСЯ НА УРОВНЕ

1. 6 ребра
2. 7 ребра
3. 5 ребра
4. 5 межреберья
5. 6 межреберье.

008. ПРИ СНИЖЕНИИ ЭЛАСТИЧНОСТИ ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ

ПОДВИЖНОСТЬ НИЖНЕГО ЛЕГОЧНОГО КРАЯ

1. увеличивается
2. уменьшается
3. не изменяется
4. незначительно увеличивается
5. значительно увеличивается.

009. ШИРИНА ПОЛЯ КРЕНИНГА СОСТАВЛЯЕТ

1. 1-3 см
2. 4-6 см
3. 6-8 см
4. 8-10 см
5. 10-12 см.

010. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПЕРКУССИИ ВРАЧ НАХОДИТСЯ ОТ

ПАЦИЕНТА

1. справа
2. слева
3. спереди
4. сзади
5. не имеет значения.

**Вариант 2** (один правильный ответ)

001. ПРИ СРАВНИТЕЛЬНОЙ ПЕРКУССИИ ИСПОЛЬЗУЮТ

1. громкую перкуссию
2. тихую перкуссию
3. тишайшую перкуссию
4. топографическую
5. прерывистую.

002. У ЗДОРОВОГО ЧЕЛОВЕКА КОРОБОЧНЫЙ ЗВУК ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

НАД

1. легочной тканью
2. печенью
3. пустыми петлями кишечника
4. все перечисленное верно
5. мышечным массивом.

003. ХАРАКТЕРИСТИКА ЯСНОГО ЛЕГОЧНОГО ЗВУКА

1. высокий, громкий, продолжительный
2. низкий, громкий, продолжительный
3. низкий, громкий, короткий
4. высокий, громкий, короткий
5. низкий, тихий, продолжительный.

004. ВЫСОТА СТОЯНИЯ ВЕРХУШКИ ПРАВОГО ЛЕГКОГО У

ЗДОРОВОГО ЧЕЛОВЕКА МОЖЕТ БЫТЬ

1. выше высоты стояния верхушки левого легкого
2. ниже высоты стояния верхушки левого легкого
3. на уровне
4. значительно ниже
5. значительно выше.

005. НИЖНИЙ КРАЙ ЛЕВОГО ЛЕГКОГО ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПО

1. окологрудинной линии
2. передней подмышечной линии
3. околопозвоночной линии
4. средней подмышечной линии
5. задней подмышечной.

006.ПРИ СКОПЛЕНИИ ЖИДКОСТИ В ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ

ПЕРКУТОРНЫЙ ЗВУК

1. ясный легочный
2. тупой
3. притупленный
4. тимпанический
5. саккадированный.

007. ПОДВИЖНОСТЬ НИЖНЕГО ЛЕГОЧНОГО КРАЯ ПРИ ПЛЕВРИТЕ

1. уменьшится
2. увеличится
3. не изменится
4. значительно увеличится
5. прекратится.

008. НИЖНЯЯ ГРАНИЦА ПРАВОГО ЛЕГКОГО ПО

ОКОЛОПОЗВОНОЧНОЙ ЛИНИИ НАХОДИТСЯ НА УРОВНЕ

1. XI ребра
2. XI межреберья
3. остистого отростка XI грудного позвонка
4. X ребра
5. XII ребра.

009.ПРИ ВЫРАЖЕННОМ УПЛОТНЕНИИ ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ

ПЕРКУТОРНЫЙ ЗВУК

1. ясный легочной
2. тупой
3. притупленный
4. коробочный
5. тимпанический.

010. ПРИ ПЕРКУССИИ НАД ПРОСТРАНСТВОМ ТРАУБЕ

ВЫСЛУШИВАЕТСЯ ЗВУК

1. притупленный
2. коробочный
3. тупой
4. тимпанический
5. ясный легочный.

**Вариант 3** (один правильный ответ)

001. ШИРИНА ПОЛЯ КРЕНИНГА СОСТАВЛЯЕТ

1. 1-3 см
2. 4-6 см
3. 6-8 см
4. 8-10 см
5. 10-12 см.

002. НИЖНЯЯ ГРАНИЦА ПРАВОГО ЛЕГКОГО ПО

СРЕДНЕКЛЮЧИЧНОЙ ЛИНИИ НАХОДИТСЯ НА УРОВНЕ

1. 6 ребра
2. 7 ребра
3. 5 ребра
4. 5 межреберья
5. 6 межреберье.

003. ПРИ СНИЖЕНИИ ЭЛАСТИЧНОСТИ ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ

ПОДВИЖНОСТЬ НИЖНЕГО ЛЕГОЧНОГО КРАЯ

1. увеличивается
2. уменьшается
3. не изменяется
4. незначительно увеличивается
5. значительно увеличивается.

004. ПРИ ПЕРКУССИИ ЛЕГКИХ МОЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ

1. границы легких
2. голосовое дрожание
3. резистентность грудной клетки
4. шум трения плевры
5. крепитацию.

005.ВИД ПЕРКУССИИ, КОТОРЫЙ НЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ

ПРОВЕДЕНИИ ТОПОГРАФИЧЕСКОЙ ПЕРКУССИИ ЛЕГКИХ

1. громкая
2. тихая
3. тишайшая
4. сравнительная
5. патологическая

006. ХАРАКТЕРИСТИКА ЯСНОГО ЛЕГОЧНОГО ЗВУКА

1. высокий, продолжительный, громкий
2. низкий, громкий, продолжительный
3. низкий, короткий, тихий
4. высокий, тихий, продолжительный
5. высокий, тихий, короткий.

007. ПРИ СКОПЛЕНИИ ВОЗДУХА В ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ ПЕРКУТОРНЫЙ ЗВУК

1. ясный легочный
2. тупой
3. коробочный
4. тимпанический
5. притупленный.

008. ПРИ ПЕРКУССИИ НАД ПРОСТРАНСТВОМ ТРАУБЕ

ВЫСЛУШИВАЕТСЯ ЗВУК

1. тупой
2. притупленный
3. тимпанический
4. коробочный
5. легочный ясный.

009. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПЕРКУССИИ ВРАЧ НАХОДИТСЯ ОТ

ПАЦИЕНТА

1. справа
2. слева
3. спереди
4. сзади
5. не имеет значения.

010. ВЕРХНЯЯ ГРАНИЦА ЛЕГКИХ НАХОДИТСЯ НА

1. 2-4см латеральнее остистого отростка 7 шейного позвонка
2. уровне остистого отростка 6 шейного позвонка
3. 3-4см выше ости лопатки
4. середине трапецевидной мышцы
5. уровне 5 шейного позвонка.

**Вариант 4 (**один правильный ответ)

001.ПРИ ВЫРАЖЕННОМ УПЛОТНЕНИИ ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ

ПЕРКУТОРНЫЙ ЗВУК

1. ясный легочной
2. тупой
3. притупленный
4. коробочный
5. тимпанический.

002. ПОДВИЖНОСТЬ НИЖНЕГО ЛЕГОЧНОГО КРАЯ ПРИ ПЛЕВРИТЕ

1. уменьшится
2. увеличится
3. не изменится
4. значительно увеличится
5. прекратится.

003. НИЖНЯЯ ГРАНИЦА ПРАВОГО ЛЕГКОГО ПО

ОКОЛОПОЗВОНОЧНОЙ ЛИНИИ НАХОДИТСЯ НА УРОВНЕ

1. XI ребра
2. XI межреберья
3. остистого отростка XI грудного позвонка
4. X ребра
5. XII ребра.

004. ВЫСОТА СТОЯНИЯ ВЕРХУШКИ ПРАВОГО ЛЕГКОГО У

ЗДОРОВОГО ЧЕЛОВЕКА МОЖЕТ БЫТЬ

1. выше высоты стояния верхушки левого легкого
2. ниже высоты стояния верхушки левого легкого
3. на уровне
4. значительно ниже
5. значительно выше.

005. ПРИ СРАВНИТЕЛЬНОЙ ПЕРКУССИИ ИСПОЛЬЗУЮТ

1. громкую перкуссию
2. тихую перкуссию
3. тишайшую перкуссию
4. топографическую
5. прерывистую.

006. ХАРАКТЕРИСТИКА ЯСНОГО ЛЕГОЧНОГО ЗВУКА

1. высокий, громкий, продолжительный
2. низкий, громкий, продолжительный
3. низкий, громкий, короткий
4. высокий, громкий, короткий
5. низкий, тихий, продолжительный.

007. НИЖНИЙ КРАЙ ЛЕВОГО ЛЕГКОГО НЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПО ЛИНИИ

1. окологрудинной
2. передней подмышечной
3. околопозвоночной
4. средней подмышечной
5. задней подмышечной.

008. НИЖНЯЯ ГРАНИЦА ПРАВОГО ЛЕГКОГО ПО

ОКОЛОПОЗВОНОЧНОЙ ЛИНИИ НАХОДИТСЯ НА УРОВНЕ

1. XI ребра
2. XI межреберья
3. остистого отростка XI грудного позвонка
4. X ребра
5. XII ребра.

009. ПРИ ПЕРКУССИИ НАД ПРОСТРАНСТВОМ ТРАУБЕ

ВЫСЛУШИВАЕТСЯ ЗВУК

1. притупленный
2. коробочный
3. тупой
4. тимпанический
5. ясный легочный.

010. У ЗДОРОВОГО ЧЕЛОВЕКА КОРОБОЧНЫЙ ЗВУК ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

НАД

1. легочной тканью
2. печенью
3. пустыми петлями кишечника
4. все перечисленное верно
5. мышечным массивом.

**6.3.Контрольные вопросы**

1. При каких состояниях над легкими определяется притуплено-тимпанический звук?
2. При каких состояниях над легкими определяется тупой звук?
3. При каких состояниях над легкими определяется коробочный звук?
4. При каких состояниях над легкими определяется тимпанический звук?
5. Какими способами можно определить подвижность нижнего легочного края?
6. Диагностическое значение определения подвижности нижнего легочного края?

**6.4.Ситуационные задачи**

**Задача №1.**

У больного правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания, голосовое дрожание до 3 ребра усилено, перкуторный звук – притуплено – тимпанический, ниже 3 ребра – голосовое дрожание не определяется, при перкуссии звук тупой.

1. О каком патологическом синдроме идет речь?

2. Дайте физическую характеристику тупому перкуторному звуку.

3. Какую перкуссию используют проведении сравнительной перкуссии легких?

4. Перечислите разновидности перкуссии.

5. Для каких целей применяется сравнительная перкуссия легких?

**Задача №2**.

У больного при обследовании выявлено: симметричное снижение подвижности грудной клетки, опущение нижних границ легких, коробочный перкуторный звук

1. Для какого легочного синдрома это характерно?
2. Как изменится поле Кренига при данном синдроме?
3. Укажите нормальные величины полей Кренига.
4. Укажите расположение нижней границы легких по средне-подмышечной линии в норме
5. Какую (по громкости удара) перкуссию применяют для определения верхних границ легких? Что это означает?

**Задача №3**.

У больного при обследовании выявлено: высота стояния верхушки легкого спереди на 1см выше ключицы, тупой перкуторный звук, голосовое дрожание не проводится.

1. Для какого патологического легочного синдрома это характерно?
2. Укажите возможные причины данного синдрома
3. Где определяется высота стояния верхушки легкого сзади в норме?
4. Дайте физическую характеристику ясному легочному звуку.
5. Какую (по громкости удара) перкуссию применяют для определения нижних границ легких?

**Задача №4.**

В приемное отделение обратился больной В., 45 лет. Беспокоит резко выраженная одышка при малейшем движении, редкий сухой кашель. Объективно: левая половина грудной клетки отстает в акте дыхания, межреберные промежутки сглажены. Голосовое дрожание слева от IV ребра по всем топографическим линиям не проводится. При перкуссии на этом же участке абсолютно тупой звук. Над пространством Траубе – звук притуплено-тимпанический.

1. О каком патологическом синдроме можно думать?

2. Укажите возможные причины этого синдрома.

3. Что такое пространство Траубе?

4. Какой перкуторный звук над пространством Траубе в норме. Дайте его физическую характеристику.

5. Как объяснить изменение перкуторного звука над пространством Траубе?

**Задача №5**.

В приемное отделение обратился больной З., 55 лет. Беспокоят повышение температуры до 40,5 гр.С сопровождаются ознобами, кашель с выделением скудной слизисто-гнойной мокроты. Болен 2 дня. Объективно: левая половина грудной клетки несколько отстает в акте дыхания. Голосовое дрожание слева от лопаточной до заднее -подмышечной линиям от 6 до 9 ребра усилено. На этом же участке перкуторный звук тупой.

1. О каком патологическом синдроме можно думать?

2. Дайте физическую характеристику тупому перкуторному звуку.

3. Как объяснить появление тупого перкуторного звука

4. На каком уровне находится нижняя граница легкого по заднее -подмышечной линии в норме?

5. Какая (по силе удара) перкуссия применяется при определении нижних границ легких?

**Задача №6.**

Грудная клетка правильной формы. Обе ее половины симметричны, отстают в акте дыхания. При перкуссии справа в межлопаточной области на уровне 3 – 6 ребер звук притуплено-тимпанический. Голосовое дрожание усилено. Ниже 7 ребра перкуторный звук тимпанический.

1. О каком патологическом синдроме можно думать?

2. Дайте физическую характеристику тупому перкуторному звуку.

3. На каком уровне находится нижняя граница легкого по переднее -подмышечной линии в норме?

4. Какая (по силе удара) перкуссия применяется при определении верхушек легких?

5. Перечислите виды голосового дрожания

**Задача №7.**

Мужчина 23 лет обратился за медицинской помощью с жалобами на общую слабость, недомогание, головную боль, повышение температуры тела до 37,5°С, сухой кашель. Болен второй день, заболевание связывает с переохлаждением. Объективно: температура тела 37,2°С. Общее состояние удовлетворительное. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. Перкуторный звук над легкими ясный. ЧДД - 16 в мин..

1.Выделите основные жалобы

2.Имеется ли у данного больного заболевание легких. Обоснуйте ответ

3.Каким будет голосовое дрожание?

4.Дайте физическую характеристику ясному легочному звуку

5.Какой перкуторный звук будет в 1 стадию крупозной (долевой) пневмонии?

**Задача №8**.

Жалобы: кашель со слизисто-гнойной мокротой, инспираторную одышку, повышение температуры до фебрильных цифр.

Осмотр: отставание правой половины грудной клетки в акте дыхания.

Пальпация: голосовое дрожание усилено.

Перкуссия: притупление перкуторного звука. Перкуторно границы легких не изменены. Ограничение подвижности нижнего края правого легкого при экскурсии легких.

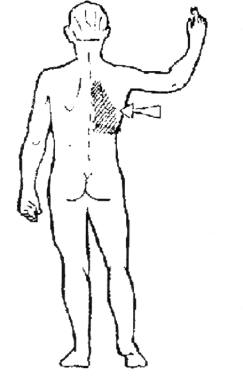
1. Укажите предполагаемый синдром?

2. Укажите цели топографической перкуссии.

3. В каких случаях врач определит смещение верхних границ легких вверх и увеличение полей Кренига?

4. Чем определяется степень притупления перкуторного звука?

5. Где отмечается граница легкого при задержке дыхания на высоте глубокого вдоха



**Задача №9.**

Осмотр: отставание правой половины грудной клетки в дыхании, некоторое западение левой половины грудной клетки.

Пальпация: голосовое дрожание ослаблено. Перкуссия: притупление перкуторного звука.

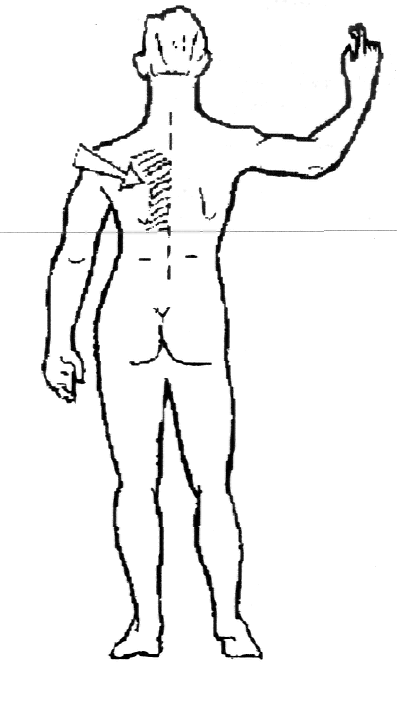
1. О каком патологическом синдроме надо думать?

2. Когда происходит сужение полей Кренига? Приведите примеры.

3. Укажите цели сравнительной перкуссии

4. Какая (по силе удара) перкуссия применяется при определении верхушек легких?

5. Где отмечается граница легкого при задержке дыхания после максимального выдоха?



**Задача №10.**

Жалобы: кашель со скудной слизисто-гнойной мокротой, повышение температуры до субфебрильных цифр.

Осмотр: обе половины грудной клетки равномерно участвуют в акте дыхания.

Пальпация: голосовое дрожание над обеими половинами грудной клетки одинаково.

Перкуссия: ясный легочный звук.

1. Что у больного?

2. Что такое пневмоторакс?

3. Как изменится перкуторный звук над пневмотораксом?

4. Укажите отличия коробочного перкуторного звука от ясного легочного

5. Укажите подвижность нижнего края легких по задней подмышечной линии в норме.

**7. Рекомендации по выполнению УИРС** – не предусмотрено

**8. Рекомендованная литература**:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование, вид издания | Автор(-ы), составитель(-и), редактор(-ы) | Место издания, издательство, год |
| **Основная литература** | | | |
| 1. | [Пропедевтика внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=31615) : учеб.для мед. вузов | Н. А. Мухин, В. С. Моисеев | М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. |
| **Дополнительная литература** | | | |
| 1. | [Дополнительные методы обследования больного в терапевтической практике](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=1888) : учеб.пособие для студентов мед. вузов. Ч.2. | Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, Е. О. Карпухина [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2011. |
| 2. | [Дополнительные методы обследования больного в терапевтической практике](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=1889) : учеб.пособие для студентов мед. вузов. Ч.1. | Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, Е. О. Карпухина [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2011. |
| 3. | [Практикум по пропедевтике внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=21500) : учеб.пособие | ред. Ж. Д. Кобалава, В. С. Моисеев | М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. |
| 4. | [Пропедевтика внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=24744) : учеб.пособие к внеаудиторной работе для студентов 3 курса по спец. 060101- Лечебное дело, 060103- Педиатрия | сост. Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, А. Г. Иванов [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2009. |
| 5. | [Пропедевтика внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=30979) : учеб.пособие к аудиторной работе для студентов 3 курса по спец. 060101-Лечебное дело, 060103- Педиатрия. Ч.1.. - Режим доступа: polikarpov\_\_propedevtika\_stud\_3\_lech\_ped\_audit\_1\_1297665056.pdf | сост. Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, А. Г. Иванов [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2009. |
| 6. | [Пропедевтика внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=32404) : учеб.пособие к аудиторной работе для студентов 3 курса по спец. 060101-Лечебное дело, 060103- Педиатрия. Ч.2. | сост. Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, А. Г. Иванов [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2009. |

**1.Занятие №5**

**Тема: «Аускультация легких. Методика и техника аускультации. Места и последовательность выслушивания грудной клетки»**

**2.Форма организации занятия**: клиническое практические

**3.Значение изучения темы**:

-учебное: аускультация легких является одним из основных методов обследования больных. Знание аускультативной картины в норме и при различных патологических синдромах является важной, часто ведущей, частью диагностического процесса при обследовании больных с легочной патологией.

**-**профессиональное: для полного и грамотного обследования больного необходимо овладеть техникой аускультации легких, изучить основные и дополнительные дыхательные шумы, механизм их образования. Знать и понимать причины и механизм изменения дыхания и появления дополнительных дыхательных шумов. Так же очень важно учитывать результаты других объективных методов обследования (расспрос, осмотр и пальпация грудной клетки, перкуссия легких), что позволит воспроизвести полную клиническую картину заболевания и избежать диагностических ошибок.

-личностное: На примере обследования больных с легочной патологией развитие ответственности будущего врача за методическое проведение обследования больного, формирование клинического мышления. Понять важность соблюдения правил биомедицинской этики и деонтологии.

**4.Цели обучения**

- общая: обучающийся должен овладеть следующими общекультурными (ОК) и профессиональными компетенциями (ПК):

* способностью и готовностью анализировать социально-значимые проблемы и процессы, использовать на практике методы гуманитарных, естественнонаучных, медико-биологических и клинических наук в различных видах профессиональной и социальной деятельности (ОК-1);
* способностью и готовностью к логическому анализу, публичной речи, редактированию текстов профессионального содержания, осуществлению общевоспитательной деятельности, к сотрудничеству и разрешению конфликтов, к толерантности (ОК-5);
* способностью и готовностью осуществлять свою деятельность с учетом принятых в обществе моральных и правовых норм, соблюдением правил врачебной этики, законов и нормативных правовых актов по работе с конфиденциальной информацией, сохранять врачебную тайну (ОК-8).
* способностью и готовностью реализовать этические и деонтологические аспекты врачебной деятельности в общении с коллегами, средним и младшим медицинским персоналом, взрослым населением и подростками, их родителями и родственниками (ПК-1);
* способностью и готовностью проводить и интерпретировать опрос, физикальный осмотр, клиническое обследование, написать медицинскую карту амбулаторного и стационарного больного (ПК-5);
* способностью и готовностью к работе с медико-технической аппаратурой, используемой в работе с пациентами, владеть компьютерной техникой, получать информацию из различных источников, работать с информацией в глобальных компьютерных сетях; применять возможности современных информационных технологий для решения профессиональных задач (ПК-9);
* способностью и готовностью к постановке диагноза на основании результатов биохимических исследований биологических жидкостей и с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом (ПК-15);
* способностью и готовностью анализировать закономерности функционирования системы органов дыхания, использовать знания анатомо-физиологических основ, взрослого человека и подростка для своевременной диагностики заболеваний и патологических процессов дыхательной системы (ПК-16);
* способностью и готовностью выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы заболеваний органов дыхания, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом, анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах, выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний (ПК-17).
* способностью и готовностью анализировать и интерпретировать результаты современных диагностических технологий по возрастно-половым группам пациентов с учетом их физиологических особенностей организма человека для успешной лечебно-профилактической деятельности, провести диагностику физиологической беременности, участвовать в проведении судебно-медицинской экспертизы (ПК-18);
* способностью и готовностью использовать нормативную документацию, принятую в здравоохранении (законы Российской Федерации, технические регламенты, международные и национальные стандарты, приказы, рекомендации, терминологию, международные системы единиц (СИ), действующие международные классификации), а также документацию для оценки качества и эффективности работы медицинских организаций (ПК-27);
* способностью и готовностью изучать научно-медицинскую информацию, отечественный и зарубежный опыт по тематике исследования (ПК-31);

**-учебная:**

**Студент должен знать**:

* ведение типовой учетно-отчетной медицинской документации в медицинских организациях;
* заболевания органов дыхания, связанные с неблагоприятными воздействиями климатических и социальных факторов;
* основы профилактической помощи, организацию профилактических мероприятий, направленных на укрепление здоровья населения;
* методы диагностики заболеваний органов дыхания, диагностические возможности методов непосредственного исследования больного указанного профиля.

**Студент должен уметь:**

* определить статус пациента: собрать анамнез, провести опрос пациента и/или его родственников, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация легких);
* оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи;
* оценить социальные факторы, влияющие на состояние физического и психологического здоровья пациента; культурные, этические, религиозные, семейные факторы риска;
* заполнять фрагмент истории болезни.

**Студент должен владеть**:

* правильным ведением медицинской документации;
* методами общеклинического обследования (аускультация легких).

**5. План изучения темы**:

**5.1 Контроль исходного уровня знаний** (тестовый контроль);

**5.2 Основные понятия и положения темы:** “Дыхательные шумы”, ”Основные легочные аускультативные синдромы ”;

**5.3 Самостоятельная работа по теме**:

- отработка аускультации друг на друге

- работа с больными

- разбор полученных данных, оформление фрагмента истории болезни

**5.4 Итоговый контроль знаний:**

- тестовые задания

- контрольные вопросы

**6. Домашнее задание для уяснения темы занятия**

**6.1.Исходный контроль знаний (тестовый контроль).**

**Вариант 1** (один правильный ответ)

001. ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ ЛЕГКИХ НЕЛЬЗЯ ВЫСЛУШАТЬ

1. крепитации
2. тимпанического звука
3. хрипов
4. основных дыхательных шумов
5. побочных дыхательных шумов.

002. К ОСНОВНЫМ ДЫХАТЕЛЬНЫМ ШУМАМ ОТНОСИТЬСЯ

1. везикулярное дыхание
2. бронхиальное дыхание
3. смешанное дыхание
4. всё перечисленное
5. металлическое дыхание.

003. АМФОРИЧЕСКОЕ ДЫХАНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ РАЗНОВИДНОСТЬЮ

1. везикулярного
2. бронхиального
3. смешанного
4. побочных дыхательных шумов
5. бронхофонии.

004. УСЛОВИЕМ ДЛЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОГО ДЫХАНИЯ НАД ЛЕГОЧНОЙ ТКАНЬЮ ЯВЛЯЕТСЯ

1. скопление жидкости в плевральной полости
2. уплотнение легочной ткани до полной потери её воздушности
3. скопление воздуха в плевральной полости
4. неравномерное сужение бронхов
5. асцит.

005. УСЛОВИЕМ ДЛЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ КРЕПИТАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. наличие жидкого секрета в бронхах
2. наличие секрета в альвеолах
3. наличие жидкости в плевральной полости
4. наличие вязкого секрета в бронхах
5. наличие пневмоторакса.

006. ХРИПЫ БЫВАЮТ

1. сухими
2. консонирующими
3. влажными
4. всё перечисленное верно
5. крупнопузырчатыми.

007. ПРИ НАДАВЛИВАНИИ СТЕТОСКОПОМ НА ГРУДНУЮ КЛЕТКУ ХРИПЫ

1. усиливаются
2. не изменяются
3. исчезают
4. всё перечисленное верно
5. ослабляются.

008. УСЛОВИЕМ ДЛЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ КОНСОНИРУЮЩИХ ХРИПОВ ЯВЛЯЕТСЯ

1. уплотнение легочной ткани окружающей бронх
2. наличие жидкого секрета в бронхах
3. наличие вязкого секрета в бронхах
4. наличие жидкости в плевральной полости
5. наличие пневмоторакса.

009. ХРИПЫ ВЫСЛУШИВАЮТСЯ

1. на вдохе
2. на высоте вдоха
3. на выдохе
4. на вдохе и выдохе
5. в начале вдоха.

010. ШУМ ТРЕНИЯ ПЛЕВРЫ

1. выслушивается на вдохе и выдохе
2. усиливается при надавливании стетоскопом на грудную клетку
3. сохраняется при имитации дыхательных движений
4. всё перечисленное верно
5. напоминает крепитацию.

**Вариант 2**

001. ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ ЛЕГКИХ МОЖНО ВЫСЛУШАТЬ

1. основные дыхательные шумы
2. тимпанический шум
3. ослабление голосового дрожания
4. коробочный звук
5. тупой звук

002. К ОСНОВНЫМ ДЫХАТЕЛЬНЫМ ШУМАМ ОТНОСИТЬСЯ

1. бронхиальное дыхание
2. шум трения плевры
3. крепитация
4. сухие хрипы
5. влажные хрипы.

003. К РАЗНОВИДНОСТЯМ ВЕЗИКУЛЯРНОГО ДЫХАНИЯ ОТНОСЯТСЯ

1. жесткое дыхание
2. амфорическое дыхание
3. металлическое дыхание
4. смешанное дыхание
5. пневмосклеротическое дыхание.

004. РАЗНОВИДНОСТЬЮ БРОНХИАЛЬНОГО ДЫХАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

1. жесткое дыхание
2. усиленное везикулярное дыхание
3. амфорическое дыхание
4. саккодированное дыхание
5. пневмосклеротическое дыхание.

005. К ПОБОЧНЫМ ДЫХАТЕЛЬНЫМ ШУМАМ ОТНОСЯТСЯ

1. крепитация
2. шум трения плевры
3. сухие хрипы
4. влажные хрипы
5. всё перечисленное.

006. КРЕПИТАЦИЯ ВОЗНИКАЕТ В

1. бронхах
2. альвеолах
3. легочных полостях
4. трахее
5. во всём перечисленном.

007. КРЕПИТАЦИЯ ВОЗНИКАЕТ

1. на вдохе
2. на высоте вдоха
3. на выдохе
4. на вдохе и выдохе
5. в конце выдоха.

008. К РАЗНОВИДНОСТЯМ ХРИПОВ ОТНОСИТСЯ ВСЕ КРОМЕ

1. сухие
2. влажные
3. мелкопузырчатые
4. консонирующие
5. все перечисленное.

009. ШУМ ТРЕНИЯ ПЛЕВРЫ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ

1. на вдохе
2. на высоте вдоха
3. на выдохе
4. на вдохе и выдохе
5. в конце выдоха.

010. ШУМ ТРЕНИЯ ПЛЕВРЫ УСИЛИВАЕТСЯ

1. после кашля
2. при надавливании стетоскопом на грудную клетку
3. при задержке дыхания
4. на высоте вдоха
5. на высоте выдоха.

**Вариант 3**

001. УСЛОВИЕМ ДЛЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ КОНСОНИРУЮЩИХ ХРИПОВ ЯВЛЯЕТСЯ

1. уплотнение легочной ткани окружающей бронх
2. наличие жидкого секрета в бронхах
3. наличие вязкого секрета в бронхах
4. наличие жидкости в плевральной полости
5. наличие пневмоторакса.

002. ПРИ НАДАВЛИВАНИИ СТЕТОСКОПОМ НА ГРУДНУЮ КЛЕТКУ ХРИПЫ

1. усиливаются
2. не изменяются
3. исчезают
4. всё перечисленное верно
5. ослабляются.

003. ХРИПЫ ВЫСЛУШИВАЮТСЯ

1. на вдохе
2. на высоте вдоха
3. на выдохе
4. на вдохе и выдохе
5. в начале вдоха.

004. ХРИПЫ БЫВАЮТ

1. сухими
2. консонирующими
3. влажными
4. всё перечисленное верно
5. крупнопузырчатыми.

005. УСЛОВИЕМ ДЛЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОГО ДЫХАНИЯ НАД ЛЕГОЧНОЙ ТКАНЬЮ ЯВЛЯЕТСЯ

1. скопление жидкости в плевральной полости
2. уплотнение легочной ткани до полной потери её воздушности
3. скопление воздуха в плевральной полости
4. неравномерное сужение бронхов
5. асцит.

006. УСЛОВИЕМ ДЛЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ КРЕПИТАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. наличие жидкого секрета в бронхах
2. наличие секрета в альвеолах
3. наличие жидкости в плевральной полости
4. наличие вязкого секрета в бронхах
5. наличие пневмоторакса.

007. К ОСНОВНЫМ ДЫХАТЕЛЬНЫМ ШУМАМ ОТНОСИТЬСЯ

1. везикулярное дыхание
2. бронхиальное дыхание
3. смешанное дыхание
4. всё перечисленное
5. металлическое дыхание.

008. ШУМ ТРЕНИЯ ПЛЕВРЫ

1. выслушивается на вдохе и выдохе
2. усиливается при надавливании стетоскопом на грудную клетку
3. сохраняется при имитации дыхательных движений
4. всё перечисленное верно
5. напоминает крепитацию.

009. АМФОРИЧЕСКОЕ ДЫХАНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ РАЗНОВИДНОСТЬЮ

1. везикулярного
2. бронхиального
3. смешанного
4. побочных дыхательных шумов
5. бронхофонии.

010. ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ ЛЕГКИХ НЕЛЬЗЯ ВЫСЛУШАТЬ

1. крепитации
2. тимпанического звука
3. хрипов
4. основных дыхательных шумов
5. побочных дыхательных шумов.

**Вариант 4** (один правильный ответ)

001. К РАЗНОВИДНОСТЯМ ХРИПОВ ОТНОСИТСЯ ВСЕ КРОМЕ

1. сухие
2. влажные
3. мелкопузырчатые
4. консонирующие
5. амфорические.

002. КРЕПИТАЦИЯ ВОЗНИКАЕТ

1. на вдохе
2. на высоте вдоха
3. на выдохе
4. на вдохе и выдохе
5. в конце выдоха.

003. ШУМ ТРЕНИЯ ПЛЕВРЫ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ

1. на вдохе
2. на высоте вдоха
3. на выдохе
4. на вдохе и выдохе
5. в конце выдоха.

004. КРЕПИТАЦИЯ ВОЗНИКАЕТ В

1. бронхах
2. альвеолах
3. легочных полостях
4. трахее
5. во всём перечисленном.

005. РАЗНОВИДНОСТЬЮ БРОНХИАЛЬНОГО ДЫХАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

1. жесткое дыхание
2. усиленное везикулярное дыхание
3. амфорическое дыхание
4. саккодированное дыхание
5. пневмосклеротическое дыхание.

006. К ПОБОЧНЫМ ДЫХАТЕЛЬНЫМ ШУМАМ ОТНОСЯТСЯ

1. крепитация
2. шум трения плевры
3. сухие хрипы
4. влажные хрипы
5. всё перечисленное.

007. К ОСНОВНЫМ ДЫХАТЕЛЬНЫМ ШУМАМ ОТНОСИТЬСЯ

1. бронхиальное дыхание
2. шум трения плевры
3. крепитация
4. сухие хрипы
5. влажные хрипы.

008. ШУМ ТРЕНИЯ ПЛЕВРЫ УСИЛИВАЕТСЯ

1. после кашля
2. при надавливании стетоскопом на грудную клетку
3. при задержке дыхания
4. на высоте вдоха
5. на высоте выдоха.

009. К РАЗНОВИДНОСТЯМ ВЕЗИКУЛЯРНОГО ДЫХАНИЯ ОТНОСЯТСЯ

1. жесткое дыхание
2. амфорическое дыхание
3. металлическое дыхание
4. смешанное дыхание
5. пневмосклеротическое дыхание.

010. ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ ЛЕГКИХ МОЖНО ВЫСЛУШАТЬ

1. основные дыхательные шумы
2. тимпанический шум
3. ослабление голосового дрожания
4. коробочный звук
5. тупой звук

**6.2.Итоговый контроль** (тестовые задания)

**Вариант 1**

001. ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ ЛЕГКИХ МОЖНО ВЫСЛУШАТЬ

1. побочные дыхательные шумы
2. усиление голосового дрожания
3. печеночный звук
4. тимпанический звук
5. асцит.

002.К ОСНОВНЫМ ДЫХАТЕЛЬНЫМ ШУМАМ ОТНОСИТСЯ

1. везикулярное дыхание
2. бронхиальное дыхание
3. амфорические дыхание
4. жесткое дыхание
5. все перечисленные.

003. К РАЗНОВИДНОСТЯМ ВЕЗИКУЛЯРНОГО ДЫХАНИЯ ОТНОСЯТСЯ

1. ослабленное везикулярное
2. усиленное везикулярное
3. пуэрильное дыхание
4. все перечисленные
5. жесткое.

004. УСЛОВИЕМ ДЛЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ АМФОРИЧЕСКОГО ДЫХАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

1. уплотнение легочной ткани
2. неравномерное сужение бронхов
3. наличие в легких полости
4. наличие воздуха в плевральной полости
5. асцит.

005. К ПОБОЧНЫМ ДЫХАТЕЛЬНЫМ ШУМАМ ОТНОСЯТСЯ

1. ослабленное везикулярное дыхание
2. шум трения плевры
3. амфорическое дыхание
4. металлическое дыхание
5. саккодированное дыхание.

006. ХРИПЫ ОБРАЗУЮТСЯ В

1. бронхиолах
2. бронхах
3. трахее
4. полостях
5. во всем перечисленном.

007. ХРИПЫ ВЫСЛУШИВАЮТСЯ

1. на вдохе
2. на высоте вдоха
3. на выдохе
4. на вдохе и выдохе
5. в конце выдоха.

008. КРЕПИТАЦИЯ

1. усиливается при покашливании
2. исчезает при покашливании
3. не изменяется при покашливании
4. ослабевает при покашливании
5. меняет локализацию при покашливании.

009. КРЕПИТАЦИЯ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ НА

1. выдохе
2. вдохе
3. высоте вдоха
4. вдохе и выдохе
5. в конце выдоха.

010. ДЛЯ ШУМА ТРЕНИЯ ПЛЕВРЫ ХАРАКТЕРНО

1. выслушивается на вдохе и выдохе
2. не изменяется при покашливании
3. усиливается при надавливании стетоскопом на грудную клетку
4. сохраняется при имитации дыхательных движений
5. верно все перечисленное

**Вариант 2**

001. ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ ЛЕГКИХ МОЖНО ВЫСЛУШАТЬ

1. везикулярного дыхания
2. бронхиального дыхания
3. хрипов
4. крепитацию
5. все перечисленное

002. К ОСНОВНЫМ ДЫХАТЕЛЬНЫМ ШУМАМ ОТНОСЯТСЯ

1. жесткое дыхание
2. ослабленное везикулярное дыхание
3. бронхиальное дыхание
4. амфорические дыхание
5. все перечисленное.

003. ЖЕСТКОЕ ДЫХАНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ РАЗНОВИДНОСТЬЮ

1. бронхиального дыхания
2. побочных дыхательных шумов
3. везикулярного дыхания
4. амфорического дыхания
5. сухих хрипов.

004. К РАЗНОВИДНОСТЯМ БРОНХИАЛЬНОГО ДЫХАНИЯ ОТНОСЯТСЯ

1. бронховезикулярное дыхание
2. амфорическое
3. усиленное везикулярное
4. шум трения плевры
5. саккодированное.

005. К ПОБОЧНЫМ ДЫХАТЕЛЬНЫМ ШУМАМ ОТНОСЯТСЯ

1. сухие хрипы
2. крепитация
3. влажные хрипы
4. консонирующие хрипы
5. все перечисленное.

006. СУХИЕ ХРИПЫ ВОЗНИКАЮТ ПРИ НАЛИЧИИ

1. жидкого секрета в бронхах
2. жидкости в плевральной полости
3. жидкого секрета в альвеолах
4. вязкого секрета в бронхах
5. вязкого секрета в альвеолах.

007. ПРИ ПОКАШЛИВАНИИ ХРИПЫ

1. уменьшаются
2. изменяются
3. усиливаются
4. исчезают
5. верно все перечисленное.

008. КРЕПИТАЦИЯ ОБРАЗУЕТСЯ ПРИ НАЛИЧИИ НЕБОЛЬШОГО КОЛИЧЕСТВА СЕКРЕТА

1. в альвеолах
2. в бронхах
3. в трахее
4. в плевральной полости
5. в гортани.

009. НА ВДОХЕ ВЫСЛУШИВАЮТСЯ

1. сухие хрипы
2. влажные хрипы
3. крепитация
4. шум трения плевры
5. амфорическое дыхание.

010. ШУМ ТРЕНИЯ ПЛЕВРЫ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ

1. при задержке дыхания
2. при имитации дыхательных движений
3. на высоте вдоха
4. всё перечисленное верно
5. в конце выдоха.

**Вариант 3** (один правильный ответ)

001. ХРИПЫ ОБРАЗУЮТСЯ В

1. бронхиолах
2. бронхах
3. трахее
4. полостях
5. во всем перечисленном.

002. КРЕПИТАЦИЯ

1. усиливается при покашливании
2. исчезает при покашливании
3. не изменяется при покашливании
4. ослабевает при покашливании
5. меняет локализацию при покашливании.

003. ДЛЯ ШУМА ТРЕНИЯ ПЛЕВРЫ ХАРАКТЕРНО

1. выслушивается на вдохе и выдохе
2. не изменяется при покашливании
3. усиливается при надавливании стетоскопом на грудную клетку
4. сохраняется при имитации дыхательных движений
5. верно все перечисленное.

004. КРЕПИТАЦИЯ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ НА

1. выдохе
2. вдохе
3. высоте вдоха
4. вдохе и выдохе
5. в конце выдоха.

005. ХРИПЫ ВЫСЛУШИВАЮТСЯ

1. на вдохе
2. на высоте вдоха
3. на выдохе
4. на вдохе и выдохе
5. в конце выдоха.

006. УСЛОВИЕМ ДЛЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ АМФОРИЧЕСКОГО ДЫХАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

1. уплотнение легочной ткани
2. неравномерное сужение бронхов
3. наличие в легких полости
4. наличие воздуха в плевральной полости
5. асцит.

007. К ПОБОЧНЫМ ДЫХАТЕЛЬНЫМ ШУМАМ ОТНОСЯТСЯ

1. ослабленное везикулярное дыхание
2. шум трения плевры
3. амфорическое дыхание
4. металлическое дыхание
5. саккодированное дыхание.

008. К ОСНОВНЫМ ДЫХАТЕЛЬНЫМ ШУМАМ ОТНОСИТСЯ

1. везикулярное дыхание
2. бронхиальное дыхание
3. амфорические дыхание
4. жесткое дыхание
5. все перечисленные.

009. К РАЗНОВИДНОСТЯМ ВЕЗИКУЛЯРНОГО ДЫХАНИЯ ОТНОСЯТСЯ

1. ослабленное везикулярное
2. усиленное везикулярное
3. пуэрильное дыхание
4. все перечисленные
5. жесткое.

010. ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ ЛЕГКИХ МОЖНО ВЫСЛУШАТЬ

1. побочные дыхательные шумы
2. усиление голосового дрожания
3. печеночный звук
4. тимпанический звук
5. асцит.

**Вариант 4** (один правильный ответ)

001. СУХИЕ ХРИПЫ ВОЗНИКАЮТ ПРИ НАЛИЧИИ

1. жидкого секрета в бронхах
2. жидкости в плевральной полости
3. жидкого секрета в альвеолах
4. вязкого секрета в бронхах
5. вязкого секрета в альвеолах.

002. КРЕПИТАЦИЯ ОБРАЗУЕТСЯ ПРИ НАЛИЧИИ НЕБОЛЬШОГО КОЛИЧЕСТВА СЕКРЕТА

1. в альвеолах
2. в бронхах
3. в трахее
4. в плевральной полости
5. в гортани.

003. ШУМ ТРЕНИЯ ПЛЕВРЫ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ

1. при задержке дыхания
2. при имитации дыхательных движений
3. на высоте вдоха
4. всё перечисленное верно
5. в конце выдоха.

004. НА ВДОХЕ ВЫСЛУШИВАЮТСЯ

1. сухие хрипы
2. влажные хрипы
3. крепитация
4. шум трения плевры
5. амфорическое дыхание.

005. ПРИ ПОКАШЛИВАНИИ ХРИПЫ

1. уменьшаются
2. изменяются
3. усиливаются
4. исчезают
5. верно все перечисленное.

006. К РАЗНОВИДНОСТЯМ БРОНХИАЛЬНОГО ДЫХАНИЯ ОТНОСЯТСЯ

1. бронховезикулярное дыхание
2. амфорическое
3. усиленное везикулярное
4. шум трения плевры
5. саккодированное.

007. К ПОБОЧНЫМ ДЫХАТЕЛЬНЫМ ШУМАМ ОТНОСЯТСЯ

1. сухие хрипы
2. крепитация
3. влажные хрипы
4. консонирующие хрипы
5. все перечисленное.

008. К ОСНОВНЫМ ДЫХАТЕЛЬНЫМ ШУМАМ ОТНОСЯТСЯ

1. жесткое дыхание
2. ослабленное везикулярное дыхание
3. бронхиальное дыхание
4. амфорические дыхание
5. все перечисленное.

009. ЖЕСТКОЕ ДЫХАНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ РАЗНОВИДНОСТЬЮ

1. бронхиального дыхания
2. побочных дыхательных шумов
3. везикулярного дыхания
4. амфорического дыхания
5. сухих хрипов.

010. ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ ЛЕГКИХ МОЖНО ВЫСЛУШАТЬ

1. везикулярного дыхания
2. бронхиального дыхания
3. хрипов
4. крепитацию
5. все перечисленное

**6.3. Контрольные вопросы**

1. Основные дыхательные шумы.
2. Везикулярное дыхание и его измерение.
3. Бронхиальное дыхание и его разновидности.
4. Условия для появления над легочной тканью бронхиального дыхания.
5. Что относится к побочным дыхательным шумам?
6. Условия для появления сухих хрипов.
7. Условия для появления звучных и незвучных влажных хрипов.
8. Отличие крепитации от мелкопузырчатых влажных хрипов.
9. Отличие крепитации от шума трения плевры.
10. Отличие мелкопузырчатых влажных хрипов от шума трения плевры.
11. Клиническое значение бронхофонии.
12. Общие правила аускультации.

**6.4. Ситуационные задачи**

**Задача №1.**

При осмотре больного выявлено следующее: правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания, межреберные промежутки в правой подмышечной области сглажены. Голосовое дрожание справа ниже 7 ребра между передней-подмышечной и лопаточной линиями не проводится. Перкуторный звук тимпанический. При аускультации дыхание в зоне тупого звука не проводится. Побочных дыхательных шумов нет.

1.О каком патологическом синдроме можно думать?

2.Перечислите побочные дыхательные шумы

3.Как изменится перкуторный звук над зоной тимпанического звука? Почему?

4.Дайте характеристику везикулярному дыханию

5.Где образуется везикулярное дыхание?

**Задача №2.**

Беспокоит резко выраженная одышка при малейшем движении, кашель сухой, редкий. Левая половина грудной клетки отстает в акте дыхания, межреберные промежутки сглажены. Голосовое дрожание слева от 1V ребра по всем топографическим линиям не проводится. При перкуссии на этом участке определяется абсолютно тупой звук. При аускультации дыхание здесь же не прослушивается, бронхофония не проводится. Пространство Траубе не определяется.

1. О каком патологическом синдроме можно думать?

2. Какие дополнительные методы исследования помогут в постановке диагноза?

3. Что будет с легочной тканью выше IV ребра?

4. Где можно выслушать бронхиальное дыхание у здорового человека?

5. Однозначны ли изменения бронхофонии и голосового дрожания при заболеваниях легких?

**Задача №3.**

Беспокоит кашель с мокротой слизисто-гнойного характера. Температура тела 37,8 градусов Цельсия. Грудная клетка правильной формы, активно участвует в акте дыхания. При перкуссии на всем протяжении легких слышен ясный легочный звук. При аускультации дыхание жесткое, влажные среднего калибра незвучные хрипы, единичные рассеянные жужжащие хрипы. Бронхофония и голосовое дрожание не изменены.

1. О каком патологическом процессе Вы думаете?

2. Разновидностью какого дыхательного шума является жесткое дыхание, дайте его характеристику?

3. Почему в данном случае влажные хрипы будут незвучными?

4. Какие признаки характерны при аускультации для хрипов?

5. При какой патологии встречаются дистанционные сухие хрипы?

**Задача №4.**

После перенесенного переохлаждения, у больного начались сильные боли в левой половине грудной клетки, кашель, появилось кровохарканье, температура тела повысилась до 38,8 градусов. Левая половина грудной клетки несколько отстает в акте дыхания. При перкуссии слева по средней и задней аксилярным линиям от V до VI1I ребер участок тупого звука. При аускультации под этим участком дыхание бронхиальное, прослушивается шум трения плевры по задней аксилярной линии. Голосовое дрожание и бронхофония здесь же усилены.

1. О каком патологическом процессе у больного Вы думаете?

2. Чем объясняется усиление голосового дрожания и бронхофонии над пораженным участком?

3. Какой из дополнительных методов исследования наиболее важен для подтверждения диагноза?

4. Перечислите разновидности бронхиального дыхания

5. Почему в данном случае влажные хрипы будут звучными?

**Задача №5**.

Больного беспокоят приступы удушья, возникающие внезапно, чаще ночью. Одышка во время приступа носит преимущественно экспираторный характер, кашель сухой. Дыхание у больного довольно громкое, в дыхательный акт включена дополнительная мускулатура. Грудная клетка расширена. При перкуссии определяется слегка коробочный звук. При аускультации дыхание везикулярное ослабленное. Дыхание заглушается множеством свистящих сухих хрипов. Голосовое дрожание и бронхофония одинаково ослаблены на симметричных участках.

1. О каком патологическом процессе Вы думаете?

2. О чем свидетельствует коробочный оттенок перкуторного звука?

3. Как называются хрипы слышимые на расстоянии?

4. Назовите макро- и микроскопические особенности мокроты при данном заболевании?

5. Чем отличается коробочный перкуторный звук от ясного легочного?

**Задача №6.**

Беспокоит кашель с мокротой зеленого цвета, которая отделяется в течение всего дня. Грудная клетка правильной формы, активно участвует в акте дыхания. При перкуссии слева под ключицей от II до IV ребра| по среднеключичной линии определяется тимпанический звук, дыхание в этой области амфорическое, влажные хрипы. Бронхофония и голосовое дрожание здесь же резко усилены.

1. О каком патологическом процессе Вы думаете?

2. Разновидностью какого дыхательного шума является амфорическое дыхание?

3. Перечислите существующие типы дыхания

4. Где образуются влажные хрипы?

5. Условия для образования звучных хрипов?

**Задача №7.**

Осмотр: отставание правой половины грудной клетки в акте дыхания.

Пальпация: голосовое дрожание ослаблено.

Перкуссия: абсолютно тупой перкуторный звук.

Аускультация: значительное ослабление дыхания и бронхофонии. Побочных дыхательных шумов нет.

1.О каком патологическом процессе идет речь?

2.Перечислите основные дыхательные шумы

3.Что такое бронхофония?

4.По какой линии происходит накопление транссудата?

5.Что такое линия Дамуазо?

**Задача №8.**

Осмотр: отставание правой половины грудной клетки в акте дыхания.

Пальпация: голосовое дрожание усилено.

Перкуссия: притупление перкуторного звука.

Аускультация: бронхиальное дыхание, усиление бронхофонии, влажные средне- и мелкопузырчатые хрипы.

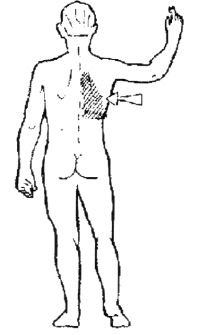
1. О каком патологическом синдроме Вы думаете?

2. Механизм возникновения нормального везикулярного дыхания

3. Что определяет характер влажных хрипов?

4. Где возникают мелкопузырчатые влажные хрипы?

5. Как отличить бронхиальное дыхание от везикулярного?



**Задача №9.**

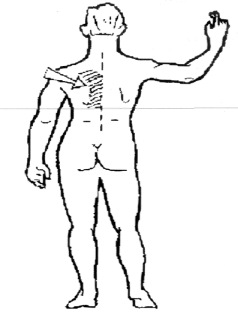
Осмотр: отставание и некоторое западение левой половины грудной клетки в акте дыхания.

Пальпация: голосовое дрожание над левой половины грудной клетки ослаблено.

Перкуссия: притупление перкуторного звука.

Аускультация: ослабленное везикулярное дыхание над левой половиной грудной клетки. Побочных дыхательных шумов нет.

1. О каком патологическом синдроме Вы думаете?
2. Перечислите разновидности бронхиального дыхания
3. Как изменится бронхофония над патологическим участком?
4. Классификация влажных хрипов
5. Как объяснить возникновение ослабленного везикулярного дыхания?



**Задача №10**.

Осмотр: небольшое отставание правой половины грудной клетки в акте дыхания.

Пальпация: голосовое дрожание усилено.

Перкуссия: притупление перкуторного звука.

Аускультация: смешанное (бронховезикулярное) дыхание, мелко- и среднепузырчатые хрипы, бронхофония усилена.

1. О каком патологическом синдроме Вы думаете?
2. Особенности проведения аускультации сухих дискантовых хрипов
3. Условия и место возникновения сухих (дискантовых, свистящих) хрипов
4. Условия образования амфорического дыхания
5. В какую фазу дыхания выслушиваются влажные хрипы?

**7. Рекомендации по выполнению УИРС –** не предусмотрено

**8. Рекомендованная литература по теме занятия:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование, вид издания | Автор(-ы), составитель(-и), редактор(-ы) | Место издания, издательство, год |
| **Основная литература** | | | |
| 1. | [Пропедевтика внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=31615) : учеб.для мед. вузов | Н. А. Мухин, В. С. Моисеев | М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. |
| **Дополнительная литература** | | | |
| 1. | [Дополнительные методы обследования больного в терапевтической практике](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=1888) : учеб.пособие для студентов мед. вузов. Ч.2. | Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, Е. О. Карпухина [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2011. |
| 2. | [Дополнительные методы обследования больного в терапевтической практике](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=1889) : учеб.пособие для студентов мед. вузов. Ч.1. | Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, Е. О. Карпухина [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2011. |
| 3. | [Практикум по пропедевтике внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=21500) : учеб.пособие | ред. Ж. Д. Кобалава, В. С. Моисеев | М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. |
| 4. | [Пропедевтика внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=24744) : учеб.пособие к внеаудиторной работе для студентов 3 курса по спец. 060101- Лечебное дело, 060103- Педиатрия | сост. Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, А. Г. Иванов [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2009. |
| 5. | [Пропедевтика внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=30979) : учеб.пособие к аудиторной работе для студентов 3 курса по спец. 060101-Лечебное дело, 060103- Педиатрия. Ч.1.. - Режим доступа: polikarpov\_\_propedevtika\_stud\_3\_lech\_ped\_audit\_1\_1297665056.pdf | сост. Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, А. Г. Иванов [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2009. |
| 6. | [Пропедевтика внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=32404) : учеб.пособие к аудиторной работе для студентов 3 курса по спец. 060101-Лечебное дело, 060103- Педиатрия. Ч.2. | сост. Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, А. Г. Иванов [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2009. |

**1.Занятие № 6**

**Тема: «Лабораторные, инструментальные и функциональные методы обследования органов дыхания»**.

**2.Форма организации занятия:** клиническое, практическое.

**3.Значение изучения темы:**

-учебное: Дополнительные методы исследования заболевания органов дыхания являются неотъемлемой частью полноценного обследования больного с патологией органов дыхания.

**-**профессиональное: Для подтверждения диагноза у больных с заболеваниями легких необходимо правильно оценивать полученные результаты анализов мокроты, плевральной жидкости, уметь интерпретировать данные, полученные при проведении компьютерной спирографии, пневмотахометрии.

-личностное: развитие ответственности будущего врача за проведение полного комплексного обследования больного, понимание важности использования дополнительных методик, формирование клинического мышления.

**4. Цели обучения:** на основе теоретических знаний и практических умений студент должен знать дополнительные методы исследования, которые могут применяться для диагностики заболеваний лёгких, ознакомится с правилами взятия мокроты на исследования, с техникой плевральной пункции, компьютерной спирографии, пневмотахометрии; уметь интерпретировать анализ мокроты, анализ плевральной жидкости, отличать экссудат от транссудата, иметь представление о трактовке данных компьютерной спирографии, пневмотахометрии, иметь представление о рентгенологических методах исследования органов дыхания.

Обучающиеся должны овладевать следующими общекультурными (ОК) и профессиональными компетенциями (ПК):

* способностью и готовностью анализировать социально-значимые проблемы и процессы, использовать на практике методы гуманитарных, естественнонаучных, медико-биологических и клинических наук в различных видах профессиональной и социальной деятельности (ОК-1);
* способностью и готовностью к логическому анализу, публичной речи, редактированию текстов профессионального содержания, осуществлению общевоспитательной деятельности, к сотрудничеству и разрешению конфликтов, к толерантности (ОК-5);
* способностью и готовностью осуществлять свою деятельность с учетом принятых в обществе моральных и правовых норм, соблюдением правил врачебной этики, законов и нормативных правовых актов по работе с конфиденциальной информацией, сохранять врачебную тайну (ОК-8).
* способностью и готовностью реализовать этические и деонтологические аспекты врачебной деятельности в общении с коллегами, средним и младшим медицинским персоналом, взрослым населением и подростками, их родителями и родственниками (ПК-1);
* способностью и готовностью проводить и интерпретировать опрос, физикальный осмотр, клиническое обследование, написать медицинскую карту амбулаторного и стационарного больного (ПК-5);
* способностью и готовностью к работе с медико-технической аппаратурой, используемой в работе с пациентами, владеть компьютерной техникой, получать информацию из различных источников, работать с информацией в глобальных компьютерных сетях; применять возможности современных информационных технологий для решения профессиональных задач (ПК-9);
* способностью и готовностью к постановке диагноза на основании результатов биохимических исследований биологических жидкостей и с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом (ПК-15);
* способностью и готовностью анализировать закономерности функционирования системы органов дыхания, использовать знания анатомо-физиологических основ, взрослого человека и подростка для своевременной диагностики заболеваний и патологических процессов дыхательной системы (ПК-16);
* способностью и готовностью выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы заболеваний органов дыхания, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом, анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах, выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний (ПК-17).
* способностью и готовностью анализировать и интерпретировать результаты современных диагностических технологий по возрастно-половым группам пациентов с учетом их физиологических особенностей организма человека для успешной лечебно-профилактической деятельности, провести диагностику физиологической беременности, участвовать в проведении судебно-медицинской экспертизы (ПК-18);
* способностью и готовностью использовать нормативную документацию, принятую в здравоохранении (законы Российской Федерации, технические регламенты, международные и национальные стандарты, приказы, рекомендации, терминологию, международные системы единиц (СИ), действующие международные классификации), а также документацию для оценки качества и эффективности работы медицинских организаций (ПК-27);
* способностью и готовностью изучать научно-медицинскую информацию, отечественный и зарубежный опыт по тематике исследования (ПК-31);

**Студент должен знать:**

* Современные методы лабораторного, инструментального, функционального обследования больных с патологией органов дыхания.
* Показания для их назначения

**Студент должен уметь:**

* Интерпретировать методы лабораторного, инструментального, функционального обследования больных с патологией органов дыхания.

**Студент должен владеть:**

* Назначением и интерпретацией результатов лабораторного, инструментального, функционального обследования больных с патологией органов дыхания.

**5.План изучения темы:**

**5.1 Контроль исходного уровня знаний** (тестовые задания)

**5.2** **Основные понятия и положения темы**: « Анализ мокроты »; « Анализ спирограммы »; « Плевральная пункция »

**5.3** **Самостоятельная работа по теме:**

- чтение анализов мокроты, плевральной пункции

- интепретация данных спирографии

- итоговая курация больных: оформление истории болезни.

**5.4** **Итоговый контроль знаний** (тестовые задания, ситуационные задачи , контрольные вопросы )

**6.** **Домашнее задание для уяснения темы занятия**.

**6.1**. **Исходный контроль знаний** (тестовые задания).

**Вариант 1** (в скобках указано количество правильных ответов)

001(1) ПРОБА РИВАЛЬТА ПОЗВОЛЯЕТ ОТЛИЧИТЬ

1) мокроту при бронхите от мокроты при пневмонии;

2) гидроторакс от пневмоторакса;

3) экссудат от транссудата.

4) абсцесс от гангрены

5) бронхит от бронхиальной астмы

002 (1) МАКСИМАЛЬНАЯ ЕМКОСТЬ ЛЕГКИХ - ЭТО

1) дополнительный объем воздуха, который человек может вдохнуть после обычного вдоха;

2) дополнительный объем воздуха, который человек может выдохнуть после обычного выдоха;

3) воздух, остающийся в легких после максимального выдоха;

4) сумма дыхательного, резервного объема вдоха и выдоха и остаточного объема;

5) сумма резервных объемов вдоха и выдоха и дыхательного объема

003(1)РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЛЕГКИХ ПОЗВОЛЯЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ

1) прозрачность легочных полей;

2) дыхательные объемы;

3) наличие полостей;

4) характер одышки;

5) наличие жидкости и газа в полости плевры.

004(1)БЕЛКА В ЭКССУДАТЕ ОБЫЧНО

1) менее 3 %;

2) более 3 %.

3) менее 2 %

4) менее 1,5 %

5) менее 1 %

005(1)ОСТАТОЧНЫЙ ОБЪЕМ - ЭТО

1) дополнительный объем воздуха, который человек может вдохнуть после обычного вдоха;

2) дополнительный объем воздуха, который человек может выдохнуть после обычного выдоха;

3) воздух, остающийся в легких после максимального выдоха;

4) сумма дыхательного, резервного объема вдоха и выдоха и остаточного объема;

5) сумма резервных объемов вдоха и выдоха и дыхательного объема.

006(1)БРОНХОГРАФИЯ ПОЗВОЛЯЕТ ВЫЯВИТЬ

1) наличие бронхита;

2) наличие пневмонии;

3) наличие бронхоэктазов;

4) эмфизему легких.

5) асцит

007(1) «РЖАВАЯ» МОКРОТА БЫВАЕТ ПРИ:

1) отеке легких;

2) долевой пневмонии;

3) хроническом бронхите;

4) абсцессе легкого.

5) бронхиальной астме

008(1) РЕЗЕРВНЫЙ ОБЪЕМ ВЫДОХА - ЭТО

1) дополнительный объем воздуха, который человек может вдохнуть после обычного вдоха;

2) дополнительный объем воздуха, который человек может выдохнуть после обычного выдоха;

3) воздух, остающийся в легких после максимального выдоха;

4) сумма дыхательного, резервного объема вдоха и выдоха и остаточного объема;

5) сумма резервных объемов вдоха и выдоха и дыхательного объема.

009(3) БРОНХОСКОПИЯ ПОЗВОЛЯЕТ ВЫЯВИТЬ

1) наличие бронхита;

2) наличие пневмонии;

3) наличие бронхоэктазов;

4) опухоль бронха.

5) наличие гидроторакса

010(1)БЕЛКА В ТРАНССУДАТЕ ОБЫЧНО

1) менее 3%;

2) более 3%.

3) менее 5 %

4) более 5 %

5) более 4 %

**Вариант 2.**

001(1) РЕЗЕРВНЫЙ ОБЪЕМ ВДОХА - ЭТО

1) дополнительный объем воздуха, который человек может вдохнуть после обычного вдоха;

2)дополнительный объем воздуха, который человек может выдохнуть после обычного выдоха;

3) воздух, остающийся в легких после максимального выдоха;

4) сумма дыхательного, резервного объема вдоха и выдоха и остаточного объема;

5) сумма резервных объемов вдоха и выдоха и дыхательного объема.

002(3) ПЛЕВРАЛЬНАЯ ПУНКЦИЯ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ДЛЯ

1) определение характера плевральной жидкости

2) удаления жидкости

3) в характера плевральной жидкости

в) ведения лекарств;

4) осмотра листков плевры.

5) гистологического исследования плевры

003(1) СТЕКЛОВИДНАЯ МОКРОТА БЫВАЕТ ПРИ

1) отеке легких;

2) долевой пневмонии;

3) хроническом бронхите;

4) абсцессе легкого;

5) бронхиальной астме.

004(1)ЖИЗНЕННАЯ ЕМКОСТЬ ЛЕГКИХ – ЭТО

1) дополнительный объем воздуха, который человек может вдохнуть после обычного вдоха;

2)дополнительный объем воздуха, который человек может выдохнуть после обычного выдоха;

3) воздух, остающийся в легких после максимального выдоха;

4) сумма дыхательного, резервного объема вдоха и выдоха и остаточного объема;

5) сумма резервных объемов вдоха и выдоха и дыхательного объема.

005(1) ТРАНССУДАТ-ЭТО

1) воспалительный выпот;

2) невоспалительный выпот.

3) жидкость в брюшной полости

4) альвеолярная жидкость

5) перикардиальная жидкость

006(1) ОТНОСИТЕЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ ЭКССУДАТА ОБЫЧНО

1) менее 1,015 г;

2) более 1,015 г

3) менее 1,010 г

4) 1,002 г

5) менее 1 г

007 (2) ЗЛОВОННАЯ МОКРОТА БЫВАЕТ ПРИ

1) отеке легких;

2) долевой пневмонии;

3) хроническом бронхите;

4) абсцессе легкого;

5) гангрене легкого.

008 (1) ОТНОСИТЕЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ ТРАНССУДАТА ОБЫЧНО

1) менее 1,015 г;

2) более 1,015 г

3) более 1,020 г

4) более 1,025 г

5) 1,025 г

009(1) ЭКССУДАТ-ЭТО

1) воспалительный выпот;

2) невоспалительный выпот.

3) жидкость из брюшной полости

4) альвеолярная жидкость

5) перикардиальная жидкость

010 (1)РЕЗЕРВНЫЙ ОБЪЕМ ВЫДОХА - ЭТО

1) дополнительный объем воздуха, который человек может вдохнуть после обычного вдоха;

2)дополнительный объем воздуха, который человек может выдохнуть после обычного выдоха;

3) воздух, остающийся в легких после максимального выдоха;

4) сумма дыхательного, резервного объема вдоха и выдоха и остаточного объема;

5) сумма резервных объемов вдоха и выдоха и дыхательного объема.

**Вариант 3.**

001(1) «РЖАВАЯ» МОКРОТА БЫВАЕТ ПРИ:

1) отеке легких;

2) долевой пневмонии;

3) хроническом бронхите;

4) абсцессе легкого.

5) бронхиальной астме

002(1) РЕЗЕРВНЫЙ ОБЪЕМ ВЫДОХА - ЭТО

1) дополнительный объем воздуха, который человек может вдохнуть после обычного вдоха;

2)дополнительный объем воздуха, который человек может выдохнуть после обычного выдоха;

3) воздух, остающийся в легких после максимального выдоха;

4) сумма дыхательного, резервного объема вдоха и выдоха и остаточного объема;

5) сумма резервных объемов вдоха и выдоха и дыхательного объема.

003(1)БРОНХОГРАФИЯ ПОЗВОЛЯЕТ ВЫЯВИТЬ

1) наличие бронхита;

2) наличие пневмонии;

3) наличие бронхоэктазов;

4) эмфизему легких.

5) асцит

004(3) БРОНХОСКОПИЯ ПОЗВОЛЯЕТ ВЫЯВИТЬ

1) наличие бронхита;

2) наличие пневмонии;

3) наличие бронхоэктазов;

4) опухоль бронха.

5) наличие гидроторакса

005(1)БЕЛКА В ЭКССУДАТЕ ОБЫЧНО

1) менее 3 %;

2) более 3 %.

3) менее 2 %

4) менее 1,5 %

5) менее 1 %

006(1)БЕЛКА В ТРАНССУДАТЕ ОБЫЧНО

1) менее 3%;

2) более 3%.

3) менее 5 %

4) более 5 %

5) более 4 %

007(1)ОСТАТОЧНЫЙ ОБЪЕМ - ЭТО

1) дополнительный объем воздуха, который человек может вдохнуть после обычного вдоха;

2) дополнительный объем воздуха, который человек может выдохнуть после обычного выдоха;

3) воздух, остающийся в легких после максимального выдоха;

4) сумма дыхательного, резервного объема вдоха и выдоха и остаточного объема;

5) сумма резервных объемов вдоха и выдоха и дыхательного объема.

008(1)РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЛЕГКИХ ПОЗВОЛЯЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ

1) прозрачность легочных полей;

2) дыхательные объемы;

3) наличие полостей;

4) характер одышки;

5) наличие жидкости и газа в полости плевры.

009 (1) МАКСИМАЛЬНАЯ ЕМКОСТЬ ЛЕГКИХ - ЭТО

1) дополнительный объем воздуха, который человек может вдохнуть после обычного вдоха;

2)дополнительный объем воздуха, который человек может выдохнуть после обычного выдоха;

3) воздух, остающийся в легких после максимального выдоха;

4) сумма дыхательного, резервного объема вдоха и выдоха и остаточного объема;

5) сумма резервных объемов вдоха и выдоха и дыхательного объема

010(1) ПРОБА РИВАЛЬТА ПОЗВОЛЯЕТ ОТЛИЧИТЬ

1) мокроту при бронхите от мокроты при пневмонии;

2) гидроторакс от пневмоторакса;

3) экссудат от транссудата.

4) абцесс от гангрены

5) бронхит от бронхиальной астмы

**Вариант 4**.

001 (2) ЗЛОВОННАЯ МОКРОТА БЫВАЕТ ПРИ

1) отеке легких;

2) долевой пневмонии;

3) хроническом бронхите;

4) абсцессе легкого;

5) гангрене легкого.

002 (1) ОТНОСИТЕЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ ТРАНССУДАТА ОБЫЧНО

1) менее 1,015 г;

2) более 1,015 г

3) более 1,020 г

4) более 1,025 г

5) 1,025 г

003 (1) ОТНОСИТЕЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ ЭКССУДАТА ОБЫЧНО

1) менее 1,015 г;

2) более 1,015 г

3) менее 1,010 г

4) 1,002 г

5) менее 1 г

004(1) ЭКССУДАТ-ЭТО

1) воспалительный выпот;

2) невоспалительный выпот.

3) жидкость из брюшной полости

4) альвеолярная жидкость

5) перикардиальная жидкость

005(1)ЖИЗНЕННАЯ ЕМКОСТЬ ЛЕГКИХ – ЭТО

1) дополнительный объем воздуха, который человек может вдохнуть после обычного вдоха;

2)дополнительный объем воздуха, который человек может выдохнуть после обычного выдоха;

3) воздух, остающийся в легких после максимального выдоха;

4) сумма дыхательного, резервного объема вдоха и выдоха и остаточного объема;

5) сумма резервных объемов вдоха и выдоха и дыхательного объема.

006 (1)РЕЗЕРВНЫЙ ОБЪЕМ ВЫДОХА - ЭТО

1) дополнительный объем воздуха, который человек может вдохнуть после обычного вдоха;

2)дополнительный объем воздуха, который человек может выдохнуть после обычного выдоха;

3) воздух, остающийся в легких после максимального выдоха;

4) сумма дыхательного, резервного объема вдоха и выдоха и остаточного объема;

5) сумма резервных объемов вдоха и выдоха и дыхательного объема.

007 (1) ТРАНССУДАТ-ЭТО

1) воспалительный выпот;

2) невоспалительный выпот.

3) жидкость в брюшной полости

4) альвеолярная жидкость

5) перикардиальная жидкость

008 (1) СТЕКЛОВИДНАЯ МОКРОТА БЫВАЕТ ПРИ

1) отеке легких;

2) долевой пневмонии;

3) хроническом бронхите;

4) абсцессе легкого;

5) бронхиальной астме.

009 (3) ПЛЕВРАЛЬНАЯ ПУНКЦИЯ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ДЛЯ

1) определение характера плевральной жидкости

2) удаления жидкости

3) в характера плевральной жидкости

в) ведения лекарств;

4) осмотра листков плевры.

5) гистологического исследования плевры

010 (1) РЕЗЕРВНЫЙ ОБЪЕМ ВДОХА - ЭТО

1)дополнительный объем воздуха, который человек может вдохнуть после обычного вдоха;

2)дополнительный объем воздуха, который человек может выдохнуть после обычного выдоха;

3) воздух, остающийся в легких после максимального выдоха;

4) сумма дыхательного, резервного объема вдоха и выдоха и остаточного объема;

5) сумма резервных объемов вдоха и выдоха и дыхательного объема.

**6.2.** **Итоговый контроль знаний** (тестовые задания)

**Вариант 1** (в скобках указано количество правильных ответов)

001(1) БЕЛКА В ТРАНССУДАТЕ ОБЫЧНО

1) менее 3%;

2) более 3%.

3) менее 2,5 %

4) 2,5 %

5) менее 2 %

002(2) ЗЛОВОННАЯ МОКРОТА БЫВАЕТ ПРИ

1) отеке легких;

2) долевой пневмонии;

3) хроническом бронхите;

4) абсцессе легкого;

5) гангрене легкого.

003(1)СТЕКЛОВИДНАЯ МОКРОТА БЫВАЕТ ПРИ

1) отеке легких;

2) долевой пневмонии;

3) хроническом бронхите;

4) абсцессе легкого;

5) бронхиальной астме.

004(1)ЖИЗНЕННАЯ ЕМКОСТЬ ЛЕГКИХ –ЭТО

1)дополнительный объем воздуха, который человек может вдохнуть после обычного вдоха;

2)дополнительный объем воздуха, который человек может выдохнуть после обычного выдоха;

3) воздух, остающийся в легких после максимального выдоха;

4) сумма дыхательного, резервного объема вдоха и выдоха и остаточного объема;

5) сумма резервных объемов вдоха и выдоха и дыхательного объема.

005(1) ОТНОСИТЕЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ ЭКССУДАТА ОБЫЧНО

1) менее 1,015 г;

2) более 1,015 г

3) более 1,020 г

4) 1,020 г

5) более 1,025 г

006(1) ТРАНССУДАТ-ЭТО

1) воспалительный выпот;

2) невоспалительный выпот.

3) жидкость из брюшной полости

4) жидкость из перикарда

5) жидкость из альвеол

007(3) ПЛЕВРАЛЬНАЯ ПУНКЦИЯ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ДЛЯ

1) определение характера плевральной жидкости

2) удаления жидкости характера плевральной жидкости

в)

3) введения лекарств

4) осмотра листков плевры

5) гистологического исследования плевры

008(1)ОТНОСИТЕЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ ТРАНССУДАТА ОБЫЧНО

1) менее 1,015 г;

2) более 1,015 г

3) более 1,020 г

4) 1,020 г

5) более 1,025 г

009(1)ЭКССУДАТ-ЭТО

1) воспалительный выпот;

2) невоспалительный выпот.

3) жидкость из брюшной полости

4) жидкость из альвеол

5) жидкость из полости перикарда

010(1) РЕЗЕРВНЫЙ ОБЪЕМ ВДОХА - ЭТО

1)дополнительный объем воздуха, который человек может вдохнуть после обычного вдоха;

2)дополнительный объем воздуха, который человек может выдохнуть после обычного выдоха;

3) воздух, остающийся в легких после максимального выдоха;

4) сумма дыхательного, резервного объема вдоха и выдоха и остаточного объема;

5) сумма резервных объемов вдоха и выдоха и дыхательного объема.

**Вариант 2**.

001(3) ПЛЕВРАЛЬНАЯ ПУНКЦИЯ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ДЛЯ

1) определение характера плевральной жидкости

2) удаления жидкости характера плевральной жидкости

в)

3) введения лекарств

4) осмотра листков плевры

5) гистологического исследования плевры

002(1)ОТНОСИТЕЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ ТРАНССУДАТА ОБЫЧНО

1) менее 1,015 г;

2) более 1,015 г

3) более 1,020 г

4) 1,020 г

5) более 1,025 г

003(1) ТРАНССУДАТ-ЭТО

1) воспалительный выпот;

2) невоспалительный выпот.

3) жидкость из брюшной полости

4) жидкость из перикарда

5) жидкость из альвеол

004(1)ЭКССУДАТ-ЭТО

1) воспалительный выпот;

2) невоспалительный выпот.

3) жидкость из брюшной полости

4) жидкость из альвеол

5) жидкость из полости перикарда

005(1)ЖИЗНЕННАЯ ЕМКОСТЬ ЛЕГКИХ –ЭТО

1)дополнительный объем воздуха, который человек может вдохнуть после обычного вдоха;

2)дополнительный объем воздуха, который человек может выдохнуть после обычного выдоха;

3) воздух, остающийся в легких после максимального выдоха;

4) сумма дыхательного, резервного объема вдоха и выдоха и остаточного объема;

5) сумма резервных объемов вдоха и выдоха и дыхательного объема.

006(1) РЕЗЕРВНЫЙ ОБЪЕМ ВДОХА - ЭТО

1) дополнительный объем воздуха, который человек может вдохнуть после обычного вдоха;

2)дополнительный объем воздуха, который человек может выдохнуть после обычного выдоха;

3) воздух, остающийся в легких после максимального выдоха;

4) сумма дыхательного, резервного объема вдоха и выдоха и остаточного объема;

5) сумма резервных объемов вдоха и выдоха и дыхательного объема.

007(1) ОТНОСИТЕЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ ЭКССУДАТА ОБЫЧНО

1) менее 1,015 г;

2) более 1,015 г

3) более 1,020 г

4) 1,020 г

5) более 1,025 г

008(1)СТЕКЛОВИДНАЯ МОКРОТА БЫВАЕТ ПРИ

1) отеке легких;

2) долевой пневмонии;

3) хроническом бронхите;

4) абсцессе легкого;

5) бронхиальной астме.

009(2) ЗЛОВОННАЯ МОКРОТА БЫВАЕТ ПРИ

1) отеке легких;

2) долевой пневмонии;

3) хроническом бронхите;

4) абсцессе легкого;

5) гангрене легкого.

010(1) БЕЛКА В ТРАНССУДАТЕ ОБЫЧНО

1) менее 3%;

2) более 3%.

3) менее 2,5 %

4) 2,5 %

5) менее 2 %

**6.3. Ситуационные задачи**

**Задача №1.**

В отделение поступил больной С., 49 лет. Жалуется на приступы удушья, кашель с небольшим отделением вязкой стекловидной мокроты. При осмотре; состояние тяжелое. Положение вынужденное. Грудная клетка эмфизематозная. Экспираторная одышка. Анализ мокроты: Количество: 15 мл; Цвет: бесцветная, прозрачная. Консистенция: густая, очень вязкая. Характер: слизистая. Запах - нет. Микроскопическое исследование: большое количество эозинофилов, также видны кристаллы Шарко-Лейдена, спирали Куршмана. БК не обнаружено.

1. Характерен ли данный анализ мокроты для бронхиальной астмы?

2. Характерен ли данный анализ мокроты для бронхита ?

3. Характерен ли данный анализ мокроты для абсцесса легких ?

4. Характерен ли данный анализ мокроты для рака легких?

5. Характерен ли данный анализ мокроты для долевой пневмонии?

**Задача №2.**

Беспокоит кашель с мокротой слизисто-гнойного характера, температура тела 37,8°С. Грудная клетка правильной формы, активно участвует в акте дыхания. При перкуссии - ясный легочный звук. При аускультации дыхание жесткое, сухие хрипы.

Анализ мокроты: количество- 20 мл; цвет- белый; консистенция- вязкая; характер- слизистая; запаха нет. Микроскопическое исследование: лейкоциты – 5 – 10 в поле зрения, большое количество бактерий.

1. Характерен ли данный анализ мокроты для бронхиальной астмы?

2. Характерен ли данный анализ мокроты для бронхита ?

3. Характерен ли данный анализ мокроты для абсцесса легких ?

4. Характерен ли данный анализ мокроты для рака легких?

5. Характерен ли данный анализ мокроты для долевой пневмонии?

**Задача №3.**

В отделении на лечении находится больной С., 48 лет с диагнозом: Внебольничная пневмония с локализацией в верхней доле правого легкого, получает антибактериальную терапию широкого спектра действия, но тем не менее сохраняется субфебрильная температура, рентгенологически отмечено накопление жидкости в плевральной полости. Сделана плевральная пункция: получено 400 мл геморрагической жидкости.

1. Характерен ли данный анализ мокроты для бронхиальной астмы?

2. Характерен ли данный анализ мокроты для бронхита ?

3. Характерен ли данный анализ мокроты для абсцесса легких ?

4. Характерен ли данный анализ мокроты для рака легких?

5. Характерен ли данный анализ мокроты для долевой пневмонии?

**Задача №4.**

Анализ мокроты:

Количество: 25 мл;

Цвет: ржавый;

Консистенция: полужидкая

Запах: нет

Микроскопическое исследование: лейкоциты 30 – 40 в поле зрения, эритроциты – до 40 в поле зрения, альвеолярные макрофаги. Лейкограмма: нейтрофилы 88%, лимфоциты – 12%

БК не обнаружено. Бактериологический посев: - пневмококки более 106 м.к./мл.

1. Характерен ли данный анализ мокроты для бронхиальной астмы?

2. Характерен ли данный анализ мокроты для бронхита ?

3. Характерен ли данный анализ мокроты для абсцесса легких ?

4. Характерен ли данный анализ мокроты для рака легких?

5. Характерен ли данный анализ мокроты для долевой пневмонии?

**Задача №5.**

Анализ мокроты:

Количество: 150 мл;

Цвет: желтая;

Консистенция: полужидкая;

Характер: гнойная;

Запах: гнилостный.

Микроскопическое исследование: большое количество лейкоцитов (преимущественно нейтрофилы), видны эластические волокна.

БК не обнаружено.

Бак. посев: - стафилококки более 106 м.к./мл

1. Характерен ли данный анализ мокроты для бронхиальной астмы?

2. Характерен ли данный анализ мокроты для бронхита ?

3. Характерен ли данный анализ мокроты для абсцесса легких ?

4. Характерен ли данный анализ мокроты для рака легких?

5. Характерен ли данный анализ мокроты для туберкулеза легких?

**Задача №6.**

Анализ мокроты:

Количество: 20 мл;

Цвет: кровянистый; «малиновое желе»

Консистенция: вязкая;

Характер: слизистая;

Запах: нет

Микроскопическое исследование: большое количество эритроцитов, лейкоциты – 5 – 10 в поле зрения, также видно множество крупных клеток необычной уродливой формы с несколькими ядрами, видно небольшое количество эластических волокон.

БК не обнаружено.

1. Это экссудат
2. Это транссудат
3. Данный выпот характерен для бронхита
4. Данный выпот характерен для бронхиальной астмы
5. Данный выпот характерен для долевой пневмонии

**Задача №7.**

Анализ мокроты:

Количество: 200 мл;

Цвет: желтоватый;

Консистенция: полужидкая;

Характер: слизисто-гнойная;

Запах: неприятный.

Микроскопическое исследование: большое количество нейтрофильных лейкоцитов и лимфоцитов, эластические волокна, чечевицы.

БК – обнаружено до 10 в поле зрения, в скоплении до 15-20.

1. Это экссудат
2. Это транссудат
3. Данный выпот характерен для бронхита
4. Данный выпот характерен для бронхиальной астмы
5. Данный выпот характерен для долевой пневмонии

**Задача №8.**

Исследование плевральной жидкости:

Количество: 200 мл.

Цвет: желтовато-белесый.

Прозрачность: мутная.

Запах: нет.

Удельный вес: 1,023.

Белок: 40 г/л.

Проба Ривальта: положительная

Микроскопическое исследование: нейтрофильные лейкоциты сплошь, единичные эритроциты.

1. Это экссудат

2. Это транссудат

3. Данный выпот характерен для бронхита

4. Данный выпот характерен для бронхиальной астмы

5. Данный выпот характерен для долевой пневмонии

**Задача №9.**

Исследование плевральной жидкости.

Количество: 200 мл.

Цвет: светлый.

Прозрачность: прозрачная.

Запах: нет.

Удельный вес: 1,008.

Белок: 12 г/л.

Проба Ривальта: отрицательная.

Микроскопическое исследование: единичные лейкоциты, единичные эритроциты.

Посев роста не дал.

1. Это экссудат

2. Это транссудат

3. Данный выпот характерен для бронхита

4. Данный выпот характерен для бронхиальной астмы

5. Данный выпот характерен для долевой пневмонии

**Задача №10.**

Исследование плевральной жидкости:

Количество: 150 мл;

Цвет: светло-желтый;

Прозрачность: прозрачная;

Запах: нет;

Удельный вес: 1,020;

Белок: 26 г/л;

Низкое содержание глюкозы в выпоте;

Проба Ривальта: положительная.

Микроскопическое исследование: умеренное количество лейкоцитов (90% - лимфоциты), единичные эритроциты.

Микробиологическое исследование: при окраске по Цилю-Нильсену (после обработки методом флотации) обнаружены окрашенные в красный цвет тонкие слегка изогнутые палочки различной длины.

1. Это экссудат
2. Это транссудат
3. Данный выпот характерен для бронхита
4. Данный выпот характерен для бронхиальной астмы
5. Данный выпот характерен для долевой пневмонии

**7.** **Рекомендации по УИРС**:

«Пикфлоуметрия».

Рекомендации по подготовке УИРС

Смотреть в пособии « Избранные темы по пропедевтики внутренних болезней » под редакцией проф. Поликарпова Л.С., проф. Петровой М.М. , КрасГМА , 2003 г.

**8**.**Рекомендованная литература**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование, вид издания | Автор(-ы), составитель(-и), редактор(-ы) | Место издания, издательство, год |
| **Основная литература** | | | |
| 1. | [Пропедевтика внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=31615) : учеб.для мед. вузов | Н. А. Мухин, В. С. Моисеев | М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. |
| **Дополнительная литература** | | | |
| 1. | [Дополнительные методы обследования больного в терапевтической практике](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=1888) : учеб.пособие для студентов мед. вузов. Ч.2. | Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, Е. О. Карпухина [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2011. |
| 2. | [Дополнительные методы обследования больного в терапевтической практике](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=1889) : учеб.пособие для студентов мед. вузов. Ч.1. | Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, Е. О. Карпухина [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2011. |
| 3. | [Практикум по пропедевтике внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=21500) : учеб.пособие | ред. Ж. Д. Кобалава, В. С. Моисеев | М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. |
| 4. | [Пропедевтика внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=24744) : учеб.пособие к внеаудиторной работе для студентов 3 курса по спец. 060101- Лечебное дело, 060103- Педиатрия | сост. Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, А. Г. Иванов [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2009. |
| 5. | [Пропедевтика внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=30979) : учеб.пособие к аудиторной работе для студентов 3 курса по спец. 060101-Лечебное дело, 060103- Педиатрия. Ч.1.. - Режим доступа: polikarpov\_\_propedevtika\_stud\_3\_lech\_ped\_audit\_1\_1297665056.pdf | сост. Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, А. Г. Иванов [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2009. |
| 6. | [Пропедевтика внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=32404) : учеб.пособие к аудиторной работе для студентов 3 курса по спец. 060101-Лечебное дело, 060103- Педиатрия. Ч.2. | сост. Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, А. Г. Иванов [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2009. |

1. Занятие №7.

Тема: « Система органов дыхания. Итоговое занятие»

**2.** **Форма организации занятия**: семинарское занятие с использованием тестового контроля, решением ситуационных задач, демонстрацией практических навыков, защитой истории болезни.

**3. Значение изучения темы:** Современная и правильная диагностика заболеваний органов дыхания зависит от систематического и тщательного обследования больного. При этом врач использует субъективные и объективные методы исследования. Несмотря на значительный прогресс, достигнутый в развитии методов лабораторной и инструментальной диагностики, способность врача выявить признаки заболевания путем непосредственного обследования больного с помощью основных методов обследования продолжает оставаться фундаментом практической деятельности врача-клинициста. Умение проводить детальный расспрос и уверенное владение навыками исследования объективного статуса нередко позволяют врачу поставить правильный диагноз без применения каких-либо дополнительных методов исследования. В других случаях, обнаруженные при этом патологические симптомы, дают возможность определить направление дальнейшего диагностического поиска.

**4.** **Цели обучения:**

- общая: обучающийся должен обладать общекультурными и профессиональными компетенциями

* способностью и готовностью анализировать социально-значимые проблемы и процессы, использовать на практике методы гуманитарных, естественнонаучных, медико-биологических и клинических наук в различных видах профессиональной и социальной деятельности (ОК-1);
* способностью и готовностью к логическому анализу, публичной речи, редактированию текстов профессионального содержания, осуществлению общевоспитательной деятельности, к сотрудничеству и разрешению конфликтов, к толерантности (ОК-5);
* способностью и готовностью осуществлять свою деятельность с учетом принятых в обществе моральных и правовых норм, соблюдением правил врачебной этики, законов и нормативных правовых актов по работе с конфиденциальной информацией, сохранять врачебную тайну (ОК-8).
* способностью и готовностью реализовать этические и деонтологические аспекты врачебной деятельности в общении с коллегами, средним и младшим медицинским персоналом, взрослым населением и подростками, их родителями и родственниками (ПК-1);
* способностью и готовностью проводить и интерпретировать опрос, физикальный осмотр, клиническое обследование, написать медицинскую карту амбулаторного и стационарного больного (ПК-5);
* способностью и готовностью к работе с медико-технической аппаратурой, используемой в работе с пациентами, владеть компьютерной техникой, получать информацию из различных источников, работать с информацией в глобальных компьютерных сетях; применять возможности современных информационных технологий для решения профессиональных задач (ПК-9);
* способностью и готовностью к постановке диагноза на основании результатов биохимических исследований биологических жидкостей и с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом (ПК-15);
* способностью и готовностью анализировать закономерности функционирования системы органов дыхания, использовать знания анатомо-физиологических основ, взрослого человека и подростка для своевременной диагностики заболеваний и патологических процессов дыхательной системы (ПК-16);
* способностью и готовностью выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы заболеваний органов дыхания, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом, анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах, выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний (ПК-17).
* способностью и готовностью анализировать и интерпретировать результаты современных диагностических технологий по возрастно-половым группам пациентов с учетом их физиологических особенностей организма человека для успешной лечебно-профилактической деятельности, провести диагностику физиологической беременности, участвовать в проведении судебно-медицинской экспертизы (ПК-18);
* способностью и готовностью использовать нормативную документацию, принятую в здравоохранении (законы Российской Федерации, технические регламенты, международные и национальные стандарты, приказы, рекомендации, терминологию, международные системы единиц (СИ), действующие международные классификации), а также документацию для оценки качества и эффективности работы медицинских организаций (ПК-27);
* способностью и готовностью изучать научно-медицинскую информацию, отечественный и зарубежный опыт по тематике исследования (ПК-31);

- учебная:

**знать:**

* современные методы клинического обследования больных с патологией органов дыхания
* заболевания органов дыхания, связанные с неблагоприятными воздействиями климатических и социальных факторов
* основы профилактической помощи, направленных на укрепление здоровья населения

**уметь:**

* определить статус пациента: собрать анамнез, провести опрос пациента и/или его родственников, провести физикальное обследование пациента с патологией органов дыхания (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация легких);
* оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи;
* оценить социальные факторы, влияющие на состояние физического и психологического здоровья пациента: культурные, этические, религиозные, семейные факторы риска;
* поставить предварительный диагноз – синтезировать информацию о пациенте с целью определения патологии и причин, ее вызывающих;
* заполнять фрагмент истории болезни.

**владеть:**

* правильным ведением медицинской документации;
* методами общеклинического обследования больных с патологией органов дыхания (расспрос, осмотр, пальпация грудной клетки, сравнительная и топографическая перкуссиялегких, аускультация легких);

**5. План проведения занятия:**

**5.1**. Письменный контроль

**5.2**. Решение ситуационных задач

**5.3**. Сдача практических навыков

**5.4**. Защита истории болезни.

**Вопросы письменного контроля по системе органов дыхания.**

1. Виды одышки?
2. Характер одышки при бронхиальной астме?
3. Когда голосовое дрожание усилено?
4. Когда голосовое дрожание ослаблено?
5. Характеристика ясного легочного звука?
6. Перкуторный звук в 1 стадию крупозной пневмонии?
7. Перкуторный звук в 2 стадию крупозной пневмонии?
8. Перкуторный звук при эмфиземе легких?
9. Перкуторный звук при скоплении жидкости в плевральной полости?
10. Перкуторный звук при пневмотораксе?
11. Характеристика везикулярного дыхания?
12. Где образуется везикулярное дыхание?
13. Разновидности везикулярного дыхания?
14. Когда над легкими выслушивается бронхиальное дыхание?
15. Характеристика бронхиального дыхания?
16. Разновидности бронхиального дыхания?
17. Когда возникает жесткое дыхание?
18. При каком заболевании выслушивается жесткое дыхание?
19. Где образуется крепитация?
20. В какую фазу дыхания выслушивается крепитация?
21. В какую стадию крупозной пневмонии выслушивается крепитация?
22. Отличие крепитации от шума трения плевры?
23. Где образуются хрипы?
24. Какие бывают хрипы?
25. В какую фазу дыхания выслушивается шум трения плевры?
26. Когда образуются сухие хрипы?
27. Когда образуются влажные хрипы?
28. Чем отличаются влажные хрипы от крепитации?
29. Когда влажные хрипы бывают звучными?
30. На какой фазе дыхания выслушиваются хрипы?
31. Как отличить шум трения плевры от шума трения перикарда?

**Ситуационные задачи.**

**Задача №1.**

При осмотре больного выявлено следующее: правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания, межреберные промежутки в правой подмышечной области сглажены. Голосовое дрожание справа ниже 7 ребра между передней-подмышечной и лопаточной линиями не проводится. Перкуторный звук тимпанический. При аускультации дыхание в зоне тупого звука не проводится. Побочных дыхательных шумов нет.

1.О каком патологическом синдроме можно думать?

2.Перечислите побочные дыхательные шумы

3.Как изменится перкуторный звук над зоной тимпанического звука? Почему?

4.Дайте характеристику везикулярному дыханию

5.Где образуется везикулярное дыхание?

**Задача №2.**

Беспокоит резко выраженная одышка при малейшем движении, кашель сухой, редкий. Левая половина грудной клетки отстает в акте дыхания, межреберные промежутки сглажены. Голосовое дрожание слева от 1V ребра по всем топографическим линиям не проводится. При перкуссии на этом участке определяется абсолютно тупой звук. При аускультации дыхание здесь же не прослушивается, бронхофония не проводится. Пространство Траубе не определяется.

1. О каком патологическом синдроме можно думать?

2. Какие дополнительные методы исследования помогут в постановке диагноза?

3. Что будет с легочной тканью выше IV ребра?

4. Где можно выслушать бронхиальное дыхание у здорового человека?

5. Однозначны ли изменения бронхофонии и голосового дрожания при заболеваниях легких?

**Задача №3.**

Беспокоит кашель с мокротой слизисто-гнойного характера. Температура тела 37,8 градусов Цельсия. Грудная клетка правильной формы, активно участвует в акте дыхания. При перкуссии на всем протяжении легких слышен ясный легочный звук. При аускультации дыхание жесткое, влажные среднего калибра незвучные хрипы, единичные рассеянные жужжащие хрипы. Бронхофония и голосовое дрожание не изменены.

1. О каком патологическом процессе Вы думаете?

2. Разновидностью какого дыхательного шума является жесткое дыхание, дайте его характеристику?

3. Почему в данном случае влажные хрипы будут незвучными?

4. Какие признаки характерны при аускультации для хрипов?

5. При какой патологии встречаются дистанционные сухие хрипы?

**Задача №4.**

После перенесенного переохлаждения, у больного начались сильные боли в левой половине грудной клетки, кашель, появилось кровохарканье, температура тела повысилась до 38,8 градусов. Левая половина грудной клетки несколько отстает в акте дыхания. При перкуссии слева по средней и задней аксилярным линиям от V до VI1I ребер участок тупого звука. При аускультации под этим участком дыхание бронхиальное, прослушивается шум трения плевры по задней аксилярной линии. Голосовое дрожание и бронхофония здесь же усилены.

1. О каком патологическом процессе у больного Вы думаете?

2. Чем объясняется усиление голосового дрожания и бронхофонии над пораженным участком?

3. Какой из дополнительных методов исследования наиболее важен для подтверждения диагноза?

4. Перечислите разновидности бронхиального дыхания

5. Почему в данном случае влажные хрипы будут звучными?

**Задача №5.**

Больного беспокоят приступы удушья, возникающие внезапно, чаще ночью. Одышка во время приступа носит преимущественно экспираторный характер, кашель сухой. Дыхание у больного довольно громкое, в дыхательный акт включена дополнительная мускулатура. Грудная клетка расширена. При перкуссии определяется слегка коробочный звук. При аускультации дыхание везикулярное ослабленное. Дыхание заглушается множеством свистящих сухих хрипов. Голосовое дрожание и бронхофония одинаково ослаблены на симметричных участках.

1. О каком патологическом процессе Вы думаете?

2. О чем свидетельствует коробочный оттенок перкуторного звука?

3. Как называются хрипы слышимые на расстоянии?

4. Назовите макро- и микроскопические особенности мокроты при данном заболевании?

5. Чем отличается коробочный перкуторный звук от ясного легочного?

**Задача №6.**

Беспокоит кашель с мокротой зеленого цвета, которая отделяется в течение всего дня. Грудная клетка правильной формы, активно участвует в акте дыхания. При перкуссии слева под ключицей от II до IV ребра| по среднеключичной линии определяется тимпанический звук, дыхание в этой области амфорическое, влажные хрипы. Бронхофония и голосовое дрожание здесь же резко усилены.

1. О каком патологическом процессе Вы думаете?

2. Разновидностью какого дыхательного шума является амфорическое дыхание?

3. Перечислите существующие типы дыхания

4. Где образуются влажные хрипы?

5. Условия для образования звучных хрипов?

**Задача №7.**

Осмотр: отставание правой половины грудной клетки в акте дыхания.

Пальпация: голосовое дрожание ослаблено.

Перкуссия: абсолютно тупой перкуторный звук.

Аускультация: значительное ослабление дыхания и бронхофонии. Побочных дыхательных шумов нет.

1.О каком патологическом процессе идет речь?

2.Перечислите основные дыхательные шумы

3.Что такое бронхофония?

4.По какой линии происходит накопление транссудата?

5.Что такое линия Дамуазо?

**Задача №8.**

Осмотр: отставание правой половины грудной клетки в акте дыхания.

Пальпация: голосовое дрожание усилено.

Перкуссия: притупление перкуторного звука.

Аускультация: бронхиальное дыхание, усиление бронхофонии, влажные средне- и мелкопузырчатые хрипы.

1. О каком патологическом синдроме Вы думаете?

2. Механизм возникновения нормального везикулярного дыхания

3. Что определяет характер влажных хрипов?

4. Где возникают мелкопузырчатые влажные хрипы?

5. Как отличить бронхиальное дыхание от везикулярного?

**Задача №9.**

Осмотр: отставание и некоторое западение левой половины грудной клетки в акте дыхания.

Пальпация: голосовое дрожание над левой половины грудной клетки ослаблено.

Перкуссия: притупление перкуторного звука.

Аускультация: ослабленное везикулярное дыхание над левой половиной грудной клетки. Побочных дыхательных шумов нет.

1.О каком патологическом синдроме Вы думаете?

2.Перечислите разновидности бронхиального дыхания

3.Как изменится бронхофония над патологическим участком?

4.Классификация влажных хрипов

5.Как объяснить возникновение ослабленного везикулярного дыхания?

**Задача №10.**

Осмотр: небольшое отставание правой половины грудной клетки в акте дыхания.

Пальпация: голосовое дрожание усилено.

Перкуссия: притупление перкуторного звука.

Аускультация: смешанное (бронховезикулярное) дыхание, мелко- и среднепузырчатые хрипы, бронхофония усилена.

1.О каком патологическом синдроме Вы думаете?

2.Особенности проведения аускультации сухих дискантовых хрипов

3.Условия и место возникновения сухих (дискантовых, свистящих) хрипов

4.Условия образования амфорического дыхания

5.В какую фазу дыхания выслушиваются влажные хрипы?

**Задача №11.**

В отделение поступил больной С., 49 лет. Жалуется на приступы удушья, кашель с небольшим отделением вязкой стекловидной мокроты. При осмотре; состояние тяжелое. Положение вынужденное. Грудная клетка эмфизематозная. Экспираторная одышка. Анализ мокроты: Количество: 15 мл; Цвет: бесцветная, прозрачная. Консистенция: густая, очень вязкая. Характер: слизистая. Запах - нет. Микроскопическое исследование: большое количество эозинофилов, также видны кристаллы Шарко-Лейдена, спирали Куршмана. БК не обнаружено.

1. О каком: заболевании идет речь?

2. Что такое спирали Куршмана?

3. Что такое кристаллы Шарко-Лейдена?

4. Перечислите физические свойства мокроты.

5. Как называется форма грудной клетки у больного?

**Задача №12.**

Беспокоит кашель с мокротой слизисто-гнойного характера, температура тела 37,8°С. Грудная клетка правильной формы, активно участвует в акте дыхания. При перкуссии - ясный легочный звук. При аускультации дыхание жесткое, сухие хрипы.

Анализ мокроты: количество- 20 мл; цвет- белый; консистенция- вязкая; характер- слизистая; запаха нет. Микроскопическое исследование: лейкоциты – 5 – 10 в поле зрения, большое количество бактерий.

1. Ваш диагноз?
2. Что понимают под жизненной емкостью легких (ЖЕЛ)?
3. Что такое мокрота?
4. Правила забора мокроты для цитологического исследования
5. Чем определяется цвет мокроты?

**Задача №13.**

В отделении на лечении находится больной С., 48 лет с диагнозом: Внебольничная пневмония с локализацией в верхней доле правого легкого, получает антибактериальную терапию широкого спектра действия, но тем не менее сохраняется субфебрильная температура, рентгенологически отмечено накопление жидкости в плевральной полости. Сделана плевральная пункция: получено 400 мл геморрагической жидкости.

1. Какое заболевание можно заподозрить?

2. С каким заболеванием верифицировать?

3. Укажите изменение голосового дрожания над верхней долей правого легкого

4. Что понимают под остаточным объемом (00)?

5. Чему равен остаточный объем взрослого человека?

**Задача №14.**

Анализ мокроты:

Количество: 25 мл;

Цвет: ржавый;

Консистенция: полужидкая

Запах: нет

Микроскопическое исследование: лейкоциты 30 – 40 в поле зрения, эритроциты – до 40 в поле зрения, альвеолярные макрофаги. Лейкограмма: нейтрофилы 88%, лимфоциты – 12%

БК не обнаружено. Бактериологический посев: - пневмококки более 106 м.к./мл.

1. Для какого заболевания характерен данный анализ мокроты?
2. Что такое макрофаги?
3. Когда макрофаги появляются в мокроте?
4. Что понимают под резервным объемом вдоха (РОвд)?
5. Для чего проводится проба Ривальта**?**

**Задача №15.**

Анализ мокроты:

Количество: 150 мл;

Цвет: желтая;

Консистенция: полужидкая;

Характер: гнойная;

Запах: гнилостный.

Микроскопическое исследование: большое количество лейкоцитов (преимущественно нейтрофилы), видны эластические волокна.

БК не обнаружено.

Бак. посев: - стафилококки более 106 м.к./мл

1. Для какого заболевания характерен данный анализ мокроты?
2. С какой целью проводится рентгенологическое исследование легких:
3. О чем свидетельствуют эластические волокна в мокроте?
4. При каких заболеваниях легких встречаются эластические волокна в мокроте7
5. Что понимают под дыхательным объемом (ДО)?

**Задача №16.**

Анализ мокроты:

Количество: 20 мл;

Цвет: кровянистый; «малиновое желе»

Консистенция: вязкая;

Характер: слизистая;

Запах: нет

Микроскопическое исследование: большое количество эритроцитов, лейкоциты – 5 – 10 в поле зрения, также видно множество крупных клеток необычной уродливой формы с несколькими ядрами, видно небольшое количество эластических волокон.

БК не обнаружено.

1.Для какого заболевания характерен данный анализ мокроты, как называются крупные многоядерные клетки?

2.Назовите эндоскопические методов применяемые в пульмонологии.

3.Возможности этих методов

4.Перечислите основные спирографические показатели

5.Как располагаются границы притупления перкуторного звука при гидротораксе?

**Задача №17.**

Анализ мокроты:

Количество: 200 мл;

Цвет: желтоватый;

Консистенция: полужидкая;

Характер: слизисто-гнойная;

Запах: неприятный.

Микроскопическое исследование: большое количество нейтрофильных лейкоцитов и лимфоцитов, эластические волокна, чечевицы.

БК – обнаружено до 10 в поле зрения, в скоплении до 15-20.

1.Для какого заболевания характерен данный анализ мокроты?

2.Что такое чечевицы, их состав?

3.Что понимают под общей (максимальной) емкостью легких (ОЕЛ)?

4.Назовите показания к бронхоскопии

5.Какое содержание белка в экссудате

**Задача №18.**

Исследование плевральной жидкости:

Количество: 200 мл.

Цвет: желтовато-белесый.

Прозрачность: мутная.

Запах: нет.

Удельный вес: 1,023.

Белок: 40 г/л.

Проба Ривальта: положительная

Микроскопическое исследование: нейтрофильные лейкоциты сплошь, единичные эритроциты.

1. Укажите характер выпота?
2. Что такое проба Ривальта?
3. Что понимают под индексом Вотчала-Тиффно (индекс Тиффно)?
4. О чем свидетельствует зловонная мокрота?
5. При каких заболеваниях бывает зловонная мокрота?

**Задача №19.**

Исследование плевральной жидкости.

Количество: 200 мл.

Цвет: светлый.

Прозрачность: прозрачная.

Запах: нет.

Удельный вес: 1,008.

Белок: 12 г/л.

Проба Ривальта: отрицательная.

Микроскопическое исследование: единичные лейкоциты, единичные эритроциты.

Посев роста не дал.

1. Укажите характер выпота.
2. Как располагается линия Дамуазо при этом состоянии?
3. Что такое спирография?
4. Какие спирометрические показатели свидетельствуют о рестриктивном типе дыхательной недостаточности?
5. Какой перкуторный звук над жидкостью в плевральной полости?

**Задача №20.**

Исследование плевральной жидкости:

Количество: 150 мл;

Цвет: светло-желтый;

Прозрачность: прозрачная;

Запах: нет;

Удельный вес: 1,020;

Белок: 26 г/л;

Низкое содержание глюкозы в выпоте;

Проба Ривальта: положительная.

Микроскопическое исследование: умеренное количество лейкоцитов (90% - лимфоциты), единичные эритроциты.

Микробиологическое исследование: при окраске по Цилю-Нильсену (после обработки методом флотации) обнаружены окрашенные в красный цвет тонкие слегка изогнутые палочки различной длины.

1. При каком заболевании возможен данный выпот?
2. Какое содержание белка в транссудате?
3. Когда уменьшается индекс Тиффно?
4. Что такое спирометрия?
5. Противопоказания к проведению спирометрии

**Перечень практических навыков**

1. Пальпация грудной клетки:

- определение болезненности

- определение резистентрости

- определение голосового дрожания

2. Определение верхних границ легких спереди.

3. Определение верхних границ легких сзади.

4. Определение полей Кренига.

5. Определение нижних границ легких.

6. Определение подвижности нижнего легочного края.

7. Аускультация легких.

8. Определение бронхофонии.

**6.Рекоменованная литература по теме занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование, вид издания | Автор(-ы), составитель(-и), редактор(-ы) | Место издания, издательство, год |
| **Основная литература** | | | |
| 1. | [Пропедевтика внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=31615) : учеб.для мед. вузов | Н. А. Мухин, В. С. Моисеев | М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. |
| **Дополнительная литература** | | | |
| 1. | [Дополнительные методы обследования больного в терапевтической практике](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=1888) : учеб.пособие для студентов мед. вузов. Ч.2. | Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, Е. О. Карпухина [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2011. |
| 2. | [Дополнительные методы обследования больного в терапевтической практике](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=1889) : учеб.пособие для студентов мед. вузов. Ч.1. | Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, Е. О. Карпухина [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2011. |
| 3. | [Практикум по пропедевтике внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=21500) : учеб.пособие | ред. Ж. Д. Кобалава, В. С. Моисеев | М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. |
| 4. | [Пропедевтика внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=24744) : учеб.пособие к внеаудиторной работе для студентов 3 курса по спец. 060101- Лечебное дело, 060103- Педиатрия | сост. Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, А. Г. Иванов [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2009. |
| 5. | [Пропедевтика внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=30979) : учеб.пособие к аудиторной работе для студентов 3 курса по спец. 060101-Лечебное дело, 060103- Педиатрия. Ч.1.. - Режим доступа: polikarpov\_\_propedevtika\_stud\_3\_lech\_ped\_audit\_1\_1297665056.pdf | сост. Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, А. Г. Иванов [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2009. |
| 6. | [Пропедевтика внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=32404) : учеб.пособие к аудиторной работе для студентов 3 курса по спец. 060101-Лечебное дело, 060103- Педиатрия. Ч.2. | сост. Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, А. Г. Иванов [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2009. |

1. Занятие №8

Тема: «Методы обследования больных с заболеваниями органов кровообращения. Осмотр и пальпация прекардиальной области»

2. Форма организации занятия: клиническое практическое.

3. Значение изучения темы: наибольшее число диагностических ошибок происходит вследствие недостаточного, неполного обследования. Для диагностики заболеваний органов кровообращения большое значение имеют расспрос, анамнестические данные, оценка объективных методов исследования (осмотр, пальпация перикардиальной области и пульса, определение АД). Поэтому *учебным значением данной* *темы* является овладение клиническими методами исследования больных с заболеваниями органов кровообращения.

*Профессиональное значение темы*: подготовка квалифицированного специалиста, хорошо ориентирующегося в методах обследования больных с патологией органов кровообращения.

*Личностное значение темы*: развитие ответственности будущего врача за проведение первичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний .

**4. Цели обучения:**

- общая: обучающийся должен обладать общекультурными и профессиональными компетенциями

* способностью и готовностью анализировать социально-значимые проблемы и процессы, использовать на практике методы гуманитарных, естественнонаучных, медико-биологических и клинических наук в различных видах профессиональной и социальной деятельности (ОК-1);
* способностью и готовностью к логическому анализу, публичной речи, редактированию текстов профессионального содержания, осуществлению общевоспитательной деятельности, к сотрудничеству и разрешению конфликтов, к толерантности (ОК-5);
* способностью и готовностью осуществлять свою деятельность с учетом принятых в обществе моральных и правовых норм, соблюдением правил врачебной этики, законов и нормативных правовых актов по работе с конфиденциальной информацией, сохранять врачебную тайну (ОК-8).
* способностью и готовностью реализовать этические и деонтологические аспекты врачебной деятельности в общении с коллегами, средним и младшим медицинским персоналом, взрослым населением и подростками, их родителями и родственниками (ПК-1);
* способностью и готовностью к формированию системного подхода к анализу медицинской информации, опираясь на всеобъемлющие принципы доказательной медицины, основанной на поиске решений с использованием теоретических знаний и практических умений в целях совершенствования профессиональной деятельности (ПК-3);
* способностью и готовностью проводить и интерпретировать опрос, физикальный осмотр, клиническое обследование, написать медицинскую карту амбулаторного и стационарного больного (ПК-5);
* способностью и готовностью к работе с медико-технической аппаратурой, используемой в работе с пациентами, владеть компьютерной техникой, получать информацию из различных источников, работать с информацией в глобальных компьютерных сетях; применять возможности современных информационных технологий для решения профессиональных задач (ПК-9);
* способностью и готовностью к постановке диагноза на основании результатов биохимических исследований биологических жидкостей и с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом (ПК-15);
* способностью и готовностью анализировать закономерности функционирования системы органов дыхания, использовать знания анатомо-физиологических основ, взрослого человека и подростка для своевременной диагностики заболеваний и патологических процессов дыхательной системы (ПК-16);
* способностью и готовностью выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы заболеваний органов дыхания, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом, анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах, выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний (ПК-17).
* способностью и готовностью анализировать и интерпретировать результаты современных диагностических технологий по возрастно-половым группам пациентов с учетом их физиологических особенностей организма человека для успешной лечебно-профилактической деятельности, провести диагностику физиологической беременности, участвовать в проведении судебно-медицинской экспертизы (ПК-18);
* способностью и готовностью использовать нормативную документацию, принятую в здравоохранении (законы Российской Федерации, технические регламенты, международные и национальные стандарты, приказы, рекомендации, терминологию, международные системы единиц (СИ), действующие международные классификации), а также документацию для оценки качества и эффективности работы медицинских организаций (ПК-27);
* способностью и готовностью изучать научно-медицинскую информацию, отечественный и зарубежный опыт по тематике исследования (ПК-31);

- учебная:

**знать:**

* современные методы клинического обследования больных с патологией сердечно-сосудистой системы.
* заболевания сердечно-сосудистой системы, связанные с неблагоприятными воздействиями климатических и социальных факторов
* основы профилактической помощи, направленных на укрепление здоровья населения

**уметь:**

* определить статус пациента: собрать анамнез, провести опрос пациента и/или его родственников, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация прекардиальной области, измерение АД, определение артериального пульса);
* оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи;
* оценить социальные факторы, влияющие на состояние физического и психологического здоровья пациента; культурные, этические, религиозные, семейные факторы риска;
* поставить предварительный диагноз – синтезировать информацию о пациенте с целью определения патологии и причин, ее вызывающих;
* заполнять фрагмент истории болезни.

**владеть:**

* правильным ведением медицинской документации;
* методами общеклинического обследования больных с патологией сердечно-сосудистой системы (расспрос, осмотр, пальпация прекардиальной области, определение пульса, АД);

**5. План изучения темы**:

**5.1 Контроль исходного уровня знаний** (тестовые вопросы)

**5.2 Основные понятия и положения темы** (таблицы «Строение сердца», «Определение пульса»), компьютерный вариант основных сердечно-сосудистых синдромов; граф логической структуры темы

**5.3Самостоятельная работа**:

- курация больных

- формирование представления о больном

- написание фрагмента истории болезни

**5.4 Итоговый контроль знаний**

- ответы на вопросы по теме занятий

- решение ситуационных задач.

**6.** **Домашнее задание для уяснения темы занятия**.

**6.1. Контрольные вопросы по теме занятия**

1. Основные жалобы больных с заболеваниями ССС?
2. Характеристика болевого синдрома при стенокардии и инфаркте миокарда?
3. Какое вынужденное положение могут занимать больные?
4. Какой цианоз характерен для больных ССС, в чем его причина?
5. Что можно обнаружить при осмотре перикардиальной области?
6. Характеристика верхушечного толчка?
7. Когда образуется сердечный толчок?
8. Какие изменения сосудов можно выявить у больных при осмотре?
9. Что такое «кошачье мурлыканье» и в какие фазы сердечного цикла его можно определить?
10. Что такое артериальный пульс, его свойства?
11. Правила измерения АД?
12. Когда следует измерять АД на нижних конечностях?

**6.2**. **Тестовые задания.**

**Вариант 1.**

001. Вынужденное положение ортопноэ во время ночного удушья у больного может быть при

1) недостаточности правого желудочка

2) недостаточности левого желудочка

3) нарушении кровообращения в большом круге кровообращения

4) нарушении кровообращения в воротной вене

5) бессоннице.

002. Отеки на нижних конечностях свидетельствуют о

1) нарушении кровообращения в большом круге

2) нарушении кровообращения в малом круге

3) недостаточности левого желудочка

4) недостаточности левого предсердия

5) тотальной сердечной недостаточности.

003. При осмотре больного с сердечной патологией

не характерным является наличие

1) сердечного горба

2) верхушечного толчка

3) варикозного расширения вен нижних конечностей

4) симптома Мюссе

5) «пляски каротид».

004. Извитые височные артерии могут быть

проявлением

1) недостаточности клапанов аорты

2) недостаточности 3-х створчатого клапана

3) атеросклероза и гипертонической болезни

4) пролапса митрального клапана

5) стенокардии.

005. Верхушечный толчок образован

1) правым желудочком

2) левым предсердием

3) левым желудочком

4) правым предсердием

5) поперечником сердца.

006. В повышении артериального давления не

участвует механизм

1) увеличения сердечного выброса

2) задержка натрия

3) увеличение активности ренина

4) повышение венозного давления

5) повышение периферического сопротивления

007.Повышение диастолического артериального

давления зависит

1) от тонуса артериальной стенки

2) от силы и объема крови, выбрасываемой в аорту и артериальное

русло

3) от систолического АД.

008.Разлитой верхушечный толчок встречается при

1) при гипертрофии левого предсердия

2) при гипертрофии правого желудочка

3) при гипертрофии и дилатации левого желудочка

4) при гипертрофии и дилатации правого желудочка

5) при гипертрофии правого предсердия.

009. при осмотре больного для заболевания сердца НЕ ХАРАКТЕРНО

1) извитые височные артерии

2) пляска каротид

3) набухание яремных вен

4) варикозное расширение вен нижних конечностей

5) акроцианоз

010. Пульсация в нижней части грудины и надчревная

пульсация могут быть при

1) гипертрофии правого предсердия

2) гипертрофии правого желудочка

3) гипертрофии левого желудочка

4) гипертрофии левого предсердия

5) аневризме восходящей дуги аорты.

**Вариант 2.**

001. Боли за грудиной и в области сердца,

непродолжительные, с иррадиацией в левую руку,

проходящие в покое или от приема нитратов, могут

свидетельствовать о

1) инфаркте миокарда

2) кардионеврозе

3) стенокардии

4) гипертонической болезни

5) сердечной недостаточности.

002. Обильная пенистая мокрота с примесью крови,

выделяемая у больного во время приступа удушья

бывает при

1) приступе бронхиальной астмы

2) пневмонии

3) сердечной астме

4) раке легкого

5) правожелудочковой недостаточности.

003. Сердечный горб бывает при

1) рахите

2) костном туберкулезе

3) врожденных пороках сердца

4) травме

5) пороках сердца, приобретенных во взрослом возрасте.

004. сердечный толчок может пальпироваться

1) при гипертрофии левого желудочка

2) при гипертрофии правого желудочка

3) при гипертрофии правого предсердия

4) при гипертрофии левого предсердия

5) при аневризме восходящей дуги аотры.

005. если во 2-м межреберье справа пальпируеся

систолическое дрожание грудной клетки, следует

думать

1) о митральном стенозе

2) о трикуспидальном стенозе

3) об аортальном стенозе

4) о стенозе ствола легочной артерии

5) о недостаточности трехстворчатого клапана.

006. Тупые ноющие боли в правом подреберье

свидетельствуют о

1) застое крови в большом круге кровообращения

2) застое крови в малом круге кровообращения

3) недостаточности левого желудочка

4) недостаточности левого предсердия

5) коронарной недостаточности.

007. При осмотре больного с патологией сердца не

характерным является

1) цианоз,

2) бледность кожных покровов,

3) иктеричность склер,

4) цвет кожи «кофе с молоком»,

5) эмфизематозная грудная клетка.

008. набухание яремных вен свидетельствует о

1) повышении систолического АД

2) повышении венозного давления

3) повышении диастолического давления

4) повышении пульсового давления

5) гипотонии.

009. Симптом Мюссе (покачивание головы) бывает при

1) черепно-мозговой травме

2) опухоли мозга

3) шейном остеохондрозе

4) недостаточности клапанов аорты

5) митральном стенозе.

010. положительный венный пульс бывает при

1) недостаточности аортального клапана

2) недостаточности митрального клапана

3) недостаточности 3-х створчатого клапана

4) митральном стенозе

5) аортальном стенозе.

**Вариант 3.**

001. диастолическое дрожание на верхушке

характерно для

1) аортального стеноза

2) митрального стеноза

3) стеноза устья легочной артерии

4) недостаточности аортального клапана

5) недостаточности аортального клапана.

002. если Вы определи капиллярный пульс, следует

думать о

1) митральном стенозе

2) недостаточности клапанов аорты

3) недостаточности митрального клапана

4) недостаточности техстворчатого клапана

5) аортальном стенозе.

003. Кровохарканье может быть при

1) застое крови в малом круге кровообращения

2) застое крови в большом круге кровообращения

3) недостаточности правого желудочка

4) коронарной недостаточности

5) венозной недостаточности.

004. Верхушечный толчок образован

1) правым желудочком

2) левым желудочком

3) левым предсердием

4) правым предсердием

5) аортой.

005. пульсовое АД это

1) повышение систолического давления

2) повышение диастолического давления

3) разница между систолическим и диастолическим давлением

4) сила, с которой определяют свойства пульса

5) резкое снижение давления.

006. при осмотре больного для заболевания сердца НЕ ХАРАКТЕРНО

1) извитые височные артерии

2) пляска каротид

3) набухание яремных вен

4) варикозное расширение вен нижних конечностей

5) акроцианоз.

007. Пульсация в нижней части грудины и надчревная

пульсация могут быть при

1) гипертрофии правого предсердия

2) гипертрофии правого желудочка

3) гипертрофии левого желудочка

4) гипертрофии левого предсердия

008. Симптом Мюссе (покачивание головы) бывает при

1) черепно-мозговой травме

2) опухоли мозга

3) шейном остеохондрозе

4) недостаточности клапанов аорты

5) митральном стенозе.

009. положительный венный пульс бывает при

1) недостаточности аортального клапана

2) недостаточности митрального клапана

3) недостаточности 3-х створчатого клапана

4) митральном стенозе

5) аортальном стенозе.

010. Тупые ноющие боли в правом подреберье

свидетельствуют о

1) застое крови в большом круге кровообращения

2) застое крови в малом круге кровообращения

3) недостаточности левого желудочка

4) недостаточности левого предсердия

5) коронарной недостаточности.

**Вариант 4.**

001. При осмотре больного с сердечной патологией

не характерным является наличие

1) сердечного горба

2) верхушечного толчка

3) варикозного расширения вен нижних конечностей

4) симптома Мюссе

5) «пляски каротид».

002. Извитые височные артерии могут быть

проявлением

1) недостаточности клапанов аорты

2) недостаточности 3-х створчатого клапана

3) атеросклероза и гипертонической болезни

4) пролапса митрального клапана

5) стенокардии.

003. Верхушечный толчок образован

1) правым желудочком

2) левым предсердием

3) левым желудочком

4) правым предсердием

5) поперечником сердца.

004. Сердечный горб бывает при

1) рахите

2) костном туберкулезе

3) врожденных пороках сердца

4) травме

5) пороках сердца, приобретенных во взрослом возрасте.

005. сердечный толчок может пальпироваться

1) при гипертрофии левого желудочка

2) при гипертрофии правого желудочка

3) при гипертрофии правого предсердия

4) при гипертрофии левого предсердия

5) при аневризме восходящей дуги аотры.

006. если во 2-м межреберье справа пальпируеся

систолическое дрожание грудной клетки, следует

думать О

1) митральном стенозе

2) трикуспидальном стенозе

3) аортальном стенозе

4) стенозе ствола легочной артерии

5) недостаточности трехстворчатого клапана.

007.Повышение диастолического артериального

давления зависит

1) от тонуса артериальной стенки

2) от силы и объема крови, выбрасываемой в аорту и артериальное

русло

3) от систолического АД.

008.Разлитой верхушечный толчок встречается при

1) при гипертрофии левого предсердия

2) при гипертрофии правого желудочка

3) при гипертрофии и дилатации левого желудочка

4) при гипертрофии и дилатации правого желудочка

5) при гипертрофии правого предсердия.

009. При осмотре больного с патологией сердца не

характерным является

1) цианоз,

2) бледность кожных покровов,

3) иктеричность склер,

4) цвет кожи «кофе с молоком»,

5) эмфизематозная грудная клетка.

010. набухание яремных вен свидетельствует о

1) повышении систолического АД

2) повышении венозного давления

3) повышении диастолического давления

4) повышении пульсового давления

5) гипотонии.

**6.3. Ситуационные задачи.**

**Задача №1.**

В отделение поступил больной К., 42 года, главный инженер Электромеханического завода.

ЖАЛОБЫ: На сильные боли за грудиной, с иррадиацией в левое плечо и лопатку, возникающие при быстрой ходьбе и купирующиеся в покое, после приема нитроглицерина; на слабость, плохой сон.

Анамнез: Считает себя больным в течении двух лет, когда в первые появились загрудинные боли при быстрой ходьбе. Обратился к врачу, который рекомендовал принимать нитроглицерин. Около года назад был помещен в терапевтическое отделение больницы в связи с резким усилением и учащением болей в сердце. В течение недели находился на строгом постельном режиме, который потом был отменен. Выписан через две недели с улучшением. Настоящее ухудшение отмечает в течении 2,5 недель, когда вновь участились и усилились загрудинные боли, появилась слабость, раздражительность, плохой сон.

Курит в течении 22 лет по 20-30 сигарет в день, часто работает по ночам.

1. Наиболее вероятный характер заболевания?

2. Есть ли признаки левожелудочковой сердечной недостаточности?

3. Есть ли признаки тотальной сердечной недостаточности?

4. Есть ли признаки правожелудочковой сердечной недостаточности?

5. Каковы факторы риска заболевания Сердечнососудистой системы?

**Задача №2.**

В отделение поступила больная А., секретарь- машинистка.

Жалобы: На боли колющего и сжимающего характера в области сердца, неинтенсивные, не купирующиеся нитроглицерином; на перебои в работе сердца; на боли в лучезапястных суставах, возникающие в покое и усиливающиеся при движениях; на повышение температуры тела до 37,7\*С, больше по вечерам.

Анамнез: В детстве часто болела ангинами: 2,5 недели назад перенесла тяжелую ангину. После чего появилась припухлость и болезненность при движениях в лучезапястных суставах и правом коленном суставе, повышение температуры тела до 37,2-37,4 \*С. К врачам не обращалась, ничем не лечилась. Через 3-4 дня болезненность в коленном суставе уменьшилась, но усилились боли в лучезапястных суставах, Два дня назад к этим жалобам присоединились боли в области сердца и перебои в работе сердца.

Осмотр: Положение активное. Отмечается покраснение кожи, припухлость в области лучезапястных суставов и болезненность при движении. Объем активных движений ограничен. Температура тела-37,2\*С. Цианоза, отеков нет.

1. Каков наиболее вероятный характер заболевания?

2. Есть ли признаки левожелудочковой сердечной недостаточности?

3. Есть ли признаки тотальной сердечной недостаточности?

4. Есть ли признаки правожелудочковой сердечной недостаточности?

5. Каковы факторы риска данного заболевания?

**Задача № 3.**

В отделение поступил больной П., 62 лет, пенсионер.

Жалобы: На частые загрудинные боли с иррадиацией в левую руку и лопатку, возникающие в покое, чаще по ночам, купирующиеся после приема нитроглицерина; на одышку в покое, усиливающуюся при небольшом физическом напряжении, сопровождающуюся сухим кашлем; на приступы удушья по ночам.

Анамнез: Считает себя больным в течении 3 лет, когда впервые появились боли за грудиной с иррадиацией в левую руку и лопатку. Боли возникали при ходьбе и купировались после приема нитроглицерина. Через 1 год приступы загрудинных болей участились и стали возникать при меньшей нагрузке. Появилась одышка при ходьбе. Две недели назад впервые стали беспокоить приступы удушья по ночам, усилилась одышка при ходьбе и даже в покое, появился сухой кашель.

Осмотр: Отмечается полусидячее положение в постели, цианоз губ, кончиков пальце рук и ног. Отеков нет. Печень не увеличена.

1. Каков наиболее вероятный характер заболевания?

2. Есть ли признаки левожелудочковой сердечной недостаточности?

3. Есть ли признаки тотальной сердечной недостаточности?

4. Есть ли признаки правожелудочковой сердечной недостаточности?

5. Оцените положение больного?

**Задача №4.**

В отделение поступила больная М. 49 лет, преподаватель средней школы.

Жалобы: на сильные головные боли, усиливающиеся вечером и сопровождающиеся тошнотой, на головокружение при ходьбе; мелькание мушек перед глазами; на колющие и сжимающие боли в области сердца и слева от грудины во II-IV межреберье. Боли усиливаются к вечеру и не купируются после приема нитроглицерина.

Анамнез: Считает себя больной в течении 2 лет, когда впервые появились головные боли, головокружение, тошнота и рвота. Была госпитализирована в терапевтическое отделение больницы. После выписки стали снова беспокоить головные боли, чаще к концу рабочего дня. Лечилась амбулаторно. Настоящее ухудшение отмечает в течение недели. Когда появились вышеописанные жалобы.

Осмотр: Положение активное, отмечается гиперемия лица. Цианоза, периферических отеков нет.

1. Каков наиболее вероятный характер заболевания?

2. Есть ли признаки левожелудочковой сердечной недостаточности?

3. Есть ли признаки тотальной сердечной недостаточности?

4. Есть ли признаки правожелудочковой сердечной недостаточности?

5. Являются ли боли в сердце типичными для стенокардии?

**Задача №5.**

В отделение поступил больной Т. 58 лет, инвалид 2 группы.

Жалобы на от отеки ног, тупые боли в правом межреберье, на увеличение живота в объеме; на слабость; быструю утомляемость; кашель с отделением гнойной мокроты с неприятным запахом и прожилками крови ( до 200 мл мокроты в сутки), на одышку.

Анамнез: В течение 17 лет страдает хроническим бронхитом, бронхоэктазами. Несколько раз перенес воспаление легких. Около 5 лет назад стала появляться одышка, отеки на ногах. Лечился амбулаторно и в стационарах. Около 2 недель назад состояние ухудшилось: усилилась одышка, отекли ноги, стал увеличиваться в размерах живот. Усилился кашель с мокротой, появилось кровохарканье.

Осмотр: Состояние тяжелое, отмечается значительный цианоз. Выраженные отеки стоп и голеней, асцит, набухание шейных вен и увеличение печени. Выявлен правосторонний пневмоторакс. Положительные симптомы часовых стекол и барабанных палочек.

1. Есть ли признаки левожелудочковой сердечной недостаточности?

2. Есть ли признаки тотальной сердечной недостаточности?

3. Есть ли признаки правожелудочковой сердечной недостаточности?

4. Есть ли признаки коронарной недостаточности?

5. Есть ли признаки поражения сердца ревматической этиологии?

**Задача № 6.**

В отделение поступил больной С., 32 лет слесарь.

Жалобы: На одышку в покое, усиливающуюся при физическом напряжении, на приступы удушья по ночам; на кашель с мокротой и прожилками крови; боли в области верхушки сердца без иррадиации, не купирующуюся при приеме нитроглицерина; на отеки ног, увеличение живота в объеме.

Анамнез: В детстве часто болел ангинами. В 16 лет появились боли и припухлость суставов, высокая температура. Лечился в стационаре в течении месяца. Через 4 года появилась одышка, сначала при физическом напряжении, а затем в покое, боли в области сердца, 2 года назад впервые заметил появление отеков ног, беспокоили кашель, иногда кровохарканье. Месяц назад состояние ухудшилось, появились приступы удушья по ночам, усилились одышка, отеки ног, увеличился в размерах живот.

Осмотр: Состояние тяжелое, положение ортопное, отмечается значительный акроцианоз, отеки голеней и стоп, асцит, набухание шейных вен, увеличение печени. Выявлен правосторонний гидроторакс.

1. Каков наиболее вероятный характер заболевания?

2. Есть ли признаки левожелудочковой сердечной недостаточности?

3. Есть ли признаки тотальной сердечной недостаточности?

4. Есть ли признаки правожелудочковой сердечной недостаточности?

5. Факторы риска данного заболевания?

**Задача № 7.**

Осмотр сердца: Верхушечный толчок хорошо виден на глаз в V межреберье по среднеключичной линии.

Пальпация: Верхушечный толчок в V межреберье по левой срединно-ключичной линии усилен, приподнимающий, концентрированный. Сердечный толчок и эпигастральная пульсация не выявляются.

1. Признаки какого синдрома имеются у больного?
2. За счет чего появляется эпигастральная пульсация?
3. Что такое концентрированный верхушечный толчок?
4. Имеется ли в данном случае значительная делятация левого желудочка?
5. Имеется ли в данном случае значительная делятация правого желудочка?

**Задача№8.**

Осмотр сердца: Верхушечный толчок хорошо виден на глаз, усиленный, разлитой, смещен до передней аксиллярной линии.

Пальпация: Верхушечный толчок в VI межреберье по передней аксиллярной линии, разлитой, усиленный. Сердечный толчок и эпигастральная пульсация не выявляется.

1. Признаки какого синдрома имеются у больного?
2. Что такое разлитой верхушечный толчок?
3. Имеется ли в данном случае делятация правого желудочка?
4. Как определяется усиление верхушечного толчка?
5. Имеется ли в данном случае гипертрофия правого желудочка?

**Задача №9.**

Осмотр сердца: видны на глаз сердечный толчок и эпигастральная пульсация. Верхушечный толчок не определяется.

Пальпация: Верхушечный толчок расположен в V межреберье на 1 см кнутри от среднеключичной линии, обычный. В области абсолютной сердечной тупости сердца и эпигастрии определяется усиленная и разлитая пульсация.

1.Признаки какого синдрома имеются у больного?

2.Имеется ли дилятация левого желудочка?

3.Имеется ли у больного сердечный толчок?

4.Имеется ли у больного сердечный горб?

5.Предполагается ли у больного увеличение печени?

**Задача № 10.**

При профосмотре у пациента зарегистрировано АД 190/110 мм.рт.ст.

Анамнез: высокое АД около 10 лет, при этом пациент не разу не обследовался, регулярно медикаментов не принимал. Самочувствие удовлетворительное, жалоб не предъявляет. Переносимость физической нагрузки хорошая.

Что можно получить при обследовании верхушечного толчка?

1. Локализация
2. Резистентность
3. Сила
4. Ширина
5. Характер

**7. Список тем по УИРС.**

« Факторы риска ишемической болезни сердца»

«Курение, как фактор риска заболеваний сердечно-сосудистой системы»

**8. Рекомендованная литература по теме занятия**:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование, вид издания | Автор(-ы), составитель(-и), редактор(-ы) | Место издания, издательство, год |
| **Основная литература** | | | |
| 1. | [Пропедевтика внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=31615) : учеб.для мед. вузов | Н. А. Мухин, В. С. Моисеев | М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. |
| **Дополнительная литература** | | | |
| 1. | [Дополнительные методы обследования больного в терапевтической практике](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=1888) : учеб.пособие для студентов мед. вузов. Ч.2. | Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, Е. О. Карпухина [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2011. |
| 2. | [Дополнительные методы обследования больного в терапевтической практике](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=1889) : учеб.пособие для студентов мед. вузов. Ч.1. | Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, Е. О. Карпухина [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2011. |
| 3. | [Практикум по пропедевтике внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=21500) : учеб.пособие | ред. Ж. Д. Кобалава, В. С. Моисеев | М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. |
| 4. | [Пропедевтика внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=24744) : учеб.пособие к внеаудиторной работе для студентов 3 курса по спец. 060101- Лечебное дело, 060103- Педиатрия | сост. Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, А. Г. Иванов [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2009. |
| 5. | [Пропедевтика внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=30979) : учеб.пособие к аудиторной работе для студентов 3 курса по спец. 060101-Лечебное дело, 060103- Педиатрия. Ч.1.. - Режим доступа: polikarpov\_\_propedevtika\_stud\_3\_lech\_ped\_audit\_1\_1297665056.pdf | сост. Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, А. Г. Иванов [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2009. |
| 6. | [Пропедевтика внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=32404) : учеб.пособие к аудиторной работе для студентов 3 курса по спец. 060101-Лечебное дело, 060103- Педиатрия. Ч.2. | сост. Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, А. Г. Иванов [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2009. |

**1. Занятие № 9**

**Тема: « Перкуссия сердца. Техника и правила перкуссии сердца».**

**2. Форма организации занятия:** клиническое практическое занятие

3. Значение изучения темы: Умение правильно провести перкуссию сердца и правильно интерпретировать полученные результаты помогает в диагностике заболеваний сердечно-сосудистой системы, например, выявление гипертрофии и дилатации желудочков и предсердий в диагностике пороков сердца, гипертонической болезни, кардиомиопатий и др.

4. Цели обучения:

**- общая**

обучающийся должен обладать **общекультурными и профессиональными компетенциями** (ОК):

* способностью и готовностью анализировать социально-значимые проблемы и процессы, использовать на практике методы гуманитарных, естественнонаучных, медико-биологических и клинических наук в различных видах профессиональной и социальной деятельности (ОК-1);
* способностью и готовностью к логическому анализу, публичной речи, редактированию текстов профессионального содержания, осуществлению общевоспитательной деятельности, к сотрудничеству и разрешению конфликтов, к толерантности (ОК-5);
* способностью и готовностью осуществлять свою деятельность с учетом принятых в обществе моральных и правовых норм, соблюдением правил врачебной этики, законов и нормативных правовых актов по работе с конфиденциальной информацией, сохранять врачебную тайну (ОК-8).
* способностью и готовностью реализовать этические и деонтологические аспекты врачебной деятельности в общении с коллегами, средним и младшим медицинским персоналом, взрослым населением и подростками, их родителями и родственниками (ПК-1);
* способностью и готовностью к формированию системного подхода к анализу медицинской информации, опираясь на всеобъемлющие принципы доказательной медицины, основанной на поиске решений с использованием теоретических знаний и практических умений в целях совершенствования профессиональной деятельности (ПК-3);
* способностью и готовностью проводить и интерпретировать опрос, физикальный осмотр, клиническое обследование, написать медицинскую карту амбулаторного и стационарного больного (ПК-5);
* способностью и готовностью к работе с медико-технической аппаратурой, используемой в работе с пациентами, владеть компьютерной техникой, получать информацию из различных источников, работать с информацией в глобальных компьютерных сетях; применять возможности современных информационных технологий для решения профессиональных задач (ПК-9);
* способностью и готовностью к постановке диагноза на основании результатов биохимических исследований биологических жидкостей и с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом (ПК-15);
* способностью и готовностью анализировать закономерности функционирования системы органов дыхания, использовать знания анатомо-физиологических основ, взрослого человека и подростка для своевременной диагностики заболеваний и патологических процессов дыхательной системы (ПК-16);
* способностью и готовностью выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы заболеваний органов дыхания, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом, анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах, выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний (ПК-17).
* способностью и готовностью анализировать и интерпретировать результаты современных диагностических технологий по возрастно-половым группам пациентов с учетом их физиологических особенностей организма человека для успешной лечебно-профилактической деятельности, провести диагностику физиологической беременности, участвовать в проведении судебно-медицинской экспертизы (ПК-18);
* способностью и готовностью использовать нормативную документацию, принятую в здравоохранении (законы Российской Федерации, технические регламенты, международные и национальные стандарты, приказы, рекомендации, терминологию, международные системы единиц (СИ), действующие международные классификации), а также документацию для оценки качества и эффективности работы медицинских организаций (ПК-27);
* способностью и готовностью изучать научно-медицинскую информацию, отечественный и зарубежный опыт по тематике исследования (ПК-31);

- учебная:

**Студент должен знать:**

* ведение типовой учетно-отчетной медицинской документации в медицинских организациях;
* заболевания, связанные с неблагоприятными воздействиями климатических и социальных факторов;
* основы профилактической помощи, организацию профилактических мероприятий, направленных на укрепление здоровья населения;
* этиологию, патогенез и меры профилактики наиболее часто встречающихся заболеваний сердечно-сосудистой системы;
* клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения наиболее распространенных заболеваний сердечно-сосудистой системы, протекающих в типичной форме.

###### **Студент должен уметь:**

* определить статус пациента: собрать анамнез, провести опрос пациента и/или его родственников, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, перкуссия);
* оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи;
* провести первичное обследование сердечно-сосудистой системы;
* оценить социальные факторы, влияющие на состояние физического и психологического здоровья пациента; культурные, этические, религиозные, семейные факторы риска;
* поставить предварительный диагноз – синтезировать информацию о пациенте с целью определения патологии и причин, ее вызывающих;
* наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни для уточнения диагноза и получения достоверного результата;
* оказывать первую помощь при неотложных состояниях;
* заполнять историю болезни.

##### **Студент должен владеть:**

* правильным ведением медицинской документации;
* методами общеклинического обследования больных с сердечно-сосудистой патологией;
* алгоритмом постановки предварительного диагноза с последующим направлением пациента к соответствующему врачу-специалисту;
* основными врачебными диагностическими и лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях.

**5. План изучения темы:**

**5.1. Контроль исходного уровня знаний.**

5.2. Основные понятия и положения темы (наглядные формы, таблицы, схемы, алгоритмы)

##### Таблица №1. Причины изменения границ тупости сердца (ОТС, АТС)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Изменение границы** | **Причина** | **пример** |
| смещение правой границы ОТС | - увеличение правого предсердия или правого желудочка | - стеноз 3-х створчатого клапана  - недостаточность 3-х  створчатого клапана  - сужении устья лёгочной  артерии  - склероз легочной артерии, при т.н. «лёгочном сердце» |
| смещение левой границы ОТС | дилятация и гипертрофия левого желудочка | - артериальная гипертензия  - аортальная недостаточность  - митральная недостаточность  - аортальный стеноз в стадии декомпенсации  - острое повреждение миокарда (о ИМ)  - хроническая левожелудочковая сердечная недостаточность (миогенная дилатация) |
|  | - выраженное увеличение правого желудочка | - правый желудочек смещает сердце влево |
| смещение верхней границы ОТС | значительное расширение левого предсердия | - пороки митрального клапана (митральный стеноз) |
| смещение влево и вниз | дилятация левого желудочка | - аортальная недостаточность |
| смещение во все стороны (in toto, «бычье сердце») | значительное расширение левого предсердия, левого и правого желудочков | комбинированные пороки  - кардиомиопатии |
| **Расширение границ АТС** | Дилатация правого желудочка | **-** митральный стеноз  - легочное сердце  - недостаточность трехстворчатого клапана |
|  | Экстракардиальные причины | **-** высокое стояние диафрагмы  - сморщивание краев легких  - опухоль заднего средостения |
| **Расширение границ АТС** | Дилатация правого желудочка | **-** митральный стеноз  - легочное сердце  -недостаточность трехстворчатого клапана |
| **Увеличение поперечного размера ОТС** | высокое стояние диафрагмы | -гиперстеники  -беременность  -метеоризм  -асцит |
| **Уменьшение поперечного размера ОТС** | низкое стояние диафрагмы | - астеники  - энтероптоз  - эмфизема лёгких  - «висячее» сердце |
|  | увеличение полостей сердца | -дилятация камер сердца |

##### Таблица №2. Причины изменения конфигурации сердца

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Название конфигурации сердца** | Характеристика | пример |
| Нормальная |  | норма |
| Митральная | сглаженная талия сердца | Увеличение левого предсердия при митральных пороках сердца |
| Аортальная | подчеркнутая талия сердца | Увеличение левого желудочка при аортальных пороках (аортальная недостаточность, аортальный стеноз в стадии декомпенсации) |
| смещение во все стороны (in toto, «бычье сердце») | значительное расширение левого предсердия, левого и правого желудочков | комбинированные пороки  - кардиомиопатии |

##### Таблица №3. Причины изменения границ сосудистого пучка

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Изменение границы** | **Причина** | **пример** |
| Вправо | Расширение либо аневризма восходящей части аорты | -Артериальные гипертензии  - атеросклероз аорты |
| Влево | Расширение легочной артерии | Высокое давление в легочной артерии |
|  | - Расширение нисходящей части аорты | -Артериальные гипертензии  - атеросклероз аорты |
| **Враво и влево** | - Расширение, удлинение и разворот дуги аорты части аорты | -Артериальные гипертензии  - атеросклероз аорты |

###### **5.3. Самостоятельная работа:**

- курация больных кардиологического отделения;

- заполнение историй болезни;

- разбор курируемых больных

###### **5.4. Итоговый контроль знаний:**

- ответы на вопросы по теме занятия;

- решение ситуационных задач, тестовых заданий по теме.

**6. Домашнее задание для усвоения темы занятия**

**6.1.Контрольные вопросы для уяснения темы занятия**

1. Каковы правила перкуссии сердца?

2. Какова последовательность перкуссии сердца?

3. Что такое относительная тупость сердца?

4. Что такое абсолютная тупость сердца?

5. Чем образован правый и левый контуры сердца?

6. Какова техника определения границ относительной сердечной тупости?

7. Что такое поперечник сердца?

8. Для чего измеряют поперечник сердца?

9. Что такое границы сосудистого пучка? Чем он образован?

10. Что такое конфигурация сердца?

11. Какие конфигурации сердца бывают?

12. Каковы причины изменения конфигурации сердца?

13. Какова техника определения границ абсолютной сердечной тупости?

14. Какие причины приводят к смещению правой границы относительной тупости сердца?

15. Какие причины приводят к смещению левой границы относительной тупости сердца?

16. Какие причины приводят к смещению верхней границы относительной тупости сердца?

17. Какие причины приводят к смещению правой границы абсолютной тупости сердца?

18. Какие причины приводят к смещению левой границы абсолютной тупости сердца?

**6.2.Тестовые задания:** (Один правильный ответ)

**Вариант 1**

001. АБСОЛЮТНАЯ СЕРДЕЧНАЯ ТУПОСТЬ ОБРАЗОВАНА

1) левым предсердием

2) левым желудочком

3) правым желудочком

4) правым предсердием

5) левым предсердием и правым желудочком.

002. ВЕРХНЯЯ ГРАНИЦА ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ТУПОСТИ СЕРДЦА РАСПОЛОЖЕНА

1) на уровне ΙΙ ребра

2) на уровне ΙΙ межреберья

3) на уровне ΙΙΙ ребра

4) на уровне ΙΙΙ межреберья

5) на уровне ΙΥ ребра.

003. ВЕРХНЯЯ ГРАНИЦА ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ТУПОСТИ СЕРДЦА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

1) по передней срединной линии

2) по левой стернальной линии

3) на 1 см кнаружи от левой стернальной линии

4) по левой парастернальной линии

5) по левой срединно-ключичной линии.

004. «ТРЕУГОЛЬНАЯ» ФОРМА КОНФИГУРАЦИИ СЕРДЦА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

1) митрального стеноза

2) недостаточности трехстворчатого клапана

3) легочного сердца

4) экссудативного перикардита

5) сухого перикардита (например, при уремии).

005. ЛЕВАЯ ГРАНИЦА ОТНОСИТЕЛЬНОЙ И АБСОЛЮТНОЙ ТУПОСТИ СЕРДЦА МОГУТ

СОВПАДАТЬ ПРИ

1) аортальном стенозе

2) аортальной недостаточности

3) митральном стенозе

4) митральной недостаточности

5) остром инфаркте миокарда.

006. ПРИ АОРТАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ «ТАЛИЯ СЕРДЦА»

1) становится более выражена

2) менее выражена

3) не изменена

4) сглажена

5) отсутствует

007. В НОРМЕ ШИРИНА СОСУДИСТОГО ПУЧКА РАВНА

1) 3-4 см

2) 5-6 см

3) 6-8 см

4) 1-2 см

5) 8-10 см

008. ПРАВАЯ ГРАНИЦА АБСОЛЮТНОЙ СЕРДЕЧНОЙ ТУПОСТИ В НОРМЕ НАХОДИТСЯ

1) левый край грудины в III м/р

2) среднеключичная линия в V м/р

3) IV ребро справа от грудины

4) левый край грудины в IV м/р

5) 1 см кнутри от левой границы относительной сердечной тупости в V м/реберье.

009. ШИРИНА СОСУДИСТОГО ПУЧКА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

1) во II м/р

2) в III м/р

3) в IV м/р

4) в V м/р

5) в IV м/р.

010. ЛЕВАЯ ГРАНИЦА ОТНОСИТЕЛЬНОЙ СЕРДЕЧНОЙ ТУПОСТИ ПРИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КЛАПАНОВ АОРТЫ СМЕЩАЕТСЯ

1) вверх и влево

2) влево и вниз

3) вниз и вверх

4) вправо и вверх

5) не изменяются

**Вариант 2**

001. ПОПЕРЕЧНИК СЕРДЦА В НОРМЕ РАВЕН

1) 4 + 8 = 12 см

2) 5 + 8 = 13 см

3) 6 + 9 = 15 см

4) 3 + 12 = 15 см

5) 8 + 4 = 12 см.

002. ПРАВЫЙ КОНТУР СЕРДЦА ОБРАЗОВАН

1) правым желудочком, правым предсердием

2) правым желудочком, правым предсердием, дугой аорты, полыми венами

3) дугой аорты, правым желудочком

4) верхней полой веной

5) дугой аорты, правым желудочком, верхней полой веной.

003. ВЕРХНЯЯ ГРАНИЦА ОТНОСИТЕЛЬНОЙ СЕРДЕЧНОЙ ТУПОСТИ УВЕЛИЧИВАЕТСЯ ЗА СЧЕТ

1) гипертрофии правого желудочка

2) гипертрофии левого желудочка

3) гипертрофии правого предсердия

4) гипертрофии левого предсердия

5) сосудистого пучка

004. «СЕРДЕЧНАЯ ТАЛИЯ» - ЭТО

1) место перехода предсердий в желудочки

2) место выхода из сердца крупных сосудов

3) угол между левым предсердием и левым желудочком

4) угол между правым желудочком и правым предсердием

5) угол между сосудистым пучком и левым желудочком

005. ПРИ МИТРАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ «ТАЛИЯ СЕРДЦА»

1) становится более выражена

2) менее выражена

3) не изменена

4) подчеркнута

5) резко подчеркнута.

006. ЛЕВАЯ ГРАНИЦА ОТНОСИТЕЛЬНОЙ СЕРДЕЧНОЙ ТУПОСТИ ОБРАЗОВАНА

1) дугой аорты

2) левым предсердием

3) левым желудочком

4) правым предсердием

5) правым желудочком.

007. ПРАВАЯ ГРАНИЦА ОТНОСИТЕЛЬНОЙ СЕРДЕЧНОЙ ТУПОСТИ В НОРМЕ НАХОДИТСЯ

1) 3 см кнаружи от правого края грудины в 4 м/р

2) левый край грудины в 4 м/р

3) 1 см кнаружи от правого края грудины в 4 м/р

4) 1 см кнаружи от правого края грудины в 5 м/р

5) 2 см кнаружи от правого края грудины в 4 м/р

008. ИЗМЕНЕНИЯ, ВЫЯВЛЯЕМЫЕ ПРИ ПЕРКУССИИ СЕРДЦА, НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ МИТРАЛЬНОЙ КОНФИГУРАЦИИ СЕРДЦА

1) «треугольная» форма сердца

2) смещение вправо правой границы

3) смещение влево левой границы с подчеркнутой «талией» сердца

4) смещение вверх верхней границы и сглаживание «талии» сердца

5) смещение левой границы влево и правой – вправо

09. АБСОЛЮТНАЯ СЕРДЕЧНАЯ ТУПОСТЬ ОБРАЗОВАНА

1) левым предсердием

2) левым желудочком

3) правым желудочком

4) правым предсердием

5) левым предсердием и правым желудочком.

010. В НОРМЕ ШИРИНА СОСУДИСТОГО ПУЧКА РАВНА

1) 3-4 см

2) 5-6 см

3) 6-8 см

4) 1-2 см

**Вариант 3**

001. ВЕРХНЯЯ ГРАНИЦА ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ТУПОСТИ СЕРДЦА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

1) по передней срединной линии

2) по левой стернальной линии

3) на 1 см кнаружи от левой стернальной линии

4) по левой парастернальной линии

5) по левой срединно-ключичной линии

002. В НОРМЕ ШИРИНА СОСУДИСТОГО ПУЧКА РАВНА

1) 3-4 см

2) 5-6 см

3) 6-8 см

4) 1-2 см

003. ЛЕВАЯ ГРАНИЦА ОТНОСИТЕЛЬНОЙ СЕРДЕЧНОЙ ТУПОСТИ ОБРАЗОВАНА

1) дугой аорты

2) левым предсердием

3) левым желудочком

4) правым предсердием

5) правым желудочком

004. ВЕРХНЯЯ ГРАНИЦА ОТНОСИТЕЛЬНОЙ СЕРДЕЧНОЙ ТУПОСТИ УВЕЛИЧИВАЕТСЯ ЗА СЧЕТ

1) гипертрофии правого желудочка

2) гипертрофии левого желудочка

3) гипертрофии правого предсердия

4) гипертрофии левого предсердия

5) сосудистого пучка

005. АБСОЛЮТНАЯ СЕРДЕЧНАЯ ТУПОСТЬ ОБРАЗОВАНА

1) левым предсердием

2) левым желудочком

3) правым желудочком

4) правым предсердием

5) левым предсердием и правым желудочком

006. ПРИ МИТРАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ «ТАЛИЯ СЕРДЦА»

1) становится более выражена

2) менее выражена

3) не изменена

4) подчеркнута

5) резко подчеркнута

007. В НОРМЕ ШИРИНА СОСУДИСТОГО ПУЧКА РАВНА

1) 3-4 см

2) 5-6 см

3) 6-8 см

4) 1-2 см

5) 8-10 см

008. ПРАВЫЙ КОНТУР СЕРДЦА ОБРАЗОВАН

1) правым желудочком, правым предсердием

2) правым желудочком, правым предсердием, дугой аорты, полыми венами

3) дугой аорты, правым желудочком

4) верхней полой веной

5) дугой аорты, правым желудочком, верхней полой веной.

009. ВЕРХНЯЯ ГРАНИЦА ОТНОСИТЕЛЬНОЙ СЕРДЕЧНОЙ ТУПОСТИ УВЕЛИЧИВАЕТСЯ ЗА СЧЕТ

1) гипертрофии правого желудочка

2) гипертрофии левого желудочка

3) гипертрофии правого предсердия

4) гипертрофии левого предсердия

5) сосудистого пучка

010. ПРИ МИТРАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ «ТАЛИЯ СЕРДЦА»

1) становится более выражена

2) менее выражена

3) не изменена

4) подчеркнута

5) резко подчеркнута

**Вариант 4**

001. ЛЕВАЯ ГРАНИЦА ОТНОСИТЕЛЬНОЙ И АБСОЛЮТНОЙ ТУПОСТИ СЕРДЦА МОГУТ СОВПАДАТЬ ПРИ

1) аортальном стенозе

2) аортальной недостаточности

3) митральном стенозе

4) митральной недостаточности

5) остром инфаркте миокарда

002. АБСОЛЮТНАЯ СЕРДЕЧНАЯ ТУПОСТЬ ОБРАЗОВАНА

1) левым предсердием

2) левым желудочком

3) правым желудочком

4) правым предсердием

5) левым предсердием и правым желудочком.

003. ВЕРХНЯЯ ГРАНИЦА ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ТУПОСТИ СЕРДЦА РАСПОЛОЖЕНА

1) на уровне ΙΙ ребра

2) на уровне ΙΙ межреберья

3) на уровне ΙΙΙ ребра

4) на уровне ΙΙΙ межреберья

5) на уровне ΙΥ ребра.

004. ВЕРХНЯЯ ГРАНИЦА ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ТУПОСТИ СЕРДЦА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

1) по передней срединной линии

2) по левой стернальной линии

3) на 1 см кнаружи от левой стернальной линии

4) по левой парастернальной линии

5) по левой срединно-ключичной линии.

005. «ТРЕУГОЛЬНАЯ» ФОРМА КОНФИГУРАЦИИ СЕРДЦА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

1) митрального стеноза

2) недостаточности трехстворчатого клапана

3) легочного сердца

4) экссудативного перикардита

5) сухого перикардита (например, при уремии).

006. ЛЕВАЯ ГРАНИЦА ОТНОСИТЕЛЬНОЙ И АБСОЛЮТНОЙ ТУПОСТИ СЕРДЦА МОГУТ СОВПАДАТЬ ПРИ

1) аортальном стенозе

2) аортальной недостаточности

3) митральном стенозе

4) митральной недостаточности

5) остром инфаркте миокарда.

007. ШИРИНА СОСУДИСТОГО ПУЧКА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

1) во II м/р

2) в III м/р

3) в IV м/р

4) в V м/р

5) в IV м/р.

008. ЛЕВАЯ ГРАНИЦА ОТНОСИТЕЛЬНОЙ СЕРДЕЧНОЙ ТУПОСТИ ОБРАЗОВАНА

1) дугой аорты

2) левым предсердием

3) левым желудочком

4) правым предсердием

5) правым желудочком.

009. «СЕРДЕЧНАЯ ТАЛИЯ» - ЭТО

1) место перехода предсердий в желудочки

2) место выхода из сердца крупных сосудов

3) угол между левым предсердием и левым желудочком

4) угол между правым желудочком и правым предсердием

5) угол между сосудистым пучком и левым желудочком

010. ПРАВАЯ ГРАНИЦА АБСОЛЮТНОЙ СЕРДЕЧНОЙ ТУПОСТИ В НОРМЕ НАХОДИТСЯ

1) левый край грудины в III м/р

2) среднеключичная линия в V м/р

3) IV ребро справа от грудины

4) левый край грудины в IV м/р

5) 1 см кнутри от левой границы относительной сердечной тупости в V м/реберье

##### **6.3.Ситуационные задачи**

**Задача №1.**

При обследовании больного установлено:

Границы относительной тупости сердца:

Правая - на I см вправо от края грудины,

Левая - по передней аксиллярной линии,

Верхняя - верхний край 111 ребра.

Границы абсолютной тупости сердца:

Правая - левый край грудины,

Левая - на 2 см кнутри от передней ак­силлярной линии,

Верхняя - IV ребро.

Вопросы:

1. Признаки какого синдрома имеются?
2. Увеличен ли поперечник сердца?
3. Увеличены ли границы АТС?
4. Изменятся ли размеры верхушечного толчка?
5. Какой будет конфигурация сердца?

**Задача № 2.**

Границы относительной тупости сердца:

Правая - на 3,5 см кнаружи от правого края грудины

Левая - на I см кнутри от левой срединно-ключичной линии,

Верхняя - верхний край II ребра.

Границы абсолютной тупости сердца:

Правая - на I см кнаружи от правого края грудины,

Левая - На I см кнутри от левой срединно-ключичной линии,

Верхняя - верхний край III ребра.

Вопросы:

1. Признаки какого синдрома имеются у больного?
2. Увеличен ли поперечник сердца?
3. Увеличены ли границы АТС?
4. Изменятся ли границы верхушечного толчка?
5. Какой будет конфигурация сердца?

**Задача №3.**

Границы относительной тупости сердца:

Правая - на 3 см вправо от края грудины,

Левая - на I см кнутри от левой срединно-ключичной линии,

Верхняя - верхний край III ребра.

Границы абсолютной тупости сердца:

Правая - правый край грудины,

Левая - на 1,5 см кнутри от левой срединно-ключичной линии,

Верхняя - IV ребро.

Вопросы:

1. Признаки какого синдрома имеются у больного?
2. Увеличен ли поперечник сердца?
3. Увеличены ли границы АТС?
4. Увеличены ли границы ОТС?
5. Ожидается ли обнаружение верхушечного толчка?

**Задача №4.**

Границы относительной тупости сердца:

Правая - на I см вправо от края грудины,

Левая - на 2 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии,

Верхняя - II ребро.

Границы абсолютной тупости сердца:

Правая - левый край грудины,

Левая - по левой срединно-ключичной линии,

Верхняя - IV ребро.

Вопросы:

1. Признаки какого синдрома имеются у больного?
2. Увеличен ли поперечник сердца?
3. Увеличены ли границы ОТС?
4. Увеличены ли границы АТС?
5. Ожидается ли обнаружение сердечного толчка?

**Задача № 5.**

Границы относительной тупости сердца:

Правая - на 5 см вправо от края грудины,

Левая - на 2,5 см кнаружи от левой средин­но-ключичной линии,

Верхняя - II ребро.

Границы абсолютной тупости сердца:

Правая— правый край грудины,

Левая - на I см кнаружи от левой срединно-ключичной линии.

Верхняя - III ребро.

Вопросы:

1. Признаки какого синдрома имеются у больного?

2. Увеличен ли поперечник сердца?

3. Увеличены ли границы АТС?

4. Ожидается ли обнаружение сердечного толчка?

5. Какой будет конфигурация сердца?

**Задача №6.**

Границы относительной тупости сердца:

Правая- на 2 см от края грудины

Левая- на 1,5 см кнутри от среднеключичной линии

Верхняя II ребро

Границы абсолютной тупости сердца:

Правая – по правому краю грудины

Левая – на 0,5 см к нутри левой границы относительной сердечной тупости

Верхняя – III ребро

Вопросы:

1. Признаки какого синдрома имеются у больного?
2. Как называется данная конфигурация сердца?
3. Будет ли увеличен поперечник сердца?
4. Ожидается ли сердечный толчок?
5. Как оценить границы АТС?

**Задача №7.**

Границы относительной сердечной тупости:

Правая- 1 см вправо от края грудины

Левая- на 3 см кнаружи от левой среднеключичной линии

Верхняя- III ребро

Границы абсолютной тупости сердца

Правая – Левый край грудины

Левая – на 1 см кнутри от границы относительной тупости сердца

Верхняя - III межреберье

Вопросы:

1. Признаки какого синдрома имеются у больного?
2. Как называется данная конфигурация сердца?
3. Каким будет поперечник сердца?
4. Каким будет верхушечный толчок?
5. Как оценить границы АТС?

**Задача № 8.**

Границы относительной тупости сердца:

Правая – 1 см кнаружи от края грудины

Левая – по среднеключичной линии

Верхняя – III ребро

Границы абсолютной тупости сердца

Правая – левый край грудины

Левый – совпадает с границей относительной тупости сердца

Верхняя – IV ребро

Вопросы:

1. Признаки какого синдрома имеются у больного?
2. Как называется данная конфигурация сердца?
3. Каким будет поперечник сердца?
4. Каким будет верхушечный толчок?
5. Будет ли сердечный толчок?

**Задача № 9.**

Границы относительной сердечной тупости:

Правая – у правого края грудины

Левая - на 1,5 см кнаружи от среднеключичной линии

Верхняя III ребро

Ширина сосудистого пучка – 8 см

Вопросы:

1. Какие отклонения от нормы у данного пациента?
2. Ожидаемые изменения верхушечного толчка?
3. Как оценить поперечник сердца?
4. Как можно назвать данную конфигурацию?
5. Будет ли сердечный толчок?

**Задача № 10.**

Границы относительной сердечной тупости:

Правая – на 1 см кнаружи от правого края грудины

Левая - на 3 см кнутри от среднеключичной линии

Верхняя IV ребро

Ширина сосудистого пучка – 3 см

Вопросы:

1. Как оценить перкуторные параметры у данного больного?
2. Как оценить размеры поперечника сердца?
3. Какой будет конфигурация сердца?
4. Будет ли сердечный толчок?
5. Ожидать ли усиление верхушечного толчка?

**7. Рекомендации по выполнению УИРС** - не предусмотрена

**8. Рекомендованная литература по теме занятия**:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование, вид издания | Автор(-ы), составитель(-и), редактор(-ы) | Место издания, издательство, год |
| **Основная литература** | | | |
| 1. | [Пропедевтика внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=31615) : учеб.для мед. вузов | Н. А. Мухин, В. С. Моисеев | М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. |
| **Дополнительная литература** | | | |
| 1. | [Дополнительные методы обследования больного в терапевтической практике](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=1888) : учеб.пособие для студентов мед. вузов. Ч.2. | Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, Е. О. Карпухина [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2011. |
| 2. | [Дополнительные методы обследования больного в терапевтической практике](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=1889) : учеб.пособие для студентов мед. вузов. Ч.1. | Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, Е. О. Карпухина [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2011. |
| 3. | [Практикум по пропедевтике внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=21500) : учеб.пособие | ред. Ж. Д. Кобалава, В. С. Моисеев | М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. |
| 4. | [Пропедевтика внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=24744) : учеб.пособие к внеаудиторной работе для студентов 3 курса по спец. 060101- Лечебное дело, 060103- Педиатрия | сост. Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, А. Г. Иванов [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2009. |
| 5. | [Пропедевтика внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=30979) : учеб.пособие к аудиторной работе для студентов 3 курса по спец. 060101-Лечебное дело, 060103- Педиатрия. Ч.1.. - Режим доступа: polikarpov\_\_propedevtika\_stud\_3\_lech\_ped\_audit\_1\_1297665056.pdf | сост. Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, А. Г. Иванов [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2009. |
| 6. | [Пропедевтика внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=32404) : учеб.пособие к аудиторной работе для студентов 3 курса по спец. 060101-Лечебное дело, 060103- Педиатрия. Ч.2. | сост. Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, А. Г. Иванов [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2009. |

**1. Занятие №10**

**Тема: «Аускультация сердца. Правила и техника аускультации. Места проекции и выслушивания клапанов сердца».**

**2. Форма организации занятия:** клиническое практическое занятие

**3.** **Значение изучения темы**: из всех основных физических методов исследования наибольшее значение для диагностики болезней сердца имеет аускультация. На основании полученных данных можно дать полную аускультативную оценку деятельности сердца, диагностировать пороки сердца, выявить аритмию и др.

**4. Цели обучения:**

- о**бщая цель:** (обучающийся должен обладать **общекультурными и профессиональными компетенциями**:

* способностью и готовностью анализировать социально-значимые проблемы и процессы, использовать на практике методы гуманитарных, естественнонаучных, медико-биологических и клинических наук в различных видах профессиональной и социальной деятельности (ОК-1);
* способностью и готовностью к логическому анализу, публичной речи, редактированию текстов профессионального содержания, осуществлению общевоспитательной деятельности, к сотрудничеству и разрешению конфликтов, к толерантности (ОК-5);
* способностью и готовностью осуществлять свою деятельность с учетом принятых в обществе моральных и правовых норм, соблюдением правил врачебной этики, законов и нормативных правовых актов по работе с конфиденциальной информацией, сохранять врачебную тайну (ОК-8).
* способностью и готовностью реализовать этические и деонтологические аспекты врачебной деятельности в общении с коллегами, средним и младшим медицинским персоналом, взрослым населением и подростками, их родителями и родственниками (ПК-1);
* способностью и готовностью к формированию системного подхода к анализу медицинской информации, опираясь на всеобъемлющие принципы доказательной медицины, основанной на поиске решений с использованием теоретических знаний и практических умений в целях совершенствования профессиональной деятельности (ПК-3);
* способностью и готовностью проводить и интерпретировать опрос, физикальный осмотр, клиническое обследование, написать медицинскую карту амбулаторного и стационарного больного (ПК-5);
* способностью и готовностью к работе с медико-технической аппаратурой, используемой в работе с пациентами, владеть компьютерной техникой, получать информацию из различных источников, работать с информацией в глобальных компьютерных сетях; применять возможности современных информационных технологий для решения профессиональных задач (ПК-9);
* способностью и готовностью к постановке диагноза на основании результатов биохимических исследований биологических жидкостей и с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом (ПК-15);
* способностью и готовностью анализировать закономерности функционирования системы органов дыхания, использовать знания анатомо-физиологических основ, взрослого человека и подростка для своевременной диагностики заболеваний и патологических процессов дыхательной системы (ПК-16);
* способностью и готовностью выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы заболеваний органов дыхания, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом, анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах, выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний (ПК-17).
* способностью и готовностью анализировать и интерпретировать результаты современных диагностических технологий по возрастно-половым группам пациентов с учетом их физиологических особенностей организма человека для успешной лечебно-профилактической деятельности, провести диагностику физиологической беременности, участвовать в проведении судебно-медицинской экспертизы (ПК-18);
* способностью и готовностью использовать нормативную документацию, принятую в здравоохранении (законы Российской Федерации, технические регламенты, международные и национальные стандарты, приказы, рекомендации, терминологию, международные системы единиц (СИ), действующие международные классификации), а также документацию для оценки качества и эффективности работы медицинских организаций (ПК-27);
* способностью и готовностью изучать научно-медицинскую информацию, отечественный и зарубежный опыт по тематике исследования (ПК-31);

- учебная:

**Студент должен знать:**

* ведение типовой учетно-отчетной медицинской документации в медицинских организациях;
* заболевания, связанные с неблагоприятными воздействиями климатических и социальных факторов;
* основы профилактической помощи, организацию профилактических мероприятий, направленных на укрепление здоровья населения;
* этиологию, патогенез и меры профилактики наиболее часто встречающихся заболеваний;
* клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения наиболее распространенных заболеваний, протекающих в типичной форме;
* методы диагностики, диагностические возможности методов непосредственного исследования больного терапевтического профиля, современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных.

**Студент должен уметь:**

* определить статус пациента: собрать анамнез, провести опрос пациента и/или его родственников, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация, измерение АД, определение артериального пульса);
* оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи;
* провести первичное обследование сердечно-сосудистой системы ;
* оценить социальные факторы, влияющие на состояние физического и психологического здоровья пациента; культурные, этические, религиозные, семейные факторы риска;
* поставить предварительный диагноз – синтезировать информацию о пациенте с целью определения патологии и причин, ее вызывающих;
* наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни
* разработать план терапевтических действий;
* оказывать первую помощь при неотложных состояниях;
* заполнять историю болезни.

**Студент должен владеть:**

* правильным ведением медицинской документации;
* методами общеклинического обследования;
* алгоритмом постановки предварительного диагноза;
* основными врачебными диагностическими и лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях

**5. План изучения темы:**

**5.1. Контроль исходного уровня знаний.**

**5.2. Основные понятия и положения темы (наглядные формы, таблицы, схемы, алгоритмы)**

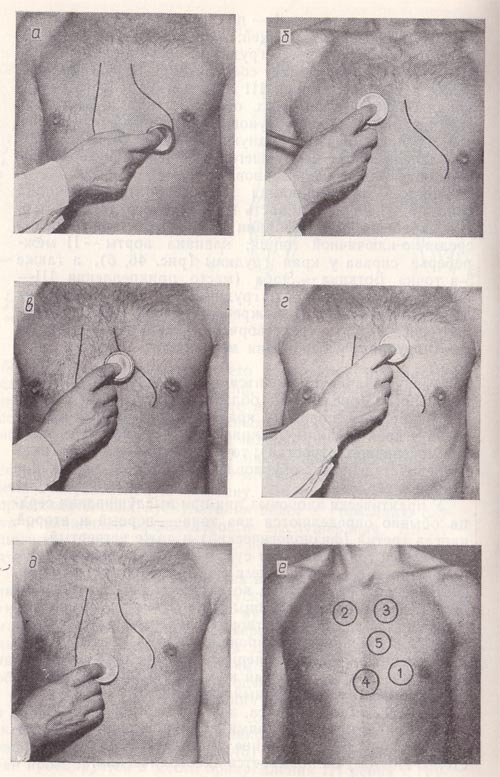


**Рис. Проекция клапанов сердца на грудную клетку:**

А – аортальный Л – легочной артерии (пульмональный)

Д – двухстворчатый (митральный)

Т – трехстворчатый (трикуспидальный)



**Рис. Точки аускультации клапанов сердца:**

**1. -** двухстворчатый (митральный) в области верхушки сердца

2. – аортальный - во 2-м межреберье слева от грудины

3. - легочной артерии (пульмональный) - во 2-м межреберье справа от грудины

4. - трехстворчатый (трикуспидальный) - нижняя треть грудины (у основания мечевидного отростка)

5. - точка Боткина — Эрба

###### **5.3. Самостоятельная работа:**

- курация больных кардиологического отделения;

- заполнение историй болезни;

- разбор курируемых больных

**5.4. Итоговый контроль знаний:**

- ответы на вопросы по теме занятия;

- решение ситуационных задач, тестовых заданий по теме.

**6. Домашнее задание для усвоения темы занятия**

**6.1.Контрольные вопросы для уяснения темы занятия**

1. В чем отличие аускультации сердца от общих правил аускультации?

2. Где находятся места проекции клапанов сердца?

3. Где выслушиваются клапаны сердца?

4. Каков порядок аускультации клапанов сердца?

5. Сколько компонентов 1 тона?

6. Сколько компонентов 2 тона?

7. Что включает понятие «физическая и физиологическая характеристика 1 тона»?

8. Что включает понятие «физическая и физиологическая характеристика 2 тона»?

9. Какие существуют экстракардиальные и интракардиальные причины усиления тонов, ослабления их?

10. Какие существуют причины появления акцента 2 тона на аорте, легочной артерии?

11.Какова продолжительность тонов сердца?

12.Какие причины усиления только 1 тона, причины ослабления его?

13. Каковы механизмы и причины физиологического и патологического расщепления и раздвоения 1 тона, 2 тона?

14. Какой механизм возникновения и причины появления пресистолического, систолического, протодиастолического и суммационного галопа?

15. Когда бывает ритм перепела и механизм его возникновения?

16. Какие условия возникновения шумов сердца?

17. В чем отличия внутри - и внесердечных шумов?

19. В чем различия органические сердечные шумы от функциональных?

20. В чем различия систолических сердечных шумов от диастолических?

21. В чем отличия сердечных шумов от сосудистых?

**6.2.Тестовые задания** (Один правильный ответ)

**Вариант 1**

001. НАЗОВИТЕ КОМПОНЕНТЫ I ТОНА

1) мышечный, клапанный, сосудистый

2) мышечный, клапанный, сосудистый, предсердный

3) мышечный, клапанный, аортальный, предсердный

4) мышечный, клапанный

5) клапанный, сосудистый.

002. КЛАПАН ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ПРОСЛУШИВАЕТСЯ

1) на мечевидном отростке

2) во ΙΙ межреберье справа от грудины

3) во ΙΙ межреберье слева от грудины

4) на верхушке сердца

5) в точке Боткина-Эрба.

003. ПРИ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЕ Ι СТ. ПРОИСХОДИТ

1) усиление Ι тона

2) ослабление Ι тона

3) раздвоение I тона

4) расшепление I тона

5) I тон не изменяется.

004. АОТРА ВЫСЛУШИВАЕТСЯ

1) мечевидный отросток, несколько левее

2) II м/р справа у грудины

3) II м/р слева у грудины

4) верхушка сердца

5) мечевидный отросток, несколько правее

005. АУСКУЛЬТАТИВНАЯ КАРТИНА I ТОНА СЕРДЦА ПРИ СТЕНОЗЕ УСТЬЯ АОРТЫ

1) I тон усилен на верхушке

2) I тон ослаблен на верхушке

3) I тон не изменен

4) раздвоен

5) расщеплен.

006. II ТОН ПРИ СТЕНОЗЕ УСТЬЯ АОРТЫ

1) ослаблен на аорте

2) усилен на аорте

3) расщеплен на аорте

4) усилен на верхушке

5) ослаблен на верхушке

007. ПРИ ПОВЫШЕНИИ ДАВЛЕНИЯ В ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ В СОЧЕТАНИИ С ГИПЕРТРОФИЕЙ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРОИСХОДИТ

1) ослабление ΙΙ тона на легочной артерии

2) только акцент ΙΙ тона на легочной артерии

3) только расщепление ΙΙ тона на легочной артерии

4) акцент и расщепление ΙΙ тона на легочной артерии

5) усиление I тона.

008. I ТОН УСИЛЕН ПРИ

1) митральном стенозе

2) стенозе устья аорты

3) недостаточности клапанов аорты

4) недостаточности митрального клапана

5) миокардите.

009. ПОРЯДОК АУСКУЛЬТАЦИИ СЕРДЦА

1) верхушка сердца, 2 м/р справа у грудины, 2 м/р слева у грудины, мечевидный отросток, точка Боткина-Эрба

2) верхушка сердца, мечевидный отросток, 2 м/р слева у грудины, 2 м/р справа у грудины, точка Боткина-Эрба

3) мечевидный отросток, верхушка сердца, точка Боткина-Эрба, 2 м/р справа у грудины, 2 м/р слева у грудины

4) 2 м/р справа у грудины, 2 м/р слева у грудины, верхушка сердца, мечевидный отросток, точка Боткина-Эрба

5) верхушка сердца, 2 м/р слева у грудины, 2 м/р справа у грудины, мечевидный отросток, точка Боткина-Эрба

010. АКЦЕНТ II ТОНА НА ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ БЫВАЕТ ПРИ

1) повышении давления в большом круге кровообращения

2) гипертонии малого круга кровообращения

3) гипертрофии левого желудочка

4) дилатации левого желудочка

5) гипотрофии левого желудочка

**Вариант 2**

001. МЕСТО ПРОЕКЦИИ НА ПЕРЕДНЮЮ ГРУДНУЮ СТЕНКУ КЛАПАНА АОРТЫ

1) уровень левого II реберного хряща

2) на уровне 3 м / р промежутка

3) уровень правого 2 реберного хряща

4) верхушка сердца

5) мечевидный отросток

002. ДЛЯ МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ

1) систолический шум на верхушке сердца

2) ослабленный 1 тон на верхушке

3) протодиастолический шум во 2-м межреберье справа

4) пресистолический шум на верхушке

5) ослабленный 2-й тон во 2-м межреберье справа.

003. ШУМ ТРЕНИЯ ПЕРИКАРДА ВЫСЛУШИВАЕТСЯ ПРИ

1) стенокардии

2) сердечной недостаточности

3) миокардите

4) перикардите

5) гипертонической болезни.

004. АУСКУЛЬТАТИВНАЯ КАРТИНА МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

1) I тон усилен на верхушке сердца

2) I тон ослаблен на верхушке сердца

3) «щелчок открытия» митрального клапана

4) диастолический шум на верхушке

5) диастолический шум на аорте

005. СИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ ПРИ СТЕНОЗЕ УСТЬЯ АОРТЫ ПРОВОДИТСЯ

1) на легочную артерию

2) в точку Боткина-Эрба

3) на мечевидный отросток

4) в подмышечную впадину

5) на сосуды шеи.

006. ОТЛИЧИЯ СИСТОЛИЧЕСКОГО ШУМА ИЗГНАНИЯ ОТ СИСТОЛИЧЕСКОГО ШУМА РЕГУРГИТАЦИИ

1) сливается с I тоном

2) возникает в последнюю треть систолы

3) сопровождается III тоном

4) возникает через небольшой интервал после I тона

5) ничем не отличается

007. ПРИ СТЕНОЗЕ УСТЬЯ АОРТЫ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ

1) систолический шум в подмышечной области

2) диастолический шум на верхушке

3) диастолический шум на аорте

4) систолический шум на аорте

5) систолический шум на верхушке

008. ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ВЫРАЖЕННОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ХАРАКТЕРЕН

1) ритм «перепела»

2) протодиастолический ритм галопа

3) пресистолический ритм галопа

4) систолический ритм галопа

5) дополнительный перикард-тон

009. I ТОН СЕРДЦА ПРИ АОРТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

1) усилен на верхушке сердца

2) ослаблен на верхушке сердца

3) не изменен

4) усилен на аорте

5) ослаблен на аорте.

010. ПРОТОДИАСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ ПРИ МИТРАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ ВОЗНИКАЕТ ВСЛЕДСТВИЕ

1) активной систолы предсердий

2) появления мерцательной аритмии

3) увеличения градиента давления «левое предсердие-левый желудочек»

4) митральной регургитации

5) растяжения левого предсердия.

**Вариант 3**

001. МЕСТО ПРОЕКЦИИ НА ПЕРЕДНЮЮ ГРУДНУЮ СТЕНКУ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

1) уровень левого II реберного хряща

2) на уровне 3 м / р промежутка

3) уровень правого 2 реберного хряща

4) верхушка сердца

5) мечевидный отросток

002. ПРИ СТЕНОЗЕ УСТЬЯ АОРТЫ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ

1) систолический шум в области верхушки сердца, иррадиирующий в подмышечную область

2) диастолический шум на верхушке сердца, иррадиирующий на основание мечевидного отростка

3) систолический шум во втором межреберье справа от грудины, иррадиирующий на сонные артерии

4) диастолический шум во втором межреберье справа от грудины, иррадиирующий на сонные артерии

5) диастолический шум, иррадиирующий в т. Боткина-Эрба.

003. ДЛЯ МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

1) систолический шум на верхушке сердца, усиливающийся на выдохе

2) акцент и раздвоение II тона над аортой

3) систолический шум на верхушке сердца, усиливающийся на вдохе

4) дополнительный высокочастотный тон в диастоле, отстоящий от II тона на 0,07-0,12 секунд

5) систолический шум на аорте

004. ИЗМЕНЕНИЯ II ТОНА ПРИ АОРТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

1) II тон ослаблен на аорте

2) II тон усилен на легочной артерии

3) акцент II тона на аорте

4) II тон усилен на верхушке

5) II тон ослаблен на верхушке.

005. ПРИ СТЕНОЗЕ УСТЬЯ АОРТЫ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ

1) систолический шум в подмышечной области

2) диастолический шум на верхушке

3) диастолический шум на аорте

4) систолический шум на аорте

5) систолический шум на верхушке

006. ФАКТОРЫ, КОТОРЫЕ ИМЕЮТ ЗНАЧЕНИЕ В ОБРАЗОВАНИИ 3 ТОНА

1) колебания стенок желудочков в момент их быстрого наполнения;

2) колебания стенок желудочков в момент их быстрого наполнения; положение створок ав- клапанов перед началом изометрического сокращения; колебания полулунных клапанов аорты и легочной артерии при их закрытии; быстрое изометрическое сокращение желудочков

3) колебания стенок желудочков в момент систолы предсердий;

4) колебания полулунных клапанов аорты и легочной артерии при их

закрытии

5) колебания стенок желудочков в момент систолы предсердий; колебания стенок желудочков в момент их быстрого наполнения.

007. АКЦЕНТ II ТОНА НА ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ БЫВАЕТ ПРИ

1) повышении давления в большом круге кровообращения

2) гипертонии малого круга кровообращения

3) гипертрофии левого желудочка

4) дилатации левого желудочка

5) гипотрофии левого желудочка

008. АОТРА ВЫСЛУШИВАЕТСЯ

1) мечевидный отросток, несколько левее

2) II м/р справа у грудины

3) II м/р слева у грудины

4) верхушка сердца

5) мечевидный отросток, несколько правее

009. АУСКУЛЬТАТИВНАЯ КАРТИНА МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

1) I тон усилен на верхушке сердца

2) I тон ослаблен на верхушке сердца

3) «щелчок открытия» митрального клапана

4) диастолический шум на верхушке

5) диастолический шум на аорте

010. ШУМ ТРЕНИЯ ПЕРИКАРДА ВЫСЛУШИВАЕТСЯ ПРИ

1) стенокардии

2) сердечной недостаточности

3) миокардите

4) перикардите

5) гипертонической болезни

**Вариант 4**

001. МЕСТО ПРОЕКЦИИ НА ПЕРЕДНЮЮ ГРУДНУЮ СТЕНКУ КЛАПАНА ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

1) уровень левого II реберного хряща

2) на уровне 3 м / реберного промежутка

3) уровень правого 2 реберного хряща

4) верхушка сердца

5) мечевидный отросток

002. ПОРЯДОК АУСКУЛЬТАЦИИ СЕРДЦА

1) верхушка сердца, 2 м/р справа у грудины, 2 м/р слева у грудины, мечевидный отросток, точка Боткина-Эрба

2) верхушка сердца, мечевидный отросток, 2 м/р слева у грудины, 2 м/р справа у грудины, точка Боткина-Эрба

3) мечевидный отросток, верхушка сердца, точка Боткина-Эрба, 2 м/р справа у грудины, 2 м/р слева у грудины

4) 2 м/р справа у грудины, 2 м/р слева у грудины, верхушка сердца, мечевидный отросток, точка Боткина-Эрба

5) верхушка сердца, 2 м/р слева у грудины, 2 м/р справа у грудины, мечевидный отросток, точка Боткина-Эрба

003. АКЦЕНТ II ТОНА НА ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ БЫВАЕТ ПРИ

1) повышении давления в большом круге кровообращения

2) гипертонии малого круга кровообращения

3) гипертрофии левого желудочка

4) дилатации левого желудочка

5) гипотрофии левого желудочка

004. ПРИ СТЕНОЗЕ УСТЬЯ АОРТЫ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ

1) систолический шум в подмышечной области

2) диастолический шум на верхушке

3) диастолический шум на аорте

4) систолический шум на аорте

5) систолический шум на верхушке

005. ПРИ АОРТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ

1) систолический шум у основания мечевидного отростка

2) диастолический шум на аорте

3) диастолический шум в подмышечной области

4) систолический шум на аорте

5) диастолический шум у основания мечевидного отростка

006. ФАКТОРЫ, КОТОРЫЕ ИМЕЮТ ЗНАЧЕНИЕ В ОБРАЗОВАНИИ 4 ТОНА

1) колебания стенок желудочков в момент их быстрого наполнения

2) колебания стенок желудочков в момент их быстрого наполнения; положение створок ав- клапанов перед началом изометрического сокращения; колебания полулунных клапанов аорты и легочной артерии при их закрытии; быстрое изометрическое сокращение желудочков

3) колебания стенок желудочков в момент систолы предсердий

4) колебания полулунных клапанов аорты и легочной артерии при их закрытии

5) колебания стенок желудочков в момент систолы предсердий; колебания стенок желудочков в момент их быстрого наполнения.

007. ИЗМЕНЕНИЯ II ТОНА ПРИ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

1) II тон усилен на аорте

2) II тон усилен на легочной артерии

3) II тон расщеплен на легочной артерии

4) II тон ослаблен на аорте

5) II тон усилен на мечевидном отростке

008. ДЛЯ АУСКУЛЬТАТИВНОЙ КАРТИНЫ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ХАРАКТЕРНО

1) систолический шум у основания сердца

2) хлопающий I тон

3) мезодиастолический шум

4) систолический шум на верхушке

5) систолический шум на аорте

009. II ТОН ПРИ СТЕНОЗЕ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

1) ослаблен на аорте

2) усилен на аорте

3) расщеплен на аорте

4) усилен на верхушке

5) ослаблен на верхушке

010. ОТЛИЧИЯ СИСТОЛИЧЕСКОГО ШУМА ИЗГНАНИЯ ОТ СИСТОЛИЧЕСКОГО ШУМА РЕГУРГИТАЦИИ

1) сливается с I тоном

2) возникает в последнюю треть систолы

3) сопровождается III тоном

4) возникает через небольшой интервал после I тона

5) ничем не отличается

##### **6.3.Ситуационные задачи**

**Задача №1.**

На верхушке сердца выслушивается систолический шум, который проводится в подмышечную впадину, к основанию мечевидного отростка, в точку Боткина, в область проекции митрального клапана. Максимум его выслушивания - верхушка сердца.

1. О какой причине шума следует думать?
2. Изменятся ли тоны сердца?
3. Какой будет звучность первого тона?
4. Какой будет звучность второго тона?
5. Какой ожидается звучность 2 тона над легочной артерией?

**Задача № 2.**

На верхушке сердца выслушивается систолический шум, сила которого нарастает ко 2-му межреберью справа. Шум хорошо проводится на сонные артерии, не проводится в подмышечную впадину.

1. О какой причине шума следует думать?
2. Изменятся ли тоны сердца?
3. Какой будет звучность первого тона?
4. Какой будет звучность второго тона?
5. Какой ожидается звучность 2 тона над аортой?

**Задача № 3.**

На верхушке сердца выслушивается усиленный 1 хлопающий тон и пресистолический шум.

1. Когда может быть подобная аускультативная симптоматика?

2. Каким может быть 2 тон?

3. Может ли в данной ситуации выслушиваться тон открытия митрального клапана?

4. Какой будет звучность 2 тона?

5. Может ли быть раздвоение 2 тона?

**Задача № 4.**

На верхушке сердца выслушивается ритм перепела и диастолический шум, на легочной артерии - акцент и расщепление 2 тона.

1. При каком пороке выслушиваются подобные изменения?
2. Каким может быть изменение 1-ого тона?
3. Может ли в данной ситуации выслушиваться тон открытия митрального клапана?
4. Что является причиной расщепления 2 тона?
5. Причины изменения звучности 1 тона?

**Задача №5.**

В точке Боткина, на основании мечевидного отростка и слева от грудины в области прикрепления 4-5 ребра выслушивается шум трения перикарда.

1. Какими будут тоны сердца?
2. Каким образом можно усилить аускультативную картину?
3. Способствует ли данная патология расщеплению 1 тона?
4. А второго?
5. Чем объясняется изменение звучности тонов?

**Задача №6.**

Врач выслушал у больного в точке Боткина-Эрба систолический шум, который одинаково хорошо выслушивается на верхушке и во 2 межреберье справа. Шум выслушивается на а. corotis и в левой подмышечной впадине.

1. О каком изменении сердца должен подумать врач?
2. Какой ожидается звучность 1 тона?
3. Какой ожидается звучность 2 тона?
4. Ожидается ли появление ритма перепела?
5. Возможно ли появление расщепления 2 тона?

**Задача №7.**

Во 2 межреберье справа выслушивается резко ослабленный 2 тон, диастолический шум, уменьшающийся по интенсивности к точке Боткина. На верхушке сердца выслушивается ослабленный 1 тон, непостоянный пресистолический шум.

1. Какова причина имеющейся аускультативной картины?
2. Как называется указанный пресистолический шум?
3. Можно ли ожидать в данной ситуации появление ритма перепела?
4. Возможно ли появление расщепления 1 тона?
5. Может ли указанный шум выслушиваться в подмышечной впадине?

**Задача №8.**

Во втором межреберье справа от грудины выслушивается диастолический шум убывающего характе­ра, начинающийся сразу после II тона и занимающий 2/3 диастолы. Шум проводится в точку Боткина и на вер­хушку.

1. При каком синдроме это может быть?
2. Ожидается ли изменение 1 тона?
3. Какое?
4. Звучность 2 тона?
5. Возможен ли в данной ситуации тон открытия митрального клапана?

**Задача №9.**

На верхушке выслушивается диастолический шум, начи­нающийся через небольшой интервал после II тона, убывающего ха­рактера, продолжающийся всю диастолу. Шум имеет пресистолическое усиление, никуда не проводится.

1. При каком синдроме это может быть?
2. Укажите звучность 1 тона?
3. Какой будет звучность 2 тона?
4. Будет ли в данной ситуации 3 тон?
5. Будет ли ритм перепела?

**Задача №10.**

На уровне нижней трети грудины выслушивается систолический шум убывающего характера, проводящийся вправо и вверх. Шум усиливается на вдохе.

1. При каком синдроме это может быть?
2. Какой будет звучность 1 тона?
3. Какой будет звучность 2 тона?
4. Будет ли расщепление 1 тона?
5. Будет ли расщепление 2 тона?

**7. Рекомендации по выполнению УИРС** - не предусмотрена

**8. Рекомендованная литература по теме занятия**:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование, вид издания | Автор(-ы), составитель(-и), редактор(-ы) | Место издания, издательство, год |
| **Основная литература** | | | |
| 1. | [Пропедевтика внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=31615) : учеб.для мед. вузов | Н. А. Мухин, В. С. Моисеев | М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. |
| **Дополнительная литература** | | | |
| 1. | [Дополнительные методы обследования больного в терапевтической практике](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=1888) : учеб.пособие для студентов мед. вузов. Ч.2. | Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, Е. О. Карпухина [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2011. |
| 2. | [Дополнительные методы обследования больного в терапевтической практике](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=1889) : учеб.пособие для студентов мед. вузов. Ч.1. | Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, Е. О. Карпухина [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2011. |
| 3. | [Практикум по пропедевтике внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=21500) : учеб.пособие | ред. Ж. Д. Кобалава, В. С. Моисеев | М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. |
| 4. | [Пропедевтика внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=24744) : учеб.пособие к внеаудиторной работе для студентов 3 курса по спец. 060101- Лечебное дело, 060103- Педиатрия | сост. Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, А. Г. Иванов [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2009. |
| 5. | [Пропедевтика внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=30979) : учеб.пособие к аудиторной работе для студентов 3 курса по спец. 060101-Лечебное дело, 060103- Педиатрия. Ч.1.. - Режим доступа: polikarpov\_\_propedevtika\_stud\_3\_lech\_ped\_audit\_1\_1297665056.pdf | сост. Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, А. Г. Иванов [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2009. |
| 6. | [Пропедевтика внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=32404) : учеб.пособие к аудиторной работе для студентов 3 курса по спец. 060101-Лечебное дело, 060103- Педиатрия. Ч.2. | сост. Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, А. Г. Иванов [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2009. |

**1. Занятие №11**

**Тема: «Аускультация сердца. Тоны сердца, шумы сердца».**

**2. Форма организации занятия:** клиническое практическое занятие

**3.** **Значение изучения темы**: из всех основных физических методов исследования наибольшее значение для диагностики болезней сердца имеет аускультация. На основании полученных данных можно дать полную аускультативную оценку деятельности сердца, диагностировать пороки сердца, выявить аритмию и др.

**4. Цели обучения:**

- о**бщая цель:** (обучающийся должен обладать **общекультурными и профессиональными компетенциями**:

* способностью и готовностью анализировать социально-значимые проблемы и процессы, использовать на практике методы гуманитарных, естественнонаучных, медико-биологических и клинических наук в различных видах профессиональной и социальной деятельности (ОК-1);
* способностью и готовностью к логическому анализу, публичной речи, редактированию текстов профессионального содержания, осуществлению общевоспитательной деятельности, к сотрудничеству и разрешению конфликтов, к толерантности (ОК-5);
* способностью и готовностью осуществлять свою деятельность с учетом принятых в обществе моральных и правовых норм, соблюдением правил врачебной этики, законов и нормативных правовых актов по работе с конфиденциальной информацией, сохранять врачебную тайну (ОК-8).
* способностью и готовностью реализовать этические и деонтологические аспекты врачебной деятельности в общении с коллегами, средним и младшим медицинским персоналом, взрослым населением и подростками, их родителями и родственниками (ПК-1);
* способностью и готовностью к формированию системного подхода к анализу медицинской информации, опираясь на всеобъемлющие принципы доказательной медицины, основанной на поиске решений с использованием теоретических знаний и практических умений в целях совершенствования профессиональной деятельности (ПК-3);
* способностью и готовностью проводить и интерпретировать опрос, физикальный осмотр, клиническое обследование, написать медицинскую карту амбулаторного и стационарного больного (ПК-5);
* способностью и готовностью к работе с медико-технической аппаратурой, используемой в работе с пациентами, владеть компьютерной техникой, получать информацию из различных источников, работать с информацией в глобальных компьютерных сетях; применять возможности современных информационных технологий для решения профессиональных задач (ПК-9);
* способностью и готовностью к постановке диагноза на основании результатов биохимических исследований биологических жидкостей и с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом (ПК-15);
* способностью и готовностью анализировать закономерности функционирования системы органов дыхания, использовать знания анатомо-физиологических основ, взрослого человека и подростка для своевременной диагностики заболеваний и патологических процессов дыхательной системы (ПК-16);
* способностью и готовностью выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы заболеваний органов дыхания, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом, анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах, выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний (ПК-17).
* способностью и готовностью анализировать и интерпретировать результаты современных диагностических технологий по возрастно-половым группам пациентов с учетом их физиологических особенностей организма человека для успешной лечебно-профилактической деятельности, провести диагностику физиологической беременности, участвовать в проведении судебно-медицинской экспертизы (ПК-18);
* способностью и готовностью использовать нормативную документацию, принятую в здравоохранении (законы Российской Федерации, технические регламенты, международные и национальные стандарты, приказы, рекомендации, терминологию, международные системы единиц (СИ), действующие международные классификации), а также документацию для оценки качества и эффективности работы медицинских организаций (ПК-27);
* способностью и готовностью изучать научно-медицинскую информацию, отечественный и зарубежный опыт по тематике исследования (ПК-31);

- учебная:

**Студент должен знать:**

* ведение типовой учетно-отчетной медицинской документации в медицинских организациях;
* заболевания, связанные с неблагоприятными воздействиями климатических и социальных факторов;
* основы профилактической помощи, организацию профилактических мероприятий, направленных на укрепление здоровья населения;
* этиологию, патогенез и меры профилактики наиболее часто встречающихся заболеваний;
* клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения наиболее распространенных заболеваний, протекающих в типичной форме;
* методы диагностики, диагностические возможности методов непосредственного исследования больного терапевтического профиля, современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных.

**Студент должен уметь:**

* определить статус пациента: собрать анамнез, провести опрос пациента и/или его родственников, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация, измерение АД, определение артериального пульса);
* оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи;
* провести первичное обследование сердечно-сосудистой системы ;
* оценить социальные факторы, влияющие на состояние физического и психологического здоровья пациента; культурные, этические, религиозные, семейные факторы риска;
* поставить предварительный диагноз – синтезировать информацию о пациенте с целью определения патологии и причин, ее вызывающих;
* наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни
* разработать план терапевтических действий;
* оказывать первую помощь при неотложных состояниях;
* заполнять историю болезни.

**Студент должен владеть:**

* правильным ведением медицинской документации;
* методами общеклинического обследования;
* алгоритмом постановки предварительного диагноза;
* основными врачебными диагностическими и лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях

**5. План изучения темы:**

**5.1. Контроль исходного уровня знаний.**

**5.2. Основные понятия и положения темы (наглядные формы, таблицы, схемы, алгоритмы**

Таблица№1. **Изменения силы тонов сердца**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Тон | Усиление | | Ослабление | | Расщепление | | | |
| 1 тон  Экстракардиал ьные причины | Астенический тип телосложения пневмосклероз | | Гиперстенический тип телосложения Эмфизема | | | - | | |
| Интракардиаль | | Сужение левого а-в  Клапана (митральный стеноз)  Пушечный тон Строжеско (полная а-в блокада) | | Недостаточность МК АоК Поражение сердечной мышцы (острый инфекционный миокардит, кардиосклероз, инфаркт миокарда и др.) | | | Блокада ножек пучка ГИСА |
| 2 тон | |  | |  | | |  |
| Экстракардиал шью: | | На аорте:  Повышение АД различного генеза  На легочной артерии  Болезни легких (эмфизема легих, пневмосклероз, бронхоэктазы и др.)  Деформации грудной клетки (кифосколиоз и др.) | | На аорте:  Клапанный стеноз устья аорты | | | На аорте: Увеличение продолжительности изгнания крови из правого желудочка и/ или уменьшение времени изгнания крови левым желудочком (стеноз устья аорты,  гипертоническая болезнь и др., БНПГ) |
| Интракардиальные | | На аорте:  Атеросклероз  Сифилитический аортит | | На аорте:  Аортальные пороки сердца  На легочной артерии  Пороки сердца | | | На легочной артерии  Неодновременное закрытие клапанов ЛА и аорты |



###### **5.3. Самостоятельная работа:**

- курация больных кардиологического отделения;

- заполнение историй болезни;

- разбор курируемых больных

**5.4. Итоговый контроль знаний:**

- ответы на вопросы по теме занятия;

- решение ситуационных задач, тестовых заданий по теме.

**6. Домашнее задание для усвоения темы занятия**

**6.1.Контрольные вопросы для уяснения темы занятия**

1. В чем отличие аускультации сердца от общих правил аускультации?

2. Где находятся места проекции клапанов сердца?

3. Где выслушиваются клапаны сердца?

4. Каков порядок аускультации клапанов сердца?

5. Сколько компонентов 1 тона?

6. Сколько компонентов 2 тона?

7. Что включает понятие «физическая и физиологическая характеристика 1 тона»?

8. Что включает понятие «физическая и физиологическая характеристика 2 тона»?

9. Какие существуют экстракардиальные и интракардиальные причины усиления тонов, ослабления их?

10. Какие существуют причины появления акцента 2 тона на аорте, легочной артерии?

11.Какова продолжительность тонов сердца?

12.Какие причины усиления только 1 тона, причины ослабления его?

13. Каковы механизмы и причины физиологического и патологического расщепления и раздвоения 1 тона, 2 тона?

14. Какой механизм возникновения и причины появления пресистолического, систолического, протодиастолического и суммационного галопа?

15. Когда бывает ритм перепела и механизм его возникновения?

16. Какие условия возникновения шумов сердца?

17. В чем отличия внутри - и внесердечных шумов?

19. В чем различия органические сердечные шумы от функциональных?

20. В чем различия систолических сердечных шумов от диастолических?

21. В чем отличия сердечных шумов от сосудистых?

**6.2.Тестовые задания** (Один правильный ответ)

**Вариант 1**

001. КОМПОНЕНТЫ I ТОНА

1) мышечный, клапанный, сосудистый

2) мышечный, клапанный, сосудистый, предсердный

3) мышечный, клапанный, аортальный, предсердный

4) мышечный, клапанный

5) клапанный, сосудистый.

002. КЛАПАН ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ПРОСЛУШИВАЕТСЯ

1) на мечевидном отростке

2) во ΙΙ межреберье справа от грудины

3) во ΙΙ межреберье слева от грудины

4) на верхушке сердца

5) в точке Боткина-Эрба.

003. ПРИ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЕ Ι СТ. ПРОИСХОДИТ

1) усиление Ι тона

2) ослабление Ι тона

3) раздвоение I тона

4) расшепление I тона

5) I тон не изменяется.

004. АОТРА ВЫСЛУШИВАЕТСЯ

1) мечевидный отросток, несколько левее

2) II м/р справа у грудины

3) II м/р слева у грудины

4) верхушка сердца

5) мечевидный отросток, несколько правее

005. АУСКУЛЬТАТИВНАЯ КАРТИНА I ТОНА СЕРДЦА ПРИ СТЕНОЗЕ УСТЬЯ АОРТЫ

1) I тон усилен на верхушке

2) I тон ослаблен на верхушке

3) I тон не изменен

4) раздвоен

5) расщеплен.

006. II ТОН ПРИ СТЕНОЗЕ УСТЬЯ АОРТЫ

1) ослаблен на аорте

2) усилен на аорте

3) расщеплен на аорте

4) усилен на верхушке

5) ослаблен на верхушке

007. ПРИ ПОВЫШЕНИИ ДАВЛЕНИЯ В ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ В СОЧЕТАНИИ С ГИПЕРТРОФИЕЙ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРОИСХОДИТ

1) ослабление ΙΙ тона на легочной артерии

2) только акцент ΙΙ тона на легочной артерии

3) только расщепление ΙΙ тона на легочной артерии

4) акцент и расщепление ΙΙ тона на легочной артерии

5) усиление I тона.

008. I ТОН УСИЛЕН ПРИ

1) митральном стенозе

2) стенозе устья аорты

3) недостаточности клапанов аорты

4) недостаточности митрального клапана

5) миокардите.

009. ПОРЯДОК АУСКУЛЬТАЦИИ СЕРДЦА

1) верхушка сердца, 2 м/р справа у грудины, 2 м/р слева у грудины, мечевидный отросток, точка Боткина-Эрба

2) верхушка сердца, мечевидный отросток, 2 м/р слева у грудины, 2 м/р справа у грудины, точка Боткина-Эрба

3) мечевидный отросток, верхушка сердца, точка Боткина-Эрба, 2 м/р справа у грудины, 2 м/р слева у грудины

4) 2 м/р справа у грудины, 2 м/р слева у грудины, верхушка сердца, мечевидный отросток, точка Боткина-Эрба

5) верхушка сердца, 2 м/р слева у грудины, 2 м/р справа у грудины, мечевидный отросток, точка Боткина-Эрба

010. АКЦЕНТ II ТОНА НА ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ БЫВАЕТ ПРИ

1) повышении давления в большом круге кровообращения

2) гипертонии малого круга кровообращения

3) гипертрофии левого желудочка

4) дилатации левого желудочка

5) гипотрофии левого желудочка

**Вариант 2**

001. МЕСТО ПРОЕКЦИИ НА ПЕРЕДНЮЮ ГРУДНУЮ СТЕНКУ КЛАПАНА АОРТЫ

1) уровень левого II реберного хряща

2) на уровне 3 м / р промежутка

3) уровень правого 2 реберного хряща

4) верхушка сердца

5) мечевидный отросток

002. ДЛЯ МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ

1) систолический шум на верхушке сердца

2) ослабленный 1 тон на верхушке

3) протодиастолический шум во 2-м межреберье справа

4) пресистолический шум на верхушке

5) ослабленный 2-й тон во 2-м межреберье справа.

003. ШУМ ТРЕНИЯ ПЕРИКАРДА ВЫСЛУШИВАЕТСЯ ПРИ

1) стенокардии

2) сердечной недостаточности

3) миокардите

4) перикардите

5) гипертонической болезни.

004. АУСКУЛЬТАТИВНАЯ КАРТИНА МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

1) I тон усилен на верхушке сердца

2) I тон ослаблен на верхушке сердца

3) «щелчок открытия» митрального клапана

4) диастолический шум на верхушке

5) диастолический шум на аорте

005. СИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ ПРИ СТЕНОЗЕ УСТЬЯ АОРТЫ ПРОВОДИТСЯ

1) на легочную артерию

2) в точку Боткина-Эрба

3) на мечевидный отросток

4) в подмышечную впадину

5) на сосуды шеи.

006. ОТЛИЧИЯ СИСТОЛИЧЕСКОГО ШУМА ИЗГНАНИЯ ОТ СИСТОЛИЧЕСКОГО ШУМА РЕГУРГИТАЦИИ

1) сливается с I тоном

2) возникает в последнюю треть систолы

3) сопровождается III тоном

4) возникает через небольшой интервал после I тона

5) ничем не отличается

007. ПРИ СТЕНОЗЕ УСТЬЯ АОРТЫ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ

1) систолический шум в подмышечной области

2) диастолический шум на верхушке

3) диастолический шум на аорте

4) систолический шум на аорте

5) систолический шум на верхушке

008. ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ВЫРАЖЕННОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ХАРАКТЕРЕН

1) ритм «перепела»

2) протодиастолический ритм галопа

3) пресистолический ритм галопа

4) систолический ритм галопа

5) дополнительный перикард-тон

009. I ТОН СЕРДЦА ПРИ АОРТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

1) усилен на верхушке сердца

2) ослаблен на верхушке сердца

3) не изменен

4) усилен на аорте

5) ослаблен на аорте.

010. ПРОТОДИАСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ ПРИ МИТРАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ ВОЗНИКАЕТ ВСЛЕДСТВИЕ

1) активной систолы предсердий

2) появления мерцательной аритмии

3) увеличения градиента давления «левое предсердие-левый желудочек»

4) митральной регургитации

5) растяжения левого предсердия.

**Вариант 3**

001. МЕСТО ПРОЕКЦИИ НА ПЕРЕДНЮЮ ГРУДНУЮ СТЕНКУ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

1) уровень левого II реберного хряща

2) на уровне 3 м / р промежутка

3) уровень правого 2 реберного хряща

4) верхушка сердца

5) мечевидный отросток

002. ПРИ СТЕНОЗЕ УСТЬЯ АОРТЫ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ

1) систолический шум в области верхушки сердца, иррадиирующий в подмышечную область

2) диастолический шум на верхушке сердца, иррадиирующий на основание мечевидного отростка

3) систолический шум во втором межреберье справа от грудины, иррадиирующий на сонные артерии

4) диастолический шум во втором межреберье справа от грудины, иррадиирующий на сонные артерии

5) диастолический шум, иррадиирующий в т. Боткина-Эрба.

003. ДЛЯ МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

1) систолический шум на верхушке сердца, усиливающийся на выдохе

2) акцент и раздвоение II тона над аортой

3) систолический шум на верхушке сердца, усиливающийся на вдохе

4) дополнительный высокочастотный тон в диастоле, отстоящий от II тона на 0,07-0,12 секунд

5) систолический шум на аорте

004. ИЗМЕНЕНИЯ II ТОНА ПРИ АОРТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

1) II тон ослаблен на аорте

2) II тон усилен на легочной артерии

3) акцент II тона на аорте

4) II тон усилен на верхушке

5) II тон ослаблен на верхушке.

005. ПРИ СТЕНОЗЕ УСТЬЯ АОРТЫ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ

1) систолический шум в подмышечной области

2) диастолический шум на верхушке

3) диастолический шум на аорте

4) систолический шум на аорте

5) систолический шум на верхушке

006. ФАКТОРЫ, КОТОРЫЕ ИМЕЮТ ЗНАЧЕНИЕ В ОБРАЗОВАНИИ 3 ТОНА

1) колебания стенок желудочков в момент их быстрого наполнения;

2) колебания стенок желудочков в момент их быстрого наполнения; положение створок ав- клапанов перед началом изометрического сокращения; колебания полулунных клапанов аорты и легочной артерии при их закрытии; быстрое изометрическое сокращение желудочков

3) колебания стенок желудочков в момент систолы предсердий;

4) колебания полулунных клапанов аорты и легочной артерии при их закрытии

5) колебания стенок желудочков в момент систолы предсердий; колебания стенок желудочков в момент их быстрого наполнения.

007. АКЦЕНТ II ТОНА НА ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ БЫВАЕТ ПРИ

1) повышении давления в большом круге кровообращения

2) гипертонии малого круга кровообращения

3) гипертрофии левого желудочка

4) дилатации левого желудочка

5) гипотрофии левого желудочка

008. АОТРА ВЫСЛУШИВАЕТСЯ

1) мечевидный отросток, несколько левее

2) II м/р справа у грудины

3) II м/р слева у грудины

4) верхушка сердца

5) мечевидный отросток, несколько правее

009. АУСКУЛЬТАТИВНАЯ КАРТИНА МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

1) I тон усилен на верхушке сердца

2) I тон ослаблен на верхушке сердца

3) «щелчок открытия» митрального клапана

4) диастолический шум на верхушке

5) диастолический шум на аорте

010. ШУМ ТРЕНИЯ ПЕРИКАРДА ВЫСЛУШИВАЕТСЯ ПРИ

1) стенокардии

2) сердечной недостаточности

3) миокардите

4) перикардите

5) гипертонической болезни

**Вариант 4**

001. МЕСТО ПРОЕКЦИИ НА ПЕРЕДНЮЮ ГРУДНУЮ СТЕНКУ КЛАПАНА ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ:

1) уровень левого II реберного хряща

2) на уровне 3 м / реберного промежутка

3) уровень правого 2 реберного хряща

4) верхушка сердца

5) мечевидный отросток

002. ПОРЯДОК АУСКУЛЬТАЦИИ СЕРДЦА

1) верхушка сердца, 2 м/р справа у грудины, 2 м/р слева у грудины, мечевидный отросток, точка Боткина-Эрба

2) верхушка сердца, мечевидный отросток, 2 м/р слева у грудины, 2 м/р справа у грудины, точка Боткина-Эрба

3) мечевидный отросток, верхушка сердца, точка Боткина-Эрба, 2 м/р справа у грудины, 2 м/р слева у грудины

4) 2 м/р справа у грудины, 2 м/р слева у грудины, верхушка сердца, мечевидный отросток, точка Боткина-Эрба

5) верхушка сердца, 2 м/р слева у грудины, 2 м/р справа у грудины, мечевидный отросток, точка Боткина-Эрба

003. АКЦЕНТ II ТОНА НА ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ БЫВАЕТ ПРИ

1) повышении давления в большом круге кровообращения

2) гипертонии малого круга кровообращения

3) гипертрофии левого желудочка

4) дилатации левого желудочка

5) гипотрофии левого желудочка

004. ПРИ СТЕНОЗЕ УСТЬЯ АОРТЫ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ

1) систолический шум в подмышечной области

2) диастолический шум на верхушке

3) диастолический шум на аорте

4) систолический шум на аорте

5) систолический шум на верхушке

005. ПРИ АОРТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ

1) систолический шум у основания мечевидного отростка

2) диастолический шум на аорте

3) диастолический шум в подмышечной области

4) систолический шум на аорте

5) диастолический шум у основания мечевидного отростка

006. ФАКТОРЫ, КОТОРЫЕ ИМЕЮТ ЗНАЧЕНИЕ В ОБРАЗОВАНИИ 4 ТОНА

1) колебания стенок желудочков в момент их быстрого наполнения

2) колебания стенок желудочков в момент их быстрого наполнения; положение створок ав- клапанов перед началом изометрического сокращения; колебания полулунных клапанов аорты и легочной артерии при их закрытии; быстрое изометрическое сокращение желудочков

3) колебания стенок желудочков в момент систолы предсердий

4) колебания полулунных клапанов аорты и легочной артерии при их закрытии

5) колебания стенок желудочков в момент систолы предсердий; колебания стенок желудочков в момент их быстрого наполнения.

007. ИЗМЕНЕНИЯ II ТОНА ПРИ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

1) II тон усилен на аорте

2) II тон усилен на легочной артерии

3) II тон расщеплен на легочной артерии

4) II тон ослаблен на аорте

5) II тон усилен на мечевидном отростке

008. ДЛЯ АУСКУЛЬТАТИВНОЙ КАРТИНЫ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ХАРАКТЕРНО

1) систолический шум у основания сердца

2) хлопающий I тон

3) мезодиастолический шум

4) систолический шум на верхушке

5) систолический шум на аорте

009. II ТОН ПРИ СТЕНОЗЕ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

1) ослаблен на аорте

2) усилен на аорте

3) расщеплен на аорте

4) усилен на верхушке

5) ослаблен на верхушке

010. ОТЛИЧИЯ СИСТОЛИЧЕСКОГО ШУМА ИЗГНАНИЯ ОТ СИСТОЛИЧЕСКОГО ШУМА РЕГУРГИТАЦИИ

1) сливается с I тоном

2) возникает в последнюю треть систолы

3) сопровождается III тоном

4) возникает через небольшой интервал после I тона

5) ничем не отличается

##### **6.3.Ситуационные задачи**

**Задача №1.**

На верхушке сердца выслушивается систолический шум, который проводится в подмышечную впадину, к основанию мечевидного отростка, в точку Боткина, в область проекции митрального клапана. Максимум его выслушивания - верхушка сердца.

1.О какой причине шума следует думать?

2.Изменятся ли тоны сердца?

3.Какой будет звучность первого тона?

4.Какой будет звучность второго тона?

5.Какой ожидается звучность 2 тона над легочной артерией?

**Задача № 2.**

На верхушке сердца выслушивается систолический шум, сила которого нарастает ко 2-му межреберью справа. Шум хорошо проводится на сонные артерии, не проводится в подмышечную впадину.

1.О какой причине шума следует думать?

2.Изменятся ли тоны сердца?

3.Какой будет звучность первого тона?

4.Какой будет звучность второго тона?

5.Какой ожидается звучность 2 тона над аортой?

**Задача № 3.**

На верхушке сердца выслушивается усиленный 1 хлопающий тон и пресистолический шум.

1. Когда может быть подобная аускультативная симптоматика?

2. Каким может быть 2 тон?

3. Может ли в данной ситуации выслушиваться тон открытия митрального клапана?

4. Какой будет звучность 2 тона?

5. Может ли быть раздвоение 2 тона?

**Задача № 4.**

На верхушке сердца выслушивается ритм перепела и диастолический шум, на легочной артерии - акцент и расщепление 2 тона.

1.При каком пороке выслушиваются подобные изменения?

2.Каким может быть изменение 1-ого тона?

3.Может ли в данной ситуации выслушиваться тон открытия митрального клапана?

4.Что является причиной расщепления 2 тона?

5.Причины изменения звучности 1 тона?

**Задача №5.**

В точке Боткина, на основании мечевидного отростка и слева от грудины в области прикрепления 4-5 ребра выслушивается шум трения перикарда.

1.Какими будут тоны сердца?

2.Каким образом можно усилить аускультативную картину?

3.Способствует ли данная патология расщеплению 1 тона?

4.А второго?

5.Чем объясняется изменение звучности тонов?

**Задача №6.**

Врач выслушал у больного в точке Боткина-Эрба систолический шум, который одинаково хорошо выслушивается на верхушке и во 2 межреберье справа. Шум выслушивается на а. corotis и в левой подмышечной впадине.

1.О каком изменении сердца должен подумать врач?

2.Какой ожидается звучность 1 тона?

3.Какой ожидается звучность 2 тона?

4.Ожидается ли появление ритма перепела?

5.Возможно ли появление расщепления 2 тона?

**Задача №7.**

Во 2 межреберье справа выслушивается резко ослабленный 2 тон, диастолический шум, уменьшающийся по интенсивности к точке Боткина. На верхушке сердца выслушивается ослабленный 1 тон, непостоянный пресистолический шум.

1.Какова причина имеющейся аускультативной картины?

2.Как называется указанный пресистолический шум?

3.Можно ли ожидать в данной ситуации появление ритма перепела?

4.Возможно ли появление расщепления 1 тона?

5.Может ли указанный шум выслушиваться в подмышечной впадине?

**Задача №8.**

Во втором межреберье справа от грудины выслушивается диастолический шум убывающего характе­ра, начинающийся сразу после II тона и занимающий 2/3 диастолы. Шум проводится в точку Боткина и на вер­хушку.

1.При каком синдроме это может быть?

2.Ожидается ли изменение 1 тона?

3.Какое?

4.Звучность 2 тона?

5.Возможен ли в данной ситуации тон открытия митрального клапана?

**Задача №9.**

На верхушке выслушивается диастолический шум, начи­нающийся через небольшой интервал после II тона, убывающего ха­рактера, продолжающийся всю диастолу. Шум имеет пресистолическое усиление, никуда не проводится.

1.При каком синдроме это может быть?

2.Укажите звучность 1 тона?

3.Какой будет звучность 2 тона?

4.Будет ли в данной ситуации 3 тон?

5.Будет ли ритм перепела?

**Задача №10.**

На уровне нижней трети грудины выслушивается систолический шум убывающего характера, проводящийся вправо и вверх. Шум усиливается на вдохе.

1.При каком синдроме это может быть?

2.Какой будет звучность 1 тона?

3.Какой будет звучность 2 тона?

4.Будет ли расщепление 1 тона?

5.Будет ли расщепление 2 тона?

**7. Рекомендации по выполнению УИРС** - не предусмотрена

**8. Рекомендованная литература по теме занятия**:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование, вид издания | Автор(-ы), составитель(-и), редактор(-ы) | Место издания, издательство, год |
| **Основная литература** | | | |
| 1. | [Пропедевтика внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=31615) : учеб.для мед. вузов | Н. А. Мухин, В. С. Моисеев | М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. |
| **Дополнительная литература** | | | |
| 1. | [Дополнительные методы обследования больного в терапевтической практике](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=1888) : учеб.пособие для студентов мед. вузов. Ч.2. | Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, Е. О. Карпухина [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2011. |
| 2. | [Дополнительные методы обследования больного в терапевтической практике](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=1889) : учеб.пособие для студентов мед. вузов. Ч.1. | Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, Е. О. Карпухина [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2011. |
| 3. | [Практикум по пропедевтике внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=21500) : учеб.пособие | ред. Ж. Д. Кобалава, В. С. Моисеев | М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. |
| 4. | [Пропедевтика внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=24744) : учеб.пособие к внеаудиторной работе для студентов 3 курса по спец. 060101- Лечебное дело, 060103- Педиатрия | сост. Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, А. Г. Иванов [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2009. |
| 5. | [Пропедевтика внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=30979) : учеб.пособие к аудиторной работе для студентов 3 курса по спец. 060101-Лечебное дело, 060103- Педиатрия. Ч.1.. - Режим доступа: polikarpov\_\_propedevtika\_stud\_3\_lech\_ped\_audit\_1\_1297665056.pdf | сост. Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, А. Г. Иванов [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2009. |
| 6. | [Пропедевтика внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=32404) : учеб.пособие к аудиторной работе для студентов 3 курса по спец. 060101-Лечебное дело, 060103- Педиатрия. Ч.2. | сост. Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, А. Г. Иванов [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2009. |

**1.Занятие № 12**

**Тема: «Функциональные методы обследования больных с заболеванием органов кровообращения»**

1. **Форма организации занятия:** клиническое практическое
2. **Знание изучаемой темы:** ЭКГ позволяет существенно уточнить характер и степень поражения миокарда. Динамика ЭКГ позволяет оценить эффективность лечения сердечно-сосудистых заболеваний.
3. **Цели обучения:**

Без освоения умения провести полноценный наружный осмотр, оценить особенности антропометрических данных (в том числе конституции, телосложения), измерить температуру тела, составить и оценить температурную кривую, пропальпировать внешние покровы тела – невозможно говорить о серьезной диагностике, а значит и о лечении пациента. Без освоения этого раздела деятельности невозможно говорить о профессионализме врача.

Обучающийся должен овладеть следующими общекультурными компетенциями (ОК):

* способностью и готовностью анализировать социально-значимые проблемы и процессы, использовать на практике методы гуманитарных, естественнонаучных, медико-биологических и клинических наук в различных видах профессиональной и социальной деятельности (ОК-1);
* способностью и готовностью к логическому анализу, публичной речи, редактированию текстов профессионального содержания, осуществлению общевоспитательной деятельности, к сотрудничеству и разрешению конфликтов, к толерантности (ОК-5);
* способностью и готовностью осуществлять свою деятельность с учетом принятых в обществе моральных и правовых норм, соблюдением правил врачебной этики, законов и нормативных правовых актов по работе с конфиденциальной информацией, сохранять врачебную тайну (ОК-8).
* способностью и готовностью реализовать этические и деонтологические аспекты врачебной деятельности в общении с коллегами, средним и младшим медицинским персоналом, взрослым населением и подростками, их родителями и родственниками (ПК-1);
* способностью и готовностью к формированию системного подхода к анализу медицинской информации, опираясь на всеобъемлющие принципы доказательной медицины, основанной на поиске решений с использованием теоретических знаний и практических умений в целях совершенствования профессиональной деятельности (ПК-3);
* способностью и готовностью проводить и интерпретировать опрос, физикальный осмотр, клиническое обследование, написать медицинскую карту амбулаторного и стационарного больного (ПК-5);
* способностью и готовностью к работе с медико-технической аппаратурой, используемой в работе с пациентами, владеть компьютерной техникой, получать информацию из различных источников, работать с информацией в глобальных компьютерных сетях; применять возможности современных информационных технологий для решения профессиональных задач (ПК-9);
* способностью и готовностью к постановке диагноза на основании результатов биохимических исследований биологических жидкостей и с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом (ПК-15);
* способностью и готовностью анализировать закономерности функционирования системы органов дыхания, использовать знания анатомо-физиологических основ, взрослого человека и подростка для своевременной диагностики заболеваний и патологических процессов дыхательной системы (ПК-16);
* способностью и готовностью выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы заболеваний органов дыхания, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом, анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах, выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний (ПК-17).
* способностью и готовностью анализировать и интерпретировать результаты современных диагностических технологий по возрастно-половым группам пациентов с учетом их физиологических особенностей организма человека для успешной лечебно-профилактической деятельности, провести диагностику физиологической беременности, участвовать в проведении судебно-медицинской экспертизы (ПК-18);
* способностью и готовностью использовать нормативную документацию, принятую в здравоохранении (законы Российской Федерации, технические регламенты, международные и национальные стандарты, приказы, рекомендации, терминологию, международные системы единиц (СИ), действующие международные классификации), а также документацию для оценки качества и эффективности работы медицинских организаций (ПК-27);
* способностью и готовностью изучать научно-медицинскую информацию, отечественный и зарубежный опыт по тематике исследования (ПК-31);

**Студент должен знать:**

* ведение типовой учетно-отчетной медицинской документации в медицинских организациях;
* заболевания сердечно-сосудистой системы, связанные с неблагоприятными воздействиями климатических и социальных факторов;
* основы профилактической помощи, организацию профилактических мероприятия, направленных на укрепление здоровья населения;
* методы диагностики, диагностические возможности методов непосредственного исследования больного с патологией сирдечно-сосудистой системы, современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных:

**Студент должен уметь**:

* определить статус пациента: собрать анамнез, провести опрос пациента и/или его родственников, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация, измерение АД, определение артериального пульса);
* оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи;
* оценить социальные факторы, влияющие на состояние физического и психического здоровья пациента; культурные, этические, религиозные, семейные факторы риска;
* заполнять истории болезни;

**Студент должен владеть:**

* Правильным ведением медицинской документации;
* Методами общеклинического обследования.

**5.План изучения темы:**

**5.1.Контроль исходного уровня знаний** (тестовые задания)

**5.2.Основные понятия и положения темы:** «ЭКГ - электрофизиология»; «Гипертрофия на ЭКГ»; «Аритмия на ЭКГ»; «Блокады и их ЭКГ-картика».

**5.3 Самостоятельная работа по теме:**

- работа с набором ЭКГ

- самостоятельная регистрация ЭКГ

- разбор ЭКГ

* 1. **Итоговый контроль знаний** (тестовые задания; контрольные вопросы)

**6.Домашнее задание для уяснения темы занятия**

**6.1. Исходный контроль знаний** (тестовые задания)

**Вариант 1**(один правильный ответ)

001 КРАСНЫЙ ЭЛЕКТРОД ПРИ РЕГИСТРАЦИИ ЭКГ НАКЛАДЫВАЮТ НА

1) грудную клетку

2) правую руку

3) левую руку

4) правую ногу

5) левую ногу

002 ДЛЯ РЕГИСТРАЦИИ ГРУДНОГО ОТВЕДЕНИЯ ЭКГ – V ЭЛЕКТРОДЫ СТАВЯТ

1) по левому краю грудины IV межреберье

2) по левой среднеключичной линии в V межреберье

3) по правому краю грудины в IV межреберье

4) по левой заднеподмышечной линии в V межреберье

5) по правой среднеключичной линии в V межреберье

003 К СТАНДАРТНЫМ ОТВЕДЕНИЯМ ОТНОСЯТСЯ

1) I, II, III

2) I, II, III, аVR, аVL, аVF

3) аVR, аVL, аVF

4) VI, V2, V3, V4, V5, V6

5) D, A,J

004 НА НОРМАЛЬНОЙ ЭКГ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЗУБЦА P ДОЛЖНА БЫТЬ НЕ БОЛЕЕ

1) 0,08с

2) 0, 1с

3) 0,12с

4) 0,14с

5) 0, 15с

005 НА НОРМАЛЬНОЙ ЭКГ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЗУБЦА Q ДОЛЖНА БЫТЬ НЕ БОЛЕЕ

1) 0,1с

2) 0,01 с

3) 0,02с

4) 0,2с

5)0,3с

006 НА НОРМАЛЬНОЙ ЭКГ ЗУБЕЦ Q

1) должен быть во всех отведениях

2) может отсутствовать в некоторых отведениях

3) должен быть в V1

4) должен быть в V5

5) должен быть в V3

007 РИТМ СЕРДЦА ЗДОРОВОГО ЧЕЛОВЕКА

1) предсердный

2) синусовый

3) атриовентрикулярный

4) идиовентрикулярный

5) левожелудочковый

008 ДЛЯ AV- БЛОКАДЫ I СТЕПЕНИ ХАРАКТЕРНА

1) выпадение комплекса QRST

2) удлинение интервала РQ больше 0,2с,

3) увеличение продолжительности зубца Р больше 0,1с.

4) увеличение продолжительности комплекса QRST больше 0,1с.

5) все интервалы RR больше интервалов РР

009 ДЛЯ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА НА ЭКГ ХАРАКТЕРНО

1) увеличение интервала РQ> более 0,2с. в I, II, аVL, Vз, Vб

2) увеличение амплитуды зубца R в V6 и зубца S в V5,6

3) увеличение амплитуды зубца Р более 2,5мм в V3-б , а интервала РQ более 0,2с.

4) увеличение амплитуды зубца R в V3-6 и зубца S в V1

5) увеличение интервала QT сверх нормы

010 БЛОКАДА ЛЕВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1) увеличением амплитуды зубца R.

2) увеличением амплитуды зубца S

3) увеличением продолжительности зубца Р более 0,1с.

4) увеличением продолжительности интервала PQ более 0,2с.

5) Увеличением продолжительности комплекса QRS более 0,12с.

**Вариант 2** (один правильный ответ)

001 ЖЕЛТЫЙ ЭЛЕКТРОД ПРИ РЕГИСТРАЦИИ ЭКГ НАКЛАДЫВАЮТ

1) правую руку

2) левую руку

3) правую ногу

4) левую ногу

5) на грудную клетку

002 ДЛЯ РЕГИСТРАЦИИ ГРУДНОГО ОТДЕЛЕНИЯ ЭКГ-V2 ЭЛЕКТРОД СТАВИТСЯ

1) по левому краю грудины в IV межреберье

2) по левой среднеключичной линии в V межреберье

3) по правому краю грудины в IV межреберье

4) по левой передней подмышечной линии в V межреберье

5) по левой средней подмышечной линии в V межреберье

003 ДЛЯ РЕГИСТРАЦИИ ГРУДНОГО ОТВЕДЕНИЯ ЭКГ-V6ЭЛЕКТРОД СТАВЯТ

1) по левому краю грудины в IV межреберье

2) по левой среднеключичной линии в V межреберье

3) по левой передней подмышечной линии в V межреберье

4) по левой средней подмышечной линии в V межреберье

5) по левой задней подмышечной линии в V межреберье

004 НА НОРМАЛЬНОЙ ЭКГ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ИНТЕРВАЛА PQ ДОЛЖА БЫТЬ НЕ БОЛЕЕ

1) 0,12с.

2) 0,16с.

3) 0,2с.

4) 0,24с.

5) 0,26

005 НА НОРМАЛЬНОЙ ЭКГ АМПЛИТУДА ЗУБЦА Q НЕ ДОЛЖНА ПРЕВЫШАТЬ

а) амплитуду зубца S

б) амплитуду зубца R

в) V амплитуды зубца R

г) V2 амплитуды зубца S

д) 5мм

006 НА НОРМАЛЬНОЙ ЭКГ ЗУБЕЦ U

1) может быть

2) отсутствует

3) должен быть в avl

4) должен быть в avf

5) должен быть в avr

007 КРИТЕРИЕМ ДИАГНОСТИКИ СИНУСОВОГО РИТМА ЯВЛЯЕТСЯ

1) равные промежутки между зубцами R

2) положительные зубцы Р предшествующие каждому комплексу QRS во II отведении

3) отрицательные зубцы Р

4) триугольные зубцы Р

5) двугорбые зубцы Р

008 ДЛЯ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ ХАРАКТЕРНО

1) наличие зубца Р перед каждым комплексом QRS, но интервалы RR разные

2) разные интервалы PQ в грудных отведениях

3) отсутствие зубца Р во всех отведениях, разные интервалы RR и неизменный комплекс QRS

4) разные интервалы РР во всех отведениях

5) разная форма зубца Р

009 ДЛЯ ПОЛНОЙ АУ БЛОКАДЫ ХАРАКТЕРЕН

1) период Самойлова-Венкебаха

2) синдром Морганьи-Адамса-Стокса

3) наличие f-волны

4) удлинение РQ

5)двугорбый Р

010 ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ КОМПЛЕКСА QRS=0,18C ЭТО

1) норма

2) AV-блокада II степени

3) блокада ножек пучка Гиса

4) гипертрофия предсердия

5) гипертрофия желудочка

**Вариант 3**(один правильный ответ)

001 ЗЕЛЕНЫЙ ЭЛЕКТРОД ПРИ РЕГИСТРАЦИИ ЭКГ НАКЛАДЫВАЮТ НА

1) правую руку

2) правую ногу

3) левую руку

4) левую ногу

5) на грудную клетку

002 ДЛЯ РЕГИСТРАЦИИ ГРУДНОГО ОТВЕДЕНИЯ ЭКГ-V3 ЭЛЕКТРОД СТАВИТСЯ

1) по правому краю грудины в IV межреберье

2) по левому краю грудины в IV межреберье

3) по левой передней подмышечной линии в V межреберье

4) по левой окологрудинной линии между IV и V межреберьями

5) по левой средней подмышечной линии в V межреберье

003 К УСИЛЕННЫМ ОТВЕДЕНИЯМ КОНЕЧНОСТЕЙ ОТНОСИТСЯ

1) I, II, III

2) I, II, III, аVR, аVL,

3) аVR,аVL,аVF,

4) VI, V2, V3, V4, V5, Vб

5) D A I

004 НА НОРМАЛЬНОЙ ЭКГ АМПЛИТУДА ЗУБЦА Р ДОЛЖНА БЫТЬ НЕ БОЛЕЕ

1) 1,5мм

2) 2, 5мм

3) 3,5мм

4) 4,0 мм

5) 4,5 мм

005 НА НОРМАЛЬНОЙ ЭКГ ЗУБЕЦ R МОЖЕТ БЫТЬ

1) только положительным

2) только отрицательным

3) положительным и отрицательным

4) иметь две фазы: положительную и отрицательную

5) в форме буквы «М»

006 НА НОРМАЛЬНОЙ ЭКГ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЗУБЦА Т КОЛЕБЛЕТСЯ ОТ

1) 0,12-0,32с.

2) 0,12-0,24с.

3) 0,02-0,2с.

4) менее 0,12 с.

5) более 0,32 с.

007 ПОДСЧЕТ ЧСС ПРОВОДИТСЯ ПО ФОРМУЛЕ, ГДЕ ИНТЕРВАЛЫ RR ИЗМЕРЯЮТСЯ В СЕКУНДАХ

1) 60 / RR

2) RR / 60

3) RR x 60

4) RR x 60 / RR

5) RR / 60 x RR

008 ПРИ ГИПЕРТРОФИИ ПРЕДСЕРДИЙ ИЗМЕНЯЕТСЯ

1) зубец Т

2) зубец Р

3) интервал SТ

4) зубец U

5) интервал QT

009 ДЛЯ AV-БЛОКАДЫ II СТЕПЕНИ ХАРАКТЕРНО

1) только удлиненный интервал РQ

2) выпадение комплекса PQRST

3) все интервалы RR больше интервалов Р-Р

4) выпадение QRST

5) выпадение Р

010 ДЛЯ ГИПЕРТРОФИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА НА ЭКГ ХАРАКТЕРНО

1) увеличение амплитуды зубца R в У5-6, а зубца S в У1-2

2) увеличение амплитуды зубца R в V1-2, а зубца S в Уз-б

3) увеличение амплитуды зубца Р в I, II, аУL, а интервала РQ в III, аУF

4) увеличение амплитуды зубца Р в III, аУF, а интервала РQ в I, II, Ауl

5) удлинение QT

**Вариант 4**

001 ЧЕРНЫЙ ЭЛЕКТРОД ПРИ РЕГИСТРАЦИИ ЭКГ НАКЛАДЫВАЮТ НА

1) правую руку

2) правую ногу

3) левую руку

4) левую ногу

5) на грудную клетку

002 ДЛЯ РЕГИСТРАЦИИ ГРУДНОГО ОТВЕДЕНИЯ ЭКГ V4 ЭЛЕКТРОД СТАВИТСЯ

1) по левому краю грудины в IV межреберье

2) по левой передней подмышечной линии в V межреберье

3) по левой среднеключичной линии в V межреберье

4) по левой задней подмышечной линии в V межреберье

5) по правому краю грудины в IV межреберье

003 ДЛЯ РЕГИСТРАЦИИ ГРУДНОГО ОТВЕДЕНИЯ ЭКГ V1 ЭЛЕКТРОД СТАВЯТ

1) по левой среднеключичной линии в V межреберье

2) по левой задней подмышечной линии в V межреберье

3) по правому краю грудины в IV межреберье

4) по левой средней подмышечной линии в V межреберье

5) по левому краю грудины в IV межреберье

004 НА НОРМАЛЬНОЙ ЭКГ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ КОМПЛЕКСА QRS ДОЛЖНА БЫТЬ НЕ БОЛЕЕ

1) 0,08с.

2) 0, 10с.

3) 0,12с.

4) 0,14с

5)0,16с.

005 ДОПУСТИМО НА НОРМАЛЬНОЙ ЭКГ СМЕЩЕНИЕ ИНТЕРВАЛА ST ОТ ИЗОЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ ЛИНИИ НА

1) 1 мм

2) 2 мм

3) 2,5 мм

4) 3,0 мм

5) 3,5 мм

006 НА НОРМАЛЬНОЙ ЭКГ ЗУБЕЦ S

1) должен быть всегда

2) может отсутствовать

3) должен быть в V5

4) должен быть в V6

5) должен быть в III отведении

007 У ЗДОРОВОГО ЧЕЛОВЕКА ВОДИТЕЛЕМ РИТМА ЯВЛЯЕТСЯ

1) атриовентрикулярный узел

2) синусовый узел

3) пучок Гиса

4) волокна Пуркенье

5) левый желудочек

008 ПЕРИОД САМОЙЛОВА –ВАНКЕБАХА ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

1) AV-блокада I степени

2) AV-блокада II степени

3) AV-блокада III степени

4) блокада ножек пучка Гиса

5) мерцательной аритмии

009 ДЛЯ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГОПРЕДСЕРДИЯ ХАРАКТЕРЕН

1) «двугорбый » зубец Р с амплитудой более 2,5мм в I, II, аУL отведениях

2) остроконечный зубец Р с амплитудой более Змм во II, III, аУF отведениях

3) интервал SТ больше 0,5с.

4) зубец R с амплитудой более 25мм в Уз-б отведениях

5) продолжительность комплекса ()К.8 более 0,12с.

010 ИНТЕРВАЛ Р-О=0,24С. ПЕРЕД КАЖДЫМ КОМПЛЕКСОМ QRS ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

1) гипертрофии желудочков

2) гипертрофии предсердий

3) AV-блокады I степени

4) AV-блокады II степени

5) AV-блокады III степени

**6.2. Итоговый контроль знаний**

**Вариант 1** (в скобках указано количество правильных ответов)

001 (2) СИНУСОВЫЙ РИТМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1) отрицательными зубцами Р во II, III и следующими за ними

неизмененными комплексами QRS

2) положительными зубцами Р, предшествующих каждому комплексу QRS

во II стандартном отведении

3) отсутствием закономерной связи комплексов QRS и зубцов Р

4) отсутствием зубца Р, сливающимся с обычным неизменным комплексом

QRS

5) постоянной одинаковой формой всех зубцов Р в одном и том же

отведении

002(3) ДЛЯ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛЫ ХАРАКТЕРНО

1) преждевременное, внеочередное появление зубца Р из следующего за

ним неизмененного комплекса QRS

2) наличие после экстрасистолы неполной компенсаторной паузы

3) преждевременное, внеочередное появление на ЭКГ измененного,

деформированного желудочкового комплекса QRS продолжитель-

ностью более 0,12с.

4) наличие в большинстве случаев после экстрасистолы полной компен-

саторной паузы

5) отсутствие перед экстрасистолой зубца Р

003 (3) ПРИЗНАКИ AV-БЛОКАДЫ II СТЕПЕНИ II ТИП (ТИП II МОБИТЦА

1) интервалы P-Q имеют одинаковую продолжительность

2) постепенно от одного желудочкового комплекса QRS к другому,

увеличение продолжительности P-Q (R) до полной задержки

электрического импульса

3) выпадение отдельных желудочковых комплексов QRST

4) синдром Марганьи-Адамс-Стокса

5) период Самойлова-Венкебаха

004 (2) ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ ЯВЛЯЮТСЯ

1) смещение электрической оси влево

2) раздвоение и увеличение амплитуды зубцов РI, II, aVL, V5-6 (P - mitrale)

3) увеличение продолжительности зубца Р более 0,1с.

4) длительность зубцов Р не превышает 0,1с.

5) в отведениях II, III, aVF зубцы Р высоко-амплитудные с заостренной

вершиной (P - pulmonale)

005 (2) ЭЛЕКТРОКАРДИОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ПОЛНОЙ БЛОКАДЫ ПРАВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА ЯВЛЯЕТСЯ

1) продолжительность интервала P-Q более 0,2с.

2) продолжительность комплекса QRS более 0,12с.

3) наличие в отведениях V1-2 (реже в III и аVF) комплексов QRS типа rSR′

или rsR′, имеющих М-образный вид, причем R′>r

4) наличие в I, aVL, V5-6 умеренных деформированных желудочковых

комплексов типа R с расщепленной или широкой вершиной

5) продолжительность PQ менее 0,12 с.

006 (2) КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИИ МОГУТ БЫТЬ

1) ощущение «остановки» сердца

2) судороги

3) потеря сознания

4) ощущение «перебоев» в сердце

5) повышение температуры тела

007 (3) ЭЛЕКРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ГИПЕРТРОФИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА

1) отклонение электрической оси сердца вправо

2) отклонение электрической оси сердца влево

3) RV1+SV5-6≥10,5мм

4) RV1≥7мм

5) RV5-6>25мм

008 (2) ДЛЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ХАРАКТЕРНО

1) разные расстояния между зубцами P и R (интервалы P-P≠R-R)

2) нерегулярность желудочковых комплексов

3) в большинстве случаев правильное регулярное желудочковые

комплексы, интервалы R-R почти равны

4) разные интервалы P-Q

5) отсутствие во всех электрокардиографических отведениях зубца Р

009 (2) ФОНОКАРДИОГРАФИЯ ПОЗВОЛЯЕТ ЗАРЕГЕСТРИРОВАТЬ

1) гипертрофию отделов сердца

2) диастолический шум на аорте

3) сократительную способность миокарда

4) «хлопающий» I тон

5) размеры полостей сердца

010 (2) ДЛЯ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОГО ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ

1) ЭКГ покоя

2) велоэргометрия

3) проба с физической нагрузкой на тренажере

4) ФКГ

5) ЭхоКГ в покое

**Вариант 2**

001 (2) ОТКЛОНЕНИЕ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ ОСИ СЕРДЦА ВЛЕВО ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1) RIII>RII>RI

2) RII>RIII>RI

3) RI>RV2>R3

4) SI>SII>SIII

5) SIII>SII>SI

002 (3) ДЛЯ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ ИМЕЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ КРИТЕРИИ

1) волнообразная кривая, в которой нельзя различить элементы

желудочкового комплекса QRS

2) в большинстве случаев правильные регулярные желудочковые

комплексы интервалы R-R почти равны

3) нерегулярность желудочковых комплексов

4) отсутствие во всех электрокардиографических отведениях зубца Р

5) наличие комплексов QRS, имеющих в большинстве случаев нормальный

неизмененный вид

003 (3) ПРИ AV-БЛОКАДЕ II СТЕПЕНИ I ТИП (ТИП МОБИТЦ I) РЕГИСТРИРУЮТ

1) одинаковый интервал P-Q

2) синдром Моргани-Адамс-Стокса

3) период Самойлова-Венкебаха

4) постепенное увеличение одного желудочкового комплекса QRS к

другому, продолжительности P-Q (R) до полной задержки электри-

ческого импульса

5) выпадение отдельных комплексов QRST

004 (3) ЭЛЕКРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ЯВЛЯЕТСЯ

1) увеличение амплитуды зубца R в правых грудных отведениях V1-2 (то

есть RV1-2>RV3) и амплитуды зубца S в левых грудных отведениях V5-6

2) увеличение амплитуды зубца R в левых грудных отведениях V5-6 (то

есть RV5-6>RV4) и амплитуды зубца S в правых грудных отведениях

V1-2

3) отклонение электрической оси влево

4) RV5-6>25мм

5) В отведениях I, II, aVL, V5-6 зубцы Р высоко-амплитудные раздвоенные

005 (1) УДЛИНЕНИЕ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ РАСЩЕПЛЕННОГО ЗУБЦА Р БОЛЕЕ 0,1С ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

1) полной блокады левой ножки пучка Гиса

2) P – pulmonale

3) P - mitrale

4) AV-блокада II степени I тип Мобитца

5) AV-блокада

006 (2) НАСЛОЕНИЕ НА ЗУБЕЦ Т КАЖДОГО ЧЕТВЕРТОГО НОРМАЛЬНОГО СЕРДЕЧНОГО ЦИКЛА PQRST ДЕФОРМИРОВАННОГО УМЕРЕННОГО КОМПЛЕКСА QRS ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

1) предсердной экстрасистолии

2) желудочковой экстрасистолии

3) полной блокады ножек пучка Гиса

4) квадригимении

5) тригимении

007 (2) СИНУСОВЫЙ РИТМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1) постоянной одинаковой формой всех зубцов Р в одном и том же

отведении

2) интервалы P-Q различные

3) положительными зубцами Р, предшествующими каждому комплексу

QRS во II стандартном отведении

4) отсутствием зубца Р, сливающимся с обычным неизмененным

комплексом QRS

5) наличием f волны

008 (2) ЭКГ ПОЗВОЛЯЕТ ДИАГНОСТИРОВАТЬ

1) акцент II тона над аортой

2) систолический шум на верхушке сердца

3) аритмию сердца

4) гипертрофии отделов сердца

5) диастолический шум на аорте

009 (2) ЭКГ-ПРИЗНАКИ ПОЛНОЙ БЛОКАДЫ ПРАВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА

1) продолжительность интервала P-Q более 0,2с.

2) расширение зубца Р

3) продолжительность зубца Р более 0,1с.

4) продолжительность комплекса QRS более 0,12с.

5) наличие в V1-2 (реже в III, aVF) комплексов QRS типа rSR′ или rsR′,

имеющих М-образный вид, причем R′>r

010 (3) К АРИТМИЯМ ОТНОСЯТ

1) синусовый ритм с ЧСС 50 в мин.

2) фибрилляцию желудочков

3) желудочковую экстрасистолию

4) синусовый ритм с ЧСС 120 в мин.

5) синусовый ритм с ЧСС 80 в мин.

**Вариант 3**

001 (2) ОТКЛОНЕНИЕ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ ОСИ СЕРДЦА ВПРАВО ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1) SIII>SII>SI

2) RI>RII>RIII

3) RII>RI>RIII

4) RIII>RII>RI

5) SI>SII>SIII

002 (2) ДЛЯ ПРЕДСЕРДНОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИИ ХАРАКТЕРНО

1) преждевременное внеочередное появление на ЭКГ измененного,

деформированного комплекса QRS′ и отсутствие перед ним зубца Р′

2) преждевременное внеочередное появление зубца Р′ и следующего за ним

неизмененного комплекса QRS′

3) наличие в большинстве случаев после экстрасистолы полной компен

саторной паузы

4) деформация зубца Р′ экстрасистолы

5) наличие после экстрасистолы неполной компенсаторной паузы

003(2) ПРОЯВЛЕНИЕ AV-БЛОКАДЫ III СТЕПЕНИ

1) выпадение отдельных желудочковых комплексов

2) увеличенный постоянный интервал PQ более 0,2с.

3) предсердия (зубцы Р) и желудочки (комплексы QRS) сокращаются

каждый в своем ритме, при этом частота сокращений желудочков

меньше 60 за минуту

4) синдром Морганьи-Адомса-Стокса

5) период Самойлова-Ванкебаха

004 (2) ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ГИПЕРТРОФИИ ПРАВОГО ПРЕДСЕРДИЯ ЯВЛЯЮТСЯ

1) длительность зубцов Р не превышает 0,1с.

2) в отведениях I, II, aVF, V5-6 – раздвоение и увеличение амплитуды

зубцов Р ( Р-mitrale )

3) длительность зубцов Р более 0,1с.

4) в отведениях II, III, aVF зубцы Р высоко амплитудные, с заостренной

вершиной (Р-pulmonale)

5) смещение электрической оси сердца вправо

005 (2) ДЛЯ ПОЛНОЙ БЛОКАДЫ ЛЕВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА ХАРАКТЕРНО

1) наличие в отведениях I, aVL, V5-6 расширенных деформированных

желудочковых комплексов, типа R с расщепленной или широкой

вершиной

2) продолжительность комплекса QRS более 0,12с.

3) наличие в V1-2 (реже в III, aVF) комплексов QRS типа rSR′ или rsR′,

имеющих М-образный вид, причем R′>r

4) наличие в V5-6, I, aVL, расширенного, нередко зазубренного зубца S

5) продолжительность QRS до 0,12с.

006(3) ЭХОКГ ПОЗВОЛЯЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ

1) сократительную способность миокарда (например фракцию выброса

левого желудочка)

2) гипертрофию отделов сердца

3) размеры полостей сердца во время систолы и диастолы

4)блокаду ножек пучка Гиса

5) предсердную экстрасистолию

007 ПРИ БЛОКАДЕ ЛЕВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ЯВЛЯЮТСЯ

1) ощущение «остановки сердца»

2) кратковременные периоды потери сознания

3) судороги

4) всё перечисленное неверно

5) все перечисленное верно

008 (2) К ЭКГ-КРИТЕРИЯМ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ОТНОСЯТ

1) отклонение электрической оси вправо

2) отклонение электрической оси влево

3) RV4>RV3

4) RV1+SV5,6≥10,5мм

5) RV5,6>RV4

009 (2) ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЕ ПОЯВЛЕНИЕ ПОСЛЕ КАЖДОГО НОРМАЛЬНОГО СИНУСОВОГО ЦИКЛА P-QRST ДЕФОРМИРОВАННОГО КОМПЛЕКСА QRS ХАРАКТЕРНОДЛЯ

1) предсердной экстрасистолы

2) aV -блокады II степени

3) желудочковой экстрасистолии

4) бигеминии

5) тригемении

010(2) AV-БЛОКАДА II СТЕПЕНИ ТИПА II МОБИТЦА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1) функциональным характером

2) органическим происхождением

3) отсутствием периода Самойлова-Венкебаха

4) наличие периода Самойлова-Венкебаха

5) отсутствием синусового ритма

**Вариант 4**

001 (1) ЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ ОСЬ СЕРДЦА НЕ ОТКЛОНЕНА ПРИ

1) RI>RII>RIII

2) SI>SII>SIII

3) RII>RI>RIII

4) RIII>RII>RI

5) SIII>SII>SI

002 (1) ПРИ ФИБРИЛЯЦИИ ЖЕЛУДОЧКОВ РЕГИСТРИРУЕТСЯ

1) деформация зубца Р

2) различные интервалы P-Q в разных отведениях

3) частые (от 200 до 500 в мин.), но нерегулярные волны, отличающиеся

друг от друга различной формой и амплитудой

4) нерегулярность желудочковых комплексов QRS

5) увеличение времени QRS

003 (1) ДЛЯ AV-БЛОКАДЫ IСТЕПЕНИ ХАРАКТЕРНО

1) период Самойлова-Венкебаха

2) одинаковый удлиненный (более 0,2с.) интервал P-Q во всех отведениях

и перед каждым желудочковым комплексом

3) синдром Морганьи-Адамс-Стокса

4) выпадение отдельных желудочковых комплексов QRST

5) постепенное от одного желудочкового комплекса QRS к другому

увеличение продолжительности P-Q до полной задержки электрического

импульса

004 (3) ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ГИПЕРТРОФИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА ЯВЛЯЮТСЯ

1) отклонение электрической оси сердца вправо

2) RV1+SV5,6≥10,5мм

3) увеличение амплитуды зубца R в левых грудных отведениях (V5,6) и

амплитуды зубца S в правых грудных отведениях (V1,2)

4) в отведениях II, III, aVF зубцы Р высоко-амплитудные с заостренной

вершиной (Р-pulmonale)

5) RV1≥7мм

005 (2) ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ПОЛНОЙ БЛОКАДЫ ЛЕВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА ЯВЛЯЮТСЯ

1) наличие в отведениях I, aVL, V5-6 расширенных деформированных

желудочковых комплексов, типа R с расщепленной или широкой

вершиной

2) увеличение продолжительности комплекса QRS более 0,12с.

3) наличие в V1-2 (реже в III, aVF) комплексов QRS типа rSR′ или rsR′,

имеющих М-образный вид, причем R′>r

4) наличие в V5-6, I, aVL, расширенного, нередко зазубренного зубца S

5) увеличение pq

006 (3) ПРИЧИННОЙ ФИБРИЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ (МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ) ЯВЛЯЮТСЯ

1) аортальный стеноз

2) никсидема

3) тиреотоксикоз

4) миокардит

5) кардиосклероз

6) митральный стеноз

7) инфекционный эндокардит

007 (2) ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЕ ВНЕОЧЕРЕДНОЕ ПОЯВЛЕНИЕ ЗУБЦА Р И СЛЕДУЮЩЕГО ЗА НИМ НЕИЗМЕННОГО ЖЕЛУДОЧКОВОГО КОМПЛЕКСА ЗА КАЖДЫМИ ДВУМЯ НОРМАЛЬНЫМИ ЦИКЛАМИ P-QRST ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

1) АV-блокады II степени

2) желудочковой экстрасистолии

3) предсердной экстрасистолии

4) бигеминии

5) тригимении

008 (3) К АРИТМИЯМ ОТНОСЯТСЯ

1) синусовый ритм с ЧСС – 132 в мин

2) синусовый ритм с ЧСС – 48 в мин

3) мерцательная аритмия

4) синусовый ритм с ЧСС – 63 в мин

5)синусовый ритм с ЧСС -78 в мин

009 (2) У БОЛЬНОЙ 68-МИ ЛЕТ СТАЛИ ПОЯВЛЯТСЯ КРАТКОВРЕМЕННЫЕ ПРИСТУПЫ ПОТЕРИ СОЗНАНИЯ БЕЗ ПРЕДВЕСТНИКОВ, ДО ОДНОГО РАЗА В ОДНИ ДВА ДНЯ ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ АРИТМИИ СЕРДЦА НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ

1) ЭКГ в покое

2) велоэргометрию

3) суточное мониторирование АД

4) суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру

5) эхокардиоскопию

010 (1) ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ В ПРЕДЫДУЩЕЙ ЗАДАЧЕ (ЗАДАНИЕ №9) УСЛОВИЯ ХАРАКТЕРНЫДЛЯ

1) полной блокады левой ножки пучка Гиса

2) aV-блокады I степени

3) av-блокады III степени

4) желудочковой экстрасистолии.

5) синусовой тахикардии

**6.4. Контрольные вопросы**

1. Что такое ЭКГ?
2. Куда накладываются электроды в 12 стандартных отведениях?
3. Нормальная ЭКГ – высота зубцов?
4. Нормальная ЭКГ – продолжительность интервалов?
5. Нормальная ЭКГ – форма зубцов?
6. Нормо – лево- правограмма – как выглядят ЭКГ в I, II, III

отведениях?

1. Клиническое значение ЭКГ?
2. ЭКГ при гипертрофии предсердий?
3. ЭКГ при гипертрофии желудочков?
4. Экстрасистолия. Предсердная, желудочковая экстрасистолия.
5. Лево- и правожелудочковая экстрасистолия.
6. Экстрасистолия из атриовентрикулярного узла.
7. Что такое аллоритмия?
8. Что такое пароксизмальная тахикардия?
9. Виды (типы) сердечных блокад.
10. Что такое ранняя экстрасистолия, политопная экстрасистолия,

групповая экстрасистолия.

1. Классификация степеней атриовентрикулярной блокады

(пояснить).

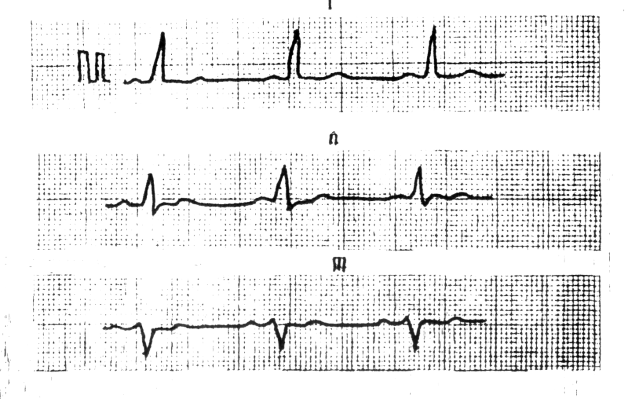
1. Блокада левой и правой ножек пучка Гиса.
2. ЭКГ при мерцательной аритмии. Классификация по частоте

желудочковых сокращений.

1. Полная синоаурикулярная блокада.
2. Трепетание предсердий.
3. Основные стадии инфаркта миокарда на ЭКГ.

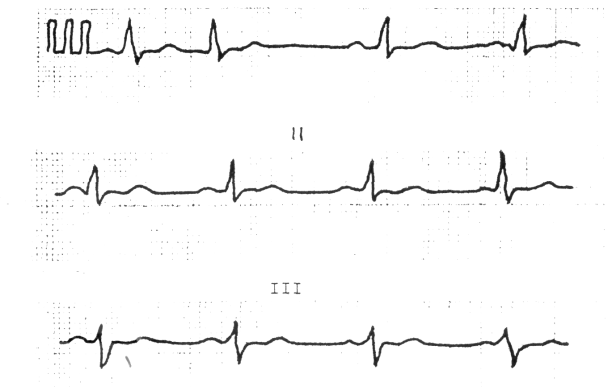
**6.5. Ситуационные задачи**

**Задача № 1**

****

1. Определите положение электрической оси?
2. Признаком гипертрофии какого желудочка является это состояние?
3. Когда бывает смещение электрической оси влево?
4. Когда бывает смещение электрической оси вправо?
5. Что такое нормограмма?

**Задача №2**

****

1.Определите патологию?

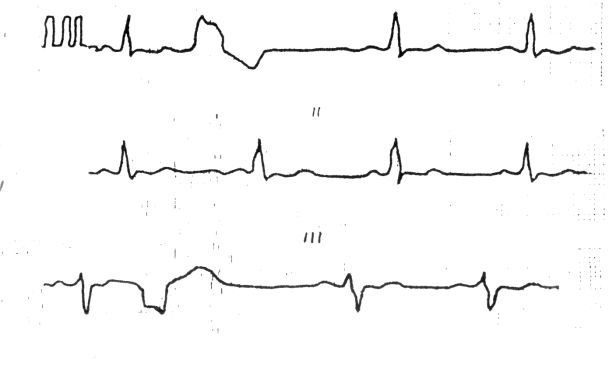
2.Определите какой ритм на данной ЭКГ?

3.Как расположена электрическая ось сердца?

4.Имеются ли признаки мерцательной аритмии?

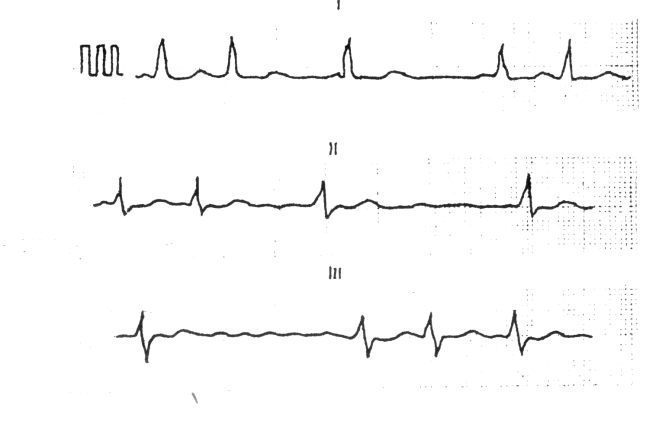
5.Имеются ли признаки гипертрофии ПП?

**Задача № 3**

****

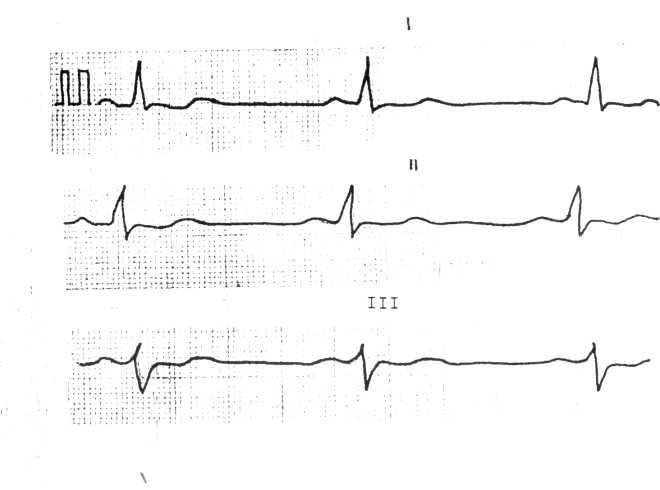
1. Определите патологию?
2. Можно ли говорить о мерцательной аритмии на данной ЭКГ?
3. Какое положение электрической оси сердца?
4. Имеются ли признаки гипертрофии ЛП?
5. Имеются ли признаки гипертрофии ПП?

**Задача № 4**

****

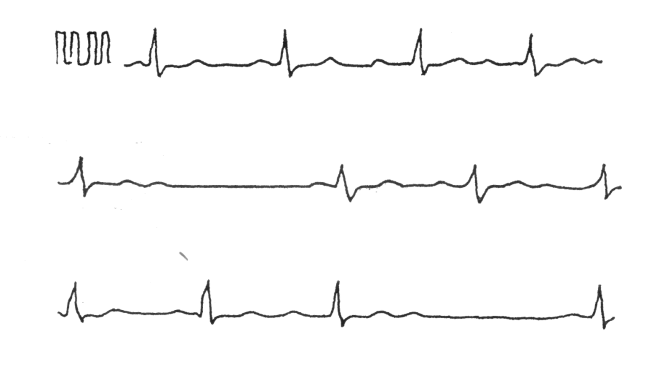
1. Определите патологию?
2. Как расположена электрическая ось сердца?
3. Можно ли оценивать гипертрофию предсердий на данной ЭКГ? Почему?
4. Можно ли говорить о синусовом ритме на данной ЭКГ? Почему?
5. Возможен ли дефицит пульса у данного больного?

**Задача № 5**

****

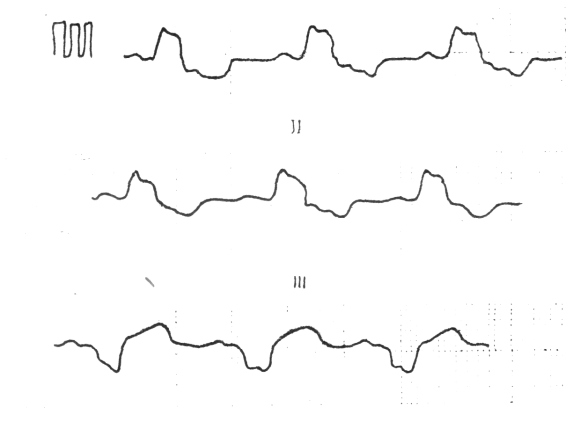
1. Определите ритм?
2. Какое положение электрической оси сердца?
3. Назовите нормальную частоту сердечных сокращений?
4. Имеются ли признаки гипертрофии ЛП?
5. Имеются ли признаки гипертрофии ПП?

**Задача № 6**



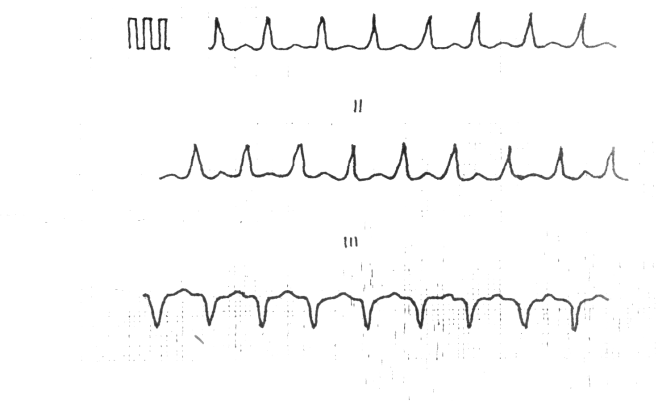
1. Определите патологию?
2. Имеются ли признаки мерцательной аритмии?
3. Какое положение электрической оси сердца?
4. Имеются ли признаки гипертрофии ЛП?
5. Имеются ли признаки гипертрофии ПП?

**Задача № 7**



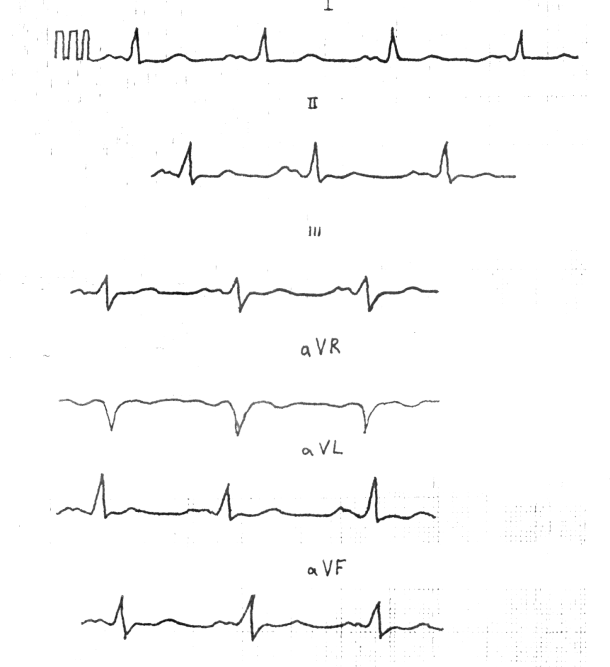
1. Определите патологию?
2. Определите положение электрической оси сердца?
3. Можно ли говорить о синусовом ритме на данной ЭКГ?
4. Имеются ли признаки гипертрофии ЛП?
5. Имеются ли признаки гипертрофии ПП?

**Задача №8**



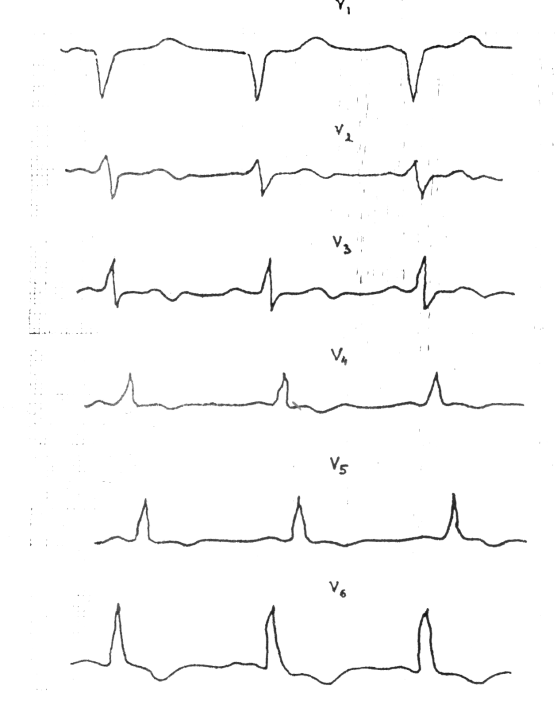
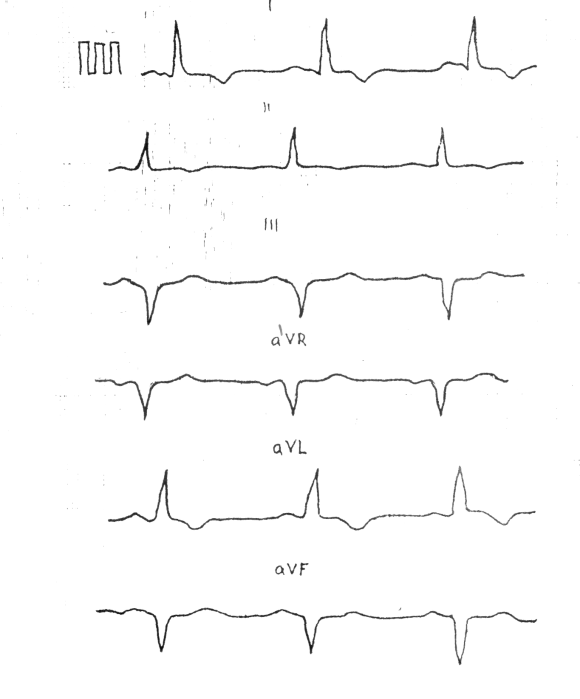
1. Определите патологию?
2. Определите положение электрической оси сердца?
3. Можно ли в данном случае говорить о синусовом ритме? Почему?
4. Имеются ли признаки гипертрофии ЛП? Почему?
5. Имеются ли признаки гипертрофии ПП? Почему?

**Задача № 9**



1. Гипертрофия какого отдела сердца предсавлена на ЭКГ?
2. Определите какой ритм на ЭКГ?
3. Какое положение электрической оси сердца?
4. Имеются ли признаки мерцательной аритмии? Почему?
5. Имеются ли признаки AV блокады?

**Задача № 10**

****

1. Гипертрофия какого отдела сердца представлена на ЭКГ?
2. Какое положение электрической оси?
3. В чем заключается патология конечной части желудочкового комплекса на ЭКГ?
4. Есть ли признаки гипертрофии ЛП?
5. Есть ли признаки гипертрофии ПП

**7.Рекомендации по УИРС**

«Нарушение внутрижелудочковой проводимости»

**8.Рекомендованная литература**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование, вид издания | Автор(-ы), составитель(-и), редактор(-ы) | Место издания, издательство, год |
| **Основная литература** | | | |
| 1. | [Пропедевтика внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=31615) : учеб.для мед. вузов | Н. А. Мухин, В. С. Моисеев | М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. |
| **Дополнительная литература** | | | |
| 1. | [Дополнительные методы обследования больного в терапевтической практике](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=1888) : учеб.пособие для студентов мед. вузов. Ч.2. | Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, Е. О. Карпухина [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2011. |
| 2. | [Дополнительные методы обследования больного в терапевтической практике](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=1889) : учеб.пособие для студентов мед. вузов. Ч.1. | Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, Е. О. Карпухина [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2011. |
| 3. | [Практикум по пропедевтике внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=21500) : учеб.пособие | ред. Ж. Д. Кобалава, В. С. Моисеев | М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. |
| 4. | [Пропедевтика внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=24744) : учеб.пособие к внеаудиторной работе для студентов 3 курса по спец. 060101- Лечебное дело, 060103- Педиатрия | сост. Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, А. Г. Иванов [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2009. |
| 5. | [Пропедевтика внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=30979) : учеб.пособие к аудиторной работе для студентов 3 курса по спец. 060101-Лечебное дело, 060103- Педиатрия. Ч.1.. - Режим доступа: polikarpov\_\_propedevtika\_stud\_3\_lech\_ped\_audit\_1\_1297665056.pdf | сост. Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, А. Г. Иванов [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2009. |
| 6. | [Пропедевтика внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=32404) : учеб.пособие к аудиторной работе для студентов 3 курса по спец. 060101-Лечебное дело, 060103- Педиатрия. Ч.2. | сост. Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, А. Г. Иванов [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2009. |

1. Занятие №13.

Тема: « Сердечно-сосудистая система. Итоговое занятие»

**2.** **Форма организации занятия**: семинарское занятие с использованием тестового контроля, решением ситуационных задач, демонстрацией практических навыков, защитой истории болезни.

**3. Значение изучения темы:** Современная и правильная диагностика заболеваний органов кровообращения зависит от систематического и тщательного обследования больного. При этом врач использует субъективные и объективные методы исследования. Несмотря на значительный прогресс, достигнутый в развитии методов лабораторной и инструментальной диагностики, способность врача выявить признаки заболевания путем непосредственного обследования больного с помощью основных методов обследования продолжает оставаться фундаментом практической деятельности врача-клинициста. Умение проводить детальный расспрос и уверенное владение навыками исследования объективного статуса нередко позволяют врачу поставить правильный диагноз без применения каких-либо дополнительных методов исследования. В других случаях, обнаруженные при этом патологические симптомы, дают возможность определить направление дальнейшего диагностического поиска.

**4.** **Цели обучения:**

- общая: обучающийся должен обладать общекультурными и профессиональными компетенциями

* способностью и готовностью анализировать социально-значимые проблемы и процессы, использовать на практике методы гуманитарных, естественнонаучных, медико-биологических и клинических наук в различных видах профессиональной и социальной деятельности (ОК-1);
* способностью и готовностью к логическому анализу, публичной речи, редактированию текстов профессионального содержания, осуществлению общевоспитательной деятельности, к сотрудничеству и разрешению конфликтов, к толерантности (ОК-5);
* способностью и готовностью осуществлять свою деятельность с учетом принятых в обществе моральных и правовых норм, соблюдением правил врачебной этики, законов и нормативных правовых актов по работе с конфиденциальной информацией, сохранять врачебную тайну (ОК-8).
* способностью и готовностью реализовать этические и деонтологические аспекты врачебной деятельности в общении с коллегами, средним и младшим медицинским персоналом, взрослым населением и подростками, их родителями и родственниками (ПК-1);
* способностью и готовностью к формированию системного подхода к анализу медицинской информации, опираясь на всеобъемлющие принципы доказательной медицины, основанной на поиске решений с использованием теоретических знаний и практических умений в целях совершенствования профессиональной деятельности (ПК-3);
* способностью и готовностью проводить и интерпретировать опрос, физикальный осмотр, клиническое обследование, написать медицинскую карту амбулаторного и стационарного больного (ПК-5);
* способностью и готовностью к работе с медико-технической аппаратурой, используемой в работе с пациентами, владеть компьютерной техникой, получать информацию из различных источников, работать с информацией в глобальных компьютерных сетях; применять возможности современных информационных технологий для решения профессиональных задач (ПК-9);
* способностью и готовностью к постановке диагноза на основании результатов биохимических исследований биологических жидкостей и с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом (ПК-15);
* способностью и готовностью анализировать закономерности функционирования системы органов дыхания, использовать знания анатомо-физиологических основ, взрослого человека и подростка для своевременной диагностики заболеваний и патологических процессов дыхательной системы (ПК-16);
* способностью и готовностью выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы заболеваний органов дыхания, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом, анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах, выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний (ПК-17).
* способностью и готовностью анализировать и интерпретировать результаты современных диагностических технологий по возрастно-половым группам пациентов с учетом их физиологических особенностей организма человека для успешной лечебно-профилактической деятельности, провести диагностику физиологической беременности, участвовать в проведении судебно-медицинской экспертизы (ПК-18);
* способностью и готовностью использовать нормативную документацию, принятую в здравоохранении (законы Российской Федерации, технические регламенты, международные и национальные стандарты, приказы, рекомендации, терминологию, международные системы единиц (СИ), действующие международные классификации), а также документацию для оценки качества и эффективности работы медицинских организаций (ПК-27);
* способностью и готовностью изучать научно-медицинскую информацию, отечественный и зарубежный опыт по тематике исследования (ПК-31);

- учебная:

**знать:**

* современные методы клинического обследования больных с патологией органов кровообращения
* заболевания сердечно-сосудистой системы, связанные с неблагоприятными воздействиями климатических и социальных факторов
* основы профилактической помощи, направленных на укрепление здоровья населения

**уметь:**

* определить статус пациента: собрать анамнез, провести опрос пациента и/или его родственников, провести физикальное обследование пациента с патологией органов кровообращения (осмотр, пальпация перикардиальной области, перкуссия сердца, аускультация сердца, определение пульса и АД);
* оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи;
* оценить социальные факторы, влияющие на состояние физического и психологического здоровья пациента: культурные, этические, религиозные, семейные факторы риска;
* поставить предварительный диагноз – синтезировать информацию о пациенте с целью определения патологии и причин, ее вызывающих;
* заполнять фрагмент истории болезни.

**владеть:**

* правильным ведением медицинской документации;
* методами общеклинического обследования больных с патологией органов кровообращения (расспрос, осмотр, пальпация перикардиальной области, перкуссия сердца (определение границ относительной и абсолютной сердечной тупости, сосудистого пучка, поперечника, конфигурации сердца) аускультация сердца);

**5. План проведения занятия:**

5.1. Письменный контроль

5.2. Решение ситуационных задач

5.3. Сдача практических навыков

5.4. Защита истории болезни.

**Вопросы для письменного контроля по системе органов кровообращения.**

1. Где находится верхушечный толчок?
2. Чем образован верхушечный толчок?
3. Когда усилен верхушечный толчок?
4. Когда ослаблен верхушечный толчок?
5. Чем образован сердечный толчок?
6. Когда бывает сердечный горб?
7. Когда бывает положительный венный пульс?
8. Когда бывает «пляска каротид»?
9. Где находится левая граница относительной сердечной тупости?
10. Где находится правая граница относительной сердечной тупости?
11. Когда граница сердца увеличивается влево и вниз?
12. Когда граница сердца увеличивается вправо?
13. Какие бывают конфигурации сердца?
14. Как изменятся границы абсолютной сердечной тупости при эмфиземе легких?
15. Размеры поперечника сердца?
16. Поперечник сосудистого пучка, где определяется, размеры?
17. Границы относительной сердечной тупости?
18. Чем образована граница абсолютной сердечной тупости?
19. Когда увеличивается граница абсолютной сердечной тупости?
20. Где лучше выслушивается 1 тон?
21. Характеристика 1 тона?
22. Где лучше выслушивается 2 тон, его характеристика?
23. Где выслушивается митральный клапан?
24. Где выслушивается аорта?
25. Где выслушивается ствол легочной артерии?
26. Где выслушивается трехстворчатый клапан?
27. Это выслушивается в 5-й точке Боткина-Эрба?
28. Где определяется диастолическое дрожание грудной клетки при митральном стенозе?
29. Где определяется систолическое дрожание грудной клетки при стенозе устья аорты?
30. Компоненты 1 тона?
31. Компоненты 2 тона?
32. Когда бывает ослабление 1 тона?
33. Когда бывает ослабление 2 тона?
34. Когда бывает раздвоение 2 тона?
35. Когда бывает хлопающий 1 тон?
36. Куда проводится систолический шум при митральной недостаточности?
37. Куда проводится диастолический шум при недостаточности аортального клапана?
38. Куда проводится систолический шум при стенозе устья аорты?
39. Где выслушивается шум трения перикарда?

**Ситуационные задачи.**

**Задача №1.**

В отделение поступил больной К., 42 года, главный инженер Электромеханического завода.

ЖАЛОБЫ: На сильные боли за грудиной, с иррадиацией в левое плечо и лопатку, возникающие при быстрой ходьбе и купирующиеся в покое, после приема нитроглицерина; на слабость, плохой сон.

Анамнез: Считает себя больным в течении двух лет, когда в первые появились загрудинные боли при быстрой ходьбе. Обратился к врачу, который рекомендовал принимать нитроглицерин. Около года назад был помещен в терапевтическое отделение больницы в связи с резким усилением и учащением болей в сердце. В течение недели находился на строгом постельном режиме, который потом был отменен. Выписан через две недели с улучшением. Настоящее ухудшение отмечает в течении 2,5 недель, когда вновь участились и усилились загрудинные боли, появилась слабость, раздражительность, плохой сон.

Курит в течении 22 лет по 20-30 сигарет в день, часто работает по ночам.

1. Наиболее вероятный характер заболевания?

2. Есть ли признаки левожелудочковой сердечной недостаточности?

3. Есть ли признаки тотальной сердечной недостаточности?

4. Есть ли признаки правожелудочковой сердечной недостаточности?

5. Каковы факторы риска заболевания Сердечнососудистой системы?

**Задача №2.**

В отделение поступила больная А., секретарь- машинистка.

Жалобы: На боли колющего и сжимающего характера в области сердца, неинтенсивные, не купирующиеся нитроглицерином; на перебои в работе сердца; на боли в лучезапястных суставах, возникающие в покое и усиливающиеся при движениях; на повышение температуры тела до 37,7\*С, больше по вечерам.

Анамнез: В детстве часто болела ангинами: 2,5 недели назад перенесла тяжелую ангину. После чего появилась припухлость и болезненность при движениях в лучезапястных суставах и правом коленном суставе, повышение температуры тела до 37,2-37,4 \*С. К врачам не обращалась, ничем не лечилась. Через 3-4 дня болезненность в коленном суставе уменьшилась, но усилились боли в лучезапястных суставах, Два дня назад к этим жалобам присоединились боли в области сердца и перебои в работе сердца.

Осмотр: Положение активное. Отмечается покраснение кожи, припухлость в области лучезапястных суставов и болезненность при движении. Объем активных движений ограничен. Температура тела-37,2\*С. Цианоза, отеков нет.

1. Каков наиболее вероятный характер заболевания?

2. Есть ли признаки левожелудочковой сердечной недостаточности?

3. Есть ли признаки тотальной сердечной недостаточности?

4. Есть ли признаки правожелудочковой сердечной недостаточности?

5. Каковы факторы риска данного заболевания?

**Задача № 3.**

В отделение поступил больной П., 62 лет, пенсионер.

Жалобы: На частые загрудинные боли с иррадиацией в левую руку и лопатку, возникающие в покое, чаще по ночам, купирующиеся после приема нитроглицерина; на одышку в покое, усиливающуюся при небольшом физическом напряжении, сопровождающуюся сухим кашлем; на приступы удушья по ночам.

Анамнез: Считает себя больным в течении 3 лет, когда впервые появились боли за грудиной с иррадиацией в левую руку и лопатку. Боли возникали при ходьбе и купировались после приема нитроглицерина. Через 1 год приступы загрудинных болей участились и стали возникать при меньшей нагрузке. Появилась одышка при ходьбе. Две недели назад впервые стали беспокоить приступы удушья по ночам, усилилась одышка при ходьбе и даже в покое, появился сухой кашель.

Осмотр: Отмечается полусидячее положение в постели, цианоз губ, кончиков пальце рук и ног. Отеков нет. Печень не увеличена.

1. Каков наиболее вероятный характер заболевания?

2. Есть ли признаки левожелудочковой сердечной недостаточности?

3. Есть ли признаки тотальной сердечной недостаточности?

4. Есть ли признаки правожелудочковой сердечной недостаточности?

5. Оцените положение больного?

**Задача №4.**

В отделение поступила больная М. 49 лет, преподаватель средней школы.

Жалобы: на сильные головные боли, усиливающиеся вечером и сопровождающиеся тошнотой, на головокружение при ходьбе; мелькание мушек перед глазами; на колющие и сжимающие боли в области сердца и слева от грудины во II-IV межреберье. Боли усиливаются к вечеру и не купируются после приема нитроглицерина.

Анамнез: Считает себя больной в течении 2 лет, когда впервые появились головные боли, головокружение, тошнота и рвота. Была госпитализирована в терапевтическое отделение больницы. После выписки стали снова беспокоить головные боли, чаще к концу рабочего дня. Лечилась амбулаторно. Настоящее ухудшение отмечает в течение недели. Когда появились вышеописанные жалобы.

Осмотр: Положение активное, отмечается гиперемия лица. Цианоза, периферических отеков нет.

1. Каков наиболее вероятный характер заболевания?

2. Есть ли признаки левожелудочковой сердечной недостаточности?

3. Есть ли признаки тотальной сердечной недостаточности?

4. Есть ли признаки правожелудочковой сердечной недостаточности?

5. Являются ли боли в сердце типичными для стенокардии?

**Задача №5.**

Границы относительной сердечной тупости:

Правая- 1 см вправо от края грудины

Левая- на 3 см кнаружи от левой среднеключичной линии

Верхняя- III ребро

Границы абсолютной тупости сердца

Правая – Левый край грудины

Левая – на 1 см кнутри от границы относительной тупости сердца

Верхняя - III межреберье

1.Признаки какого синдрома имеются у больного?

2.Как называется данная конфигурация сердца?

3.Каким будет поперечник сердца?

4.Каким будет верхушечный толчок?

5.Как оценить границы АТС?

**Задача № 6.**

Границы относительной тупости сердца:

Правая – 1 см кнаружи от края грудины

Левая – по среднеключичной линии

Верхняя – III ребро

Границы абсолютной тупости сердца

Правая – левый край грудины

Левый – совпадает с границей относительной тупости сердца

Верхняя – IV ребро

1.Признаки какого синдрома имеются у больного?

2.Как называется данная конфигурация сердца?

3.Каким будет поперечник сердца?

4.Каким будет верхушечный толчок?

5.Будет ли сердечный толчок?

**Задача № 7.**

Границы относительной сердечной тупости:

Правая – у правого края грудины

Левая - на 1,5 см кнаружи от среднеключичной линии

Верхняя III ребро

Ширина сосудистого пучка – 8 см

1.Какие отклонения от нормы у данного пациента?

2.Ожидаемые изменения верхушечного толчка?

3.Как оценить поперечник сердца?

4.Как можно назвать данную конфигурацию?

5.Будет ли сердечный толчок?

**Задача № 8.**

Границы относительной сердечной тупости:

Правая – на 1 см кнаружи от правого края грудины

Левая - на 3 см кнутри от среднеключичной линии

Верхняя IV ребро

Ширина сосудистого пучка – 3 см

1.Как оценить перкуторные параметры у данного больного?

2.Как оценить размеры поперечника сердца?

3.Какой будет конфигурация сердца?

4.Будет ли сердечный толчок?

5.Ожидать ли усиление верхушечного толчка?

**Задача № 9.**

Больной А.. 30 лет анамнез - здоров до вызова скорой помощи и поступления в клинику. На фоне психоэмоциональной перегрузки у больного появились боли за грудиной жгучего характера. Больной принял нитроглицерин. Боли не купировались. Была вызвана скорая помощь, которая прибыла через 40 минут. По прибытию врача кардиолога больного оставались загрудинные боли. Больному оказана медицинская помощь, боли купировались. При поступлении в клинику у больного боли в области сердца не отмечались. На ЭКГ подъем сегмента SТ в II, III, аVР; Депрессия сегмента SТ в I и аVR

1.Что у больного?

2.Поможет ли определиться с диагнозом R-графия грудной клетки?

3.Поможет ли определиться с диагнозом Общий анализ крови?

4. Чем отличается болевой синдром при стенокардии от такового при инфаркте миокарда?

5. Поможет ли определиться с диагнозом эхокардиоскопия?

**Задача № 10.**

Больной К., 45 лет страдает гипертонической болезнью 2 ст. в течение 3 лет. В течение последнего года он стал отмечать боли при физической нагрузке при подъёме выше второго этажа, которые купируются в покое.

1. Что у больного?
2. Что может наблюдаться на ЭКГ во время приступа загрудинных болей?
3. Что можно найти при перкуссии сердца при гипертонической болезни?
4. Назовите ЭКГ-признаки гипертрофии левого желудочка?
5. Оправдано ли ожидание патологического зубца Q на ЭКГ?

**Задача № 11.**

57 - летний больной жалуется, что в течение года 1-2 раза в месяц под утро возникают загрудинные боли сжимающего характера, отдающие под левую лопатку, которые проходят в течение получаса после приема нитроглицерина. При холтеровском мониторировании, в момент приступа подъем SТ в отведениях V 5-6 8 мм на следующий день SТ - на изолинии.

1. Какая патология у больного?
2. Оправдано ли ожидание патологического зубца Q на ЭКГ?
3. Чем отличается болевой синдром при стенокардии от такового при инфаркте миокарда?
4. Что такое Холтеровское мониторирование?
5. Чем можно объяснить иррадиацию болевого синдрома?

**Задача № 12.**

В отделение поступает больной с направительным диагнозом ревматического порока сердца- митральным стенозом.

1. Какую аускультативную картину со стороны сердечно-сосудистой системы должен отследить врач?
2. Какой может быть конфигурация сердца?
3. Какой может быть правая граница ОТС?
4. Какое нарушение ритма может быть зарегистрировано?
5. Что такое дефицит пульса?

**Задача № 13.**

В отделение поступает больной с диагнозом митральной недостаточности.

1. Какою аускультативную картину должен ожидать врач?
2. Какой может быть конфигурация сердца?
3. Какой может быть правая граница ОТС?
4. Какое нарушение ритма может быть зарегестрировано?
5. Что такое дефицит пульса?

**Задача № 14.**

В отделение поступил больной при, расспросе которого выяснилось, что ранее часто болел ангинами, в течение нескольких лет беспокоит одышка при физической нагрузке. При обследовании кожные покровы не изменены, отеков нет. Левая граница ОТС увеличена, имеется систолический шум, проводящийся в подмышечную область.

1. О каком заболевании можно думать?
2. Как может звучать 1 тон
3. Как может звучать 2 тон
4. Какой может быть верхняя граница ОТС
5. Какой может быть правая граница ОТС

**Задача №15**.

При обследовании у больного выявлено:

Во втором межреберье справа от грудины вы­слушивается диастолический шум убывающего характе­ра, начинающийся сразу после II тона и занимающий 2/3 диастолы. Шум проводящийся в точку Боткина и на верхушку сердца. На ЭКГ гипертрофия левого желудочка, на ФКГ- снижение амплитуды 1 и 2 тона, диастолический шум.

1. При каком синдроме это может быть?
2. Какой ожидается звучность 1 тона?
3. Звучность 2 тона?
4. Ожидается ли дефицит пульса?
5. Основные свойства пульса при данном пороке?

**Задача № 16.**

При обследовании у больного было выявлено:

На верхушке выслушивается диастолический шум, начи­нающийся через небольшой интервал после II тона, убывающего ха­рактера, продолжающийся всю диастолу. Шум имеет пресисталическое усиление, никуда не проводится. ЭКГ- гипертрофия левого желудочка, ФКГ- снижение амплитуды 1 и 2 тона диастолический шум в течение всей диастолы.

1. При каком синдроме это может быть?
2. Как называется пресистолическое усиление шума?
3. Какой будет конфигурация сердца?
4. Каким будет верхушечный толчок?
5. Каким будет сердечный толчок?

**Задача № 17.**

При обследовании у больного выявлено

Во втором межреберье справа от грудины вы­слушивается грубый систолический шум нарастающе-убывающего характера, проводящийся на сосуды шеи и в точку Боткина.

ЭКГ- признаки гипертрофии левого желудочка

ФКГ- систолический шум ромбовидной формы

1. О каком пороке следует думать?
2. Какой ожидается звучность первого тона?
3. Какой ожидается звучность 2 тона?
4. Предположительная локализация верхушечного толчка?
5. Наиболее характерные параметры пульса?

**Задача № 18.**

При пальпации на основании сердца выявляется дрожание, совпадающее с пульсацией на а. сагоtis.

1. Для какого порока сердца это характерно?
2. Какой ожидается звучность первого тона?
3. Какой ожидается звучность 2 тона?
4. Будет ли тон открытия митрального клапана?
5. Будет ли дефицит пульса?

**Задача №19.**

У больного с пороком сердца выявлена «пляска каротид»?

1. Для какого порока это характерно?
2. Какие основные свойства пульса при этом пороке?
3. Что такое симптом Мюссе?
4. Каким будет поперечник сердца?
5. Какой шум будет выслушиваться?

**Задача № 20.**

У больного с пороком сердца обнаружен скачущий пульс:

1. Для какого порока это характерно?
2. Какой шум будет выслушиваться?
3. Какой будет “талия” сердца?
4. Какими будут свойства верхушечного толчка?
5. Каким будет поперечник сердца?

**Перечень практических навыков.**

* 1. Пальпация верхушечного волчка.
  2. Пальпация сердечного толчка.
  3. Пальпация диастолического дрожания грудной клетки.
  4. Пальпация систолического дрожания грудной клетки.
  5. Пальпация пульса.
  6. Определение границ относительной сердечной тупости.
  7. Определение границ абсолютной сердечной тупости.
  8. Перкуссия сосудистого пучка.
  9. Определение поперечника сердца.
  10. Определение правого контура сердца.
  11. Определение левого контура сердца.
  12. Аускультация сердца.

1. **Рекомендованная литература по теме занятия**:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование, вид издания | Автор(-ы), составитель(-и), редактор(-ы) | Место издания, издательство, год |
| **Основная литература** | | | |
| 1. | [Пропедевтика внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=31615) : учеб.для мед. вузов | Н. А. Мухин, В. С. Моисеев | М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. |
| **Дополнительная литература** | | | |
| 1. | [Дополнительные методы обследования больного в терапевтической практике](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=1888) : учеб.пособие для студентов мед. вузов. Ч.2. | Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, Е. О. Карпухина [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2011. |
| 2. | [Дополнительные методы обследования больного в терапевтической практике](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=1889) : учеб.пособие для студентов мед. вузов. Ч.1. | Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, Е. О. Карпухина [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2011. |
| 3. | [Практикум по пропедевтике внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=21500) : учеб.пособие | ред. Ж. Д. Кобалава, В. С. Моисеев | М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. |
| 4. | [Пропедевтика внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=24744) : учеб.пособие к внеаудиторной работе для студентов 3 курса по спец. 060101- Лечебное дело, 060103- Педиатрия | сост. Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, А. Г. Иванов [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2009. |
| 5. | [Пропедевтика внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=30979) : учеб.пособие к аудиторной работе для студентов 3 курса по спец. 060101-Лечебное дело, 060103- Педиатрия. Ч.1.. - Режим доступа: polikarpov\_\_propedevtika\_stud\_3\_lech\_ped\_audit\_1\_1297665056.pdf | сост. Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, А. Г. Иванов [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2009. |
| 6. | [Пропедевтика внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=32404) : учеб.пособие к аудиторной работе для студентов 3 курса по спец. 060101-Лечебное дело, 060103- Педиатрия. Ч.2. | сост. Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, А. Г. Иванов [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2009. |

1. Занятие № 14.

Тема: «Методы обследования больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта»

2. Форма организации занятия: клиническое практическое.

**3. Значение изучения темы**: Желудочно-кишечный тракт (ЖКТ) функционально связан со всеми основными системами человеческого организма. ЖКТ выполняет очень важную метаболическую функцию, отвечая за переваривание и всасывание питательных веществ, обезвреживание токсинов, метаболизм гормонов, производство энергии и пр. Гастроэнтерология изучает причины и механизмы развития заболеваний органов пищеварения, разрабатывает новые методы их диагностики, лечения и профилактики. Заболевания органов пищеварения на сегодняшний день являются наиболее распространенными из всех заболеваний внутренних органов. Это заболевания пищевода, желудка, поджелудочной железы, кишечника, желчного пузыря и печени.

Поэтому *учебным значением данной* *темы* является знакомство с симптоматологией заболеваний ЖКТ, используя клинические методы обследования.

*Профессиональное значение темы*: подготовка квалифицированного специалиста, хорошо ориентирующегося в методах обследования больных с заболеваниями ЖКТ.

*Личностное значение темы*: развитие ответственности будущего врача за проведение первичной профилактики заболеваний ЖКТ.

**4.** **Цели обучения:**

- общая: обучающийся должен обладать общекультурными и профессиональными компетенциями

* способностью и готовностью анализировать социально-значимые проблемы и процессы, использовать на практике методы гуманитарных, естественнонаучных, медико-биологических и клинических наук в различных видах профессиональной и социальной деятельности (ОК-1);
* способностью и готовностью к логическому анализу, публичной речи, редактированию текстов профессионального содержания, осуществлению общевоспитательной деятельности, к сотрудничеству и разрешению конфликтов, к толерантности (ОК-5);
* способностью и готовностью осуществлять свою деятельность с учетом принятых в обществе моральных и правовых норм, соблюдением правил врачебной этики, законов и нормативных правовых актов по работе с конфиденциальной информацией, сохранять врачебную тайну (ОК-8);
* способностью и готовностью реализовать этические и деонтологические аспекты врачебной деятельности в общении с коллегами, средним и младшим медицинским персоналом, взрослым населением и подростками, их родителями и родственниками (ПК-1);
* способностью и готовностью к формированию системного подхода к анализу медицинской информации, опираясь на всеобъемлющие принципы доказательной медицины, основанной на поиске решений с использованием теоретических знаний и практических умений в целях совершенствования профессиональной деятельности (ПК-3);
* способностью и готовностью проводить и интерпретировать опрос, физикальный осмотр, клиническое обследование, написать медицинскую карту амбулаторного и стационарного больного (ПК-5);
* способностью и готовностью проводить патофизиологический анализ клинических синдромов, обосновывать патогенетически оправданные методы (принципы) диагностики, профилактики патологии ЖКТ среди взрослого населения с учетом их возрастно-половых групп (ПК-6);
* способностью и готовностью к работе с медико-технической аппаратурой, используемой в работе с пациентами, владеть компьютерной техникой, получать информацию из различных источников, работать с информацией в глобальных компьютерных сетях; применять возможности современных информационных технологий для решения профессиональных задач (ПК-9);
* способностью и готовностью к постановке диагноза на основании результатов биохимических исследований биологических жидкостей и с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом (ПК-15);
* способностью и готовностью анализировать закономерности функционирования системы органов дыхания, использовать знания анатомо-физиологических основ, взрослого человека и подростка для своевременной диагностики заболеваний и патологических процессов дыхательной системы (ПК-16);
* способностью и готовностью выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы заболеваний органов дыхания, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом, анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах, выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний (ПК-17);
* способностью и готовностью анализировать и интерпретировать результаты современных диагностических технологий по возрастно-половым группам пациентов с учетом их физиологических особенностей организма человека для успешной лечебно-профилактической деятельности, провести диагностику физиологической беременности, участвовать в проведении судебно-медицинской экспертизы (ПК-18);
* способностью и готовностью использовать нормативную документацию, принятую в здравоохранении (законы Российской Федерации, технические регламенты, международные и национальные стандарты, приказы, рекомендации, терминологию, международные системы единиц (СИ), действующие международные классификации), а также документацию для оценки качества и эффективности работы медицинских организаций (ПК-27);
* способностью и готовностью изучать научно-медицинскую информацию, отечественный и зарубежный опыт по тематике исследования (ПК-31);

- учебная:

**знать:**

* современные методы клинического обследования больных с заболеваниями ЖКТ
* механизмы развития основных симптомов при патологии органов пищеварения, оценить их диагностическое значение
* основы профилактической помощи, направленных на укрепление здоровья населения

**уметь:**

* определить статус пациента: собрать анамнез, провести опрос пациента и/или его родственников, провести физикальное обследование пациента с патологией ЖКТ (осмотр);
* оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи;
* оценить социальные факторы, влияющие на состояние физического и психологического здоровья пациента: культурные, этические, религиозные, семейные факторы риска;
* поставить предварительный диагноз – синтезировать информацию о пациенте с целью определения патологии и причин, ее вызывающих;
* заполнять фрагмент истории болезни.

**владеть:**

* правильным ведением медицинской документации;
* методами общеклинического обследования больных с патологией ЖКТ (расспрос, осмотр);

**5. План изучения темы**:

* 1. **Контроль исходного уровня знаний** (тестовые вопросы)

**5.2** **Основные понятия и положения темы (**граф логической структуры темы**,** плакаты «строение ЖКТ», «Язвенная болезнь желудка»).

**5.3 Самостоятельная работа по теме:**

- курация больных

- формирование представления о больном

- разбор курируемых больных

- написание фрагмента истории болезни

**5.4 Итоговый контроль знаний**

- ответы на вопросы по теме занятия

- решение ситуационных задач.

**6. Домашнее задание для уяснения темы занятия**

**6.1.Контрольные вопросы по теме занятия**

1. Какие основные жалобы предъявляют больные с заболеваниями ЖКТ?

2. Как объяснить механизм боли при заболевании ЖКТ?

3.Какие виды отрыжки вам известны. О чём свидетельствует появление раз-

личного вкуса или запаха.

4. О чём свидетельствует появление у больных изжоги.

5. Как отличить тошноту и рвоту центрального происхождения от перифери­ческой.

6. Как отличить пищеводную рвоту от желудочной?

7. Какое диагностическое значение имеет выяснение характера рвотных масс и примесей в них.

8. Как объяснить пищеводное кровотечение?

9. Как отличить желудочную рвоту от рвоты другого происхождения?

10. Какого характера боли возникают при заболеваниях кишечника?

11. Объяснить механизм их происхождения?

12. Как выглядит стул при кишечном кровотечении?

13. Какие бывают запоры, механизм их возникновения?

14. Какие изменения можно обнаружить при наружном осмотре?

15. Какие изменения можно обнаружить при поверхностной пальпации живо­та?

16. Каков порядок глубокой скользящей пальпации по Образцову-Стражеско?

17. Как определить нижнюю границу желудка?

18. Какие изменения могут быть выявлены при аускультации живота?

19. Перечислите жалобы больных с заболеваниями кишечника.

20. Как отличить поносы при заболеваниях тонкого и толстого кишечника?

**6.2.Тесты.**

**Вариант 1.**

001. для функциональной дисфагии характерно

1) возникает приступообразно и бывает при прохождении жидкой пищи

2) носит прогрессирующий характер

3) больной с трудом глотает твердую пищу

4) носит прогрессирующий характер и бывает при прохождении жидкой пищи

5) верно 2,3

002. Боли опоясывающего характера, тошнота, многократная рвота - характерные признаки

1) острого холецистита

2) острого панкреатита

3) острого гастрита

4) острого энтероколита

5) острого гепатита

003. рвота коричневым содержимым, типа «кофейной гущи» Бывает при

1) заглатывании крови при носовых кровотечениях

2) желудочном кровотечении

3) пищеводном кровотечении

4) кровотечении из нижних отделов ЖКТ

5) кишечной непроходимости

004. Волнообразное течение заболевания с рецидивами весной и осенью характерно для

1) опухолевого процесса

2) язвенной болезни

3) гастрита

4) панкреатита

5) цирроза печени

005. Ложные болезненные позывы на дефекацию (тенезмы), стул малыми порциями с примесью слизи и крови характерны для поражения?

1) тонкой кишки

2) толстой кишки

3) пищевода

4) поджелудочной железы

5) печени

006. У пациента при аускультации живота отсутствуют шумы кишечной перистальтики это наблюдается при

1) острой кишечной непроходимости

2) остром перивисцерите

3) остром воспалении тонкой кишки

4) язвенной болезни желудка

5) язвенной болезни ДПК

007. Прогрессирующие запоры с задержкой отхождения газов характерны для

1) воспаления тонкой кишки

2) дискинезии толстой кишки

3) опухоли кишечника

4) язвенной болезни желудка

5) эзофагита

008. Болезненность в зоне Шоффара в типичных случаях свидетельствует

1) о поражении тела желудка;

2) о поражении пилорической части желудка;

3) о поражении 12-перстной кишки;

4) о поражении 12-перстной кишки и/или пилорической части желудка;

5) о поражении пилорической части желудка, 12-перстной кишки и/или головки pancreas.

009. Боли в эпигастральной области, возникающие через 1,5-2 часа после приема пищи, характерны для

1) заболевания желудка

2) заболевания 12- перстной кишки

3) заболевания пищевода

4) заболевания печени

5) заболевания желчного пузыря

010. ангулярный стоматит это

1) ярко-красный язык с атрофированными сосочками;

2) яркая гиперемия слизистой полости рта, десен;

3) резкая гиперемия зева;

4) гиперемия слизистой полости рта, десен;

5) трещины (заеды) в углах рта.

**Вариант 2.**

001. рвота пищей, съеденной накануне характерна для

1) стеноза привратника

2) желудочного кровотечения

3) язвенной болезни ДПК

4) холецистита

5) панкреатита

002. Хантеровский (Гунтеровский) глоссит это

1) язык густо обложен белым налетом, сосочки гипертрофированы

2) язык обложен желтоватым налетом, сосочки гипертрофированы

3) ярко-красный язык, сосочки атрофированы

4) отечный, увеличенный в размерах язык

5) отечный, увеличенный в размерах язык с отпечатками зубов по краям

003. Стойкий «синдром малых признаков» (немотивированная слабость, снижение трудоспособности, депрессия, снижение аппетита, желудочный дискомфорт) чаще характерен для

1) хронического колита

2) язвенной болезни желудка

3) рака желудка

4) язвенной болезни ДПК

5) хронического холецистита

004. Упорная анорексия характерна для:

1) гастрита

2) язвенной болезни желудка

3) рака желудка

4) язвенной болезни ДПК

5) хронического холецистита

005. Шум трения брюшины выслушивается при

1) язвенной болезни желудка

2) гастрите

3) раке желудка

4) воспалении брюшины

5) эзофагите

006. У больного, длительно страдающего язвенной болезнью с локализацией язвы в луковице двенадцатиперстной кишки, в последнее время изменилась клиническая картина: появилась тяжесть после еды, тошнота, обильная рвота пищей во второй половине дня, неприятный запах изо рта, потеря веса. Можно думать о следующем осложнении

1) органическом стенозе пилородуоденальной зоны

2) функциональном стенозе

3) малигнизации язвы

4) пенетрации язвы

5) перфорации язвы

007. мелена это

1) жидкий черный кал

2) обесцвеченный кал

3) «жирный» блестящий кал  
4) «овечий» кал

5) лентовидный кал

008. Больной, длительно страдающий язвенной болезнью с локализацией язвы в желудке, обратился с жалобами на слабость, тошноту, потерю аппетита, постоянные боли в эпигастральной области, похудание. В данном случае можно думать о следующем осложнении язвенной болезни

1)стенозе выходного отдела желудка

2)малигнизации язвы

3)пенетрации язвы

4)микрокровотечении из язвы

5)перфорации язвы

009. Париетальные клетки слизистой оболочки желудка секретируют

1) соляную кислоту

2) молочную кислоту

3) гастромукопротеид

4) муцин

5) пепсиноген

010. Добавочные клетки слизистой оболочки желудка секретируют

1) муцин

2) бикарбонаты

3) гастрин

4) секретин

5) внутренний фактор Касла

**Вариант 3**.

001. У пациента при аускультации живота отсутствуют шумы кишечной перистальтики это наблюдается при

1) острой кишечной непроходимости

2) остром перивисцерите

3) остром воспалении тонкой кишки

4) язвенной болезни желудка

5) язвенной болезни ДПК

002. Прогрессирующие запоры с задержкой отхождения газов характерны для

1) воспаления тонкой кишки

2) дискинезии толстой кишки

3) опухоли кишечника

4) язвенной болезни желудка

5) эзофагита

003. Болезненность в зоне Шоффара в типичных случаях свидетельствует

1) о поражении тела желудка;

2) о поражении пилорической части желудка;

3) о поражении 12-перстной кишки;

4) о поражении 12-перстной кишки и/или пилорической части желудка;

5) о поражении пилорической части желудка, 12-перстной кишки и/или головки pancreas.

004. Боли в эпигастральной области, возникающие через 1,5-2 часа после приема пищи, характерны для

1) заболевания желудка

2) заболевания 12- перстной кишки

3) заболевания пищевода

4) заболевания печени

5) заболевания желчного пузыря

005. ангулярный стоматит это

1) ярко-красный язык с атрофированными сосочками;

2) яркая гиперемия слизистой полости рта, десен;

3) резкая гиперемия зева;

4) гиперемия слизистой полости рта, десен;

5) трещины (заеды) в углах рта.

006. рвота пищей, съеденной накануне характерна для

1) стеноза привратника

2) желудочного кровотечения

3) язвенной болезни ДПК

4) холецистита

5) панкреатита

007. Хантеровский (Гунтеровский) глоссит это

1) язык густо обложен белым налетом, сосочки гипертрофированы

2) язык обложен желтоватым налетом, сосочки гипертрофированы

3) ярко-красный язык, сосочки атрофированы

4) отечный, увеличенный в размерах язык

5) отечный, увеличенный в размерах язык с отпечатками зубов по краям

008. Стойкий «синдром малых признаков» (немотивированная слабость, снижение трудоспособности, депрессия, снижение аппетита, желудочный дискомфорт) чаще характерен для

1) хронического колита

2) язвенной болезни желудка

3) рака желудка

4) язвенной болезни ДПК

5) хронического холецистита

009. Упорная анорексия характерна для:

1) гастрита

2) язвенной болезни желудка

3) рака желудка

4) язвенной болезни ДПК

5) хронического холецистита

010. Шум трения брюшины выслушивается при

1) язвенной болезни желудка

2) гастрите

3) раке желудка

4) воспалении брюшины

5) эзофагите

**Вариант 4.**

001. для функциональной дисфагии характерно

1) возникает приступообразно и бывает при прохождении жидкой пищи

2) носит прогрессирующий характер

3) больной с трудом глотает твердую пищу

4) носит прогрессирующий характер и бывает при прохождении жидкой пищи

5) верно 2,3

002. Боли опоясывающего характера, тошнота, многократная рвота - характерные признаки

1) острого холецистита

2) острого панкреатита

3) острого гастрита

4) острого энтероколита

5) острого гепатита

003. рвота коричневым содержимым, типа «кофейной гущи» Бывает при

1) заглатывании крови при носовых кровотечениях

2) желудочном кровотечении

3) пищеводном кровотечении

4) кровотечении из нижних отделов ЖКТ

5) кишечной непроходимости

004. Волнообразное течение заболевания с рецидивами весной и осенью характерно для

1) опухолевого процесса

2) язвенной болезни

3) гастрита

4) панкреатита

5) цирроза печени

005. Ложные болезненные позывы на дефекацию (тенезмы), стул малыми порциями с примесью слизи и крови характерны для поражения?

1) тонкой кишки

2) толстой кишки

3) пищевода

4) поджелудочной железы

5) печени

006. У больного, длительно страдающего язвенной болезнью с локализацией язвы в луковице двенадцатиперстной кишки, в последнее время изменилась клиническая картина: появилась тяжесть после еды, тошнота, обильная рвота пищей во второй половине дня, неприятный запах изо рта, потеря веса. Можно думать о следующем осложнении

1) органическом стенозе пилородуоденальной зоны

2) функциональном стенозе

3) малигнизации язвы

4) пенетрации язвы

5) перфорации язвы

007. мелена это

1) жидкий черный кал

2) обесцвеченный кал

3) «жирный» блестящий кал  
4) «овечий» кал

5) лентовидный кал

008. Больной, длительно страдающий язвенной болезнью с локализацией язвы в желудке, обратился с жалобами на слабость, тошноту, потерю аппетита, постоянные боли в эпигастральной области, похудание. В данном случае можно думать о следующем осложнении язвенной болезни

1)стенозе выходного отдела желудка

2)малигнизации язвы

3)пенетрации язвы

4)микрокровотечении из язвы

5)перфорации язвы

009. Париетальные клетки слизистой оболочки желудка секретируют

1) соляную кислоту

2) молочную кислоту

3) гастромукопротеид

4) муцин

5) пепсиноген

010. Добавочные клетки слизистой оболочки желудка секретируют

1) муцин

2) бикарбонаты

3) гастрин

4) секретин

5) внутренний фактор Касла

**6.3.Ситуационные задачи.**

Задача № 1.

Больной С., 36 лет, шофер. Жалуется на кислую отрыжку, изжогу, чувство давления в подложечной области через 20-30 минут после еды, боли чаще возникают при приеме острой, грубой пищи. Объективно язык влажный, у корня обложен серовато-белым налетом. При пальпации живота незначительная болезненность в эпигастральной области.

1. О каком заболевании следует думать?

2. Как называются боли через 20-30 минут после еды?

3. Что такое отрыжка?

4. Причины возникновения изжоги?

5. С какой целью проводят поверхностную пальпацию?

3адача № 2.

Больной Р, 43 года, фармацевт. Жалуется на голодные, поздние и ночные боли в пилородуоденальной зоне, изжогу, отрыжку, аппетит сохранен и даже повышен. Боли с юношеских лет, обострения наступают в осеннее время года, много курит, питается нерегулярно. При осмотре, больной пониженного питания, при поверхностной и глубокой пальпации болезненность в эпигастрии, положителен симптом Менделя.

1. О каком заболевании следует думать?

2. Какие боли относят к поздним?

3. Последовательность глубокой пальпации живота?

4. Как определяется симптом Менделя?

5. Что такое изжога?

Задача № 3.

Больной Н, 18 лет студент. Жалуется на коликообразные боли в животе, усиливающиеся перед дефекацией. Стул жидкий, часто со слизью и кровью. Заболел остро. При пальпации болезненна и спастически сокращенная толстая кишка.

1. О каком заболевании можно думать?

2. Что такое тенезмы?

3. Причины появления болей при данной патологии?

4. Где пальпируется сигмовидная кишка?

5. Какой симптом при пальпации живота сигнализирует о перитоните?

Задача № 4.

Больной П., инженер-электрик, обратился к врачу с жалобами на боль в эпигастральной области через 40-50 минут после приема пищи, тошноту, иногда рвоту на высоте боли, после которой больному становилось легче. Возникновению боли предшествует чувство жжения в эпигастрии и за грудиной.

Считает себя больным в течение 6 месяцев, когда впервые во время длительной командировки появилась боль в эпигастрии. За медицинской помощью не обращался. В последующем аналогичная боль повторялась после употребления грубой пищи. Отмечает улучшение после приема молока. Последнее обострение наступило 4 дня назад, связывает с психической нагрузкой и нерегулярностью питания.

Объективно: состояние удовлетворительное. Язык влажный, слегка обложен белым налетом, имеются кариозные зубы. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии слева от срединной линии, умеренная локальная напряженность мышц передней брюшной стенки, положительный симптом Менделя. Печень не увеличена. Со стороны других органов и систем патологии не выявлено.

1. О каком заболевании можно думать?

2. Какая отрыжка характерна при повышенной кислотности желудочного сока?

3. Укажите особенность периферической рвоты

4. Что такое симптом Мендаля?

5. Назовите возможные осложнения данного заболевания?

Задача № 5.

Больной Д, 75 лет, пенсионер. Предъявляет жалобы на прогрессирующее похудение, полное отсутствие аппетита, отвращение к мясным и рыбным блюдам. Болен 6 месяцев. Объективно: больной истощен, выраженная болезненность при пальпации живота в эпигастрии.

1. О каком заболевании можно думать?

2. Что такое синдром «малых признаков»?

3. Для какого заболевания характерен данный синдром?

4. Что такое «железа Вирхова»?

5. Когда можно выслушать шум трения брюшины?

3адача № 6.

Больной К, 26 лет, слесарь. Поступил в стационар с жалобами на боли в эпигастрии через 2-3 часа после еды, ночные боли, успокаивающиеся после приема соды, мучительную изжогу, отрыжку, запор. В анамнезе злоупотребление алкоголем, много курит, не соблюдает режим питания. При обследовании отмечена болезненность в эпигастрии, больше справа с незначительным мышечным напряжением в этой зоне.

1. О каком заболевании можно думать?

2. Как называются боли через 2-3 часа после еды?

3. Назовите факторы риска данного заболевания?

4. Что такое изжога?

5. Объясните механизм боли при данном заболевании?

3адача №7.

Больной М, 53 года, инженер, поступил в клинику с жалобами на отсутствие аппетита, чувство тяжести в подложечной области, общую слабость. В течение многих лет наблюдался по поводу хронического гастрита. Последние 6 месяцев боли приняли постоянный характер, потерял в весе 6 кг. Больной бледен, пониженного питания, болезненность и напряжение брюшной стенки в эпигастральной области.

1. О какой патологии следует думать?

2. Что такое синдром «малых признаков»?

3. О чем свидетельствует бледность кожных покровов?

4. Где пальпируется привратник желудка?

5. Что можно получить при пальпации привратника в данном случае?

3адача № 8.

Больной Б., 40 лет, токарь. Обратился к врачу с жалобами на постоянные ноющие боли, иррадиирующие в спину, на опоясывающие боли, особенно по ночам.

Объективно: болезненность при пальпации эпигастральной области.

1. О каком заболевании можно думать?

2. Назовите диспепсические расстройства, наиболее характерные для данной патологии?

3. Какие внешние изменения стула могут наблюдаться при данной патологии?

4. Каковы наиболее частые причины развития данной патологии?

5. Назовите возможные осложнения данного заболевания?

Задача № 9.

Больной 47 лет, с двадцатилетнего возраста страдает гастритом, 12 лет назад впервые выявлена язва желудка. Обострения были почти ежегодными, обычно в осенне-зимнее время, длительностью не более 3-4 недель.

Настоящее обострение началось более 4 месяцев назад, причем больной отмечает постоянный характер болей, прием любой пищи боли усиливает, появляется иррадиация их в спину. Резко ухудшился аппетит, хотя ранее даже во время обострений аппетит был хорошим, в весе не терял, а сейчас из-за боязни усиления болей и плохого аппетита ест мало, испытывает отвращение к мясной пище, похудел за последние месяцы на 12 кг. В течение 3-4 недель стала беспокоить отрыжка "тухлым яйцом", икота.

При осмотре: резко пониженного питания. Кожные покровы землисто-бледные. Язык обложен белым налетом. В углах рта заеды. Живот мягкий, болезнен в эпигастрии.

1. О каком заболевании можно думать?

2. Что можно найти при обследовании лимфатических узлов при данной патологии?

3. О чем свидетельствует отрыжка «тухлым»?

4. Почему при данном заболевании бывают заеды?

5. Что такое симптом Менделя?

Задача № 10.

Больной А., 32 лет, обратился к врачу с жалобами на боль жгучего характера в эпигастральной области с иррадиацией под правую лопатку, появляющуюся через 2 часа после приема нищи, а также в ночное время, стихающую после приема соды, на изжогу, тошноту, общую слабость, головокружение, сердцебиение, черный (дегтеобразный) стул.

Объективно: Состояние средней тяжести, больной пониженного питания, кожные покровы бледные. Со стороны легких патологии не выявлено. Пульс 112 ударов в минуту, слабого наполнения, АД 100/65 мм рт.ст. Живот обычной конфигурации, при пальпации отмечается болезненность в эпигастральной области справа от срединной линии.

1. О каком заболевании можно думать?

2. Как называются боли, возникающие через 2 часа после еды, в ночное время?

3. Назовите факторы риска данного заболевания?

4. Как называется черный дегтеобразный стул?

5. Чем можно объяснить наличие сердцебиения, головокружения?

**7. Список тем по УИРС:**

* Язвенная болезнь желудка и ДПК
* Хронические гастриты
* Рак желудка
* Дополнительные методы обследования ЖКТ.

**8.Рекомендованная литература по теме занятия:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование, вид издания | Автор(-ы), составитель(-и), редактор(-ы) | Место издания, издательство, год |
| **Основная литература** | | | |
| 1. | [Пропедевтика внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=31615) : учеб.для мед. вузов | Н. А. Мухин, В. С. Моисеев | М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. |
| **Дополнительная литература** | | | |
| 1. | [Дополнительные методы обследования больного в терапевтической практике](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=1888) : учеб.пособие для студентов мед. вузов. Ч.2. | Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, Е. О. Карпухина [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2011. |
| 2. | [Дополнительные методы обследования больного в терапевтической практике](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=1889) : учеб.пособие для студентов мед. вузов. Ч.1. | Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, Е. О. Карпухина [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2011. |
| 3. | [Практикум по пропедевтике внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=21500) : учеб.пособие | ред. Ж. Д. Кобалава, В. С. Моисеев | М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. |
| 4. | [Пропедевтика внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=24744) : учеб.пособие к внеаудиторной работе для студентов 3 курса по спец. 060101- Лечебное дело, 060103- Педиатрия | сост. Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, А. Г. Иванов [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2009. |
| 5. | [Пропедевтика внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=30979) : учеб.пособие к аудиторной работе для студентов 3 курса по спец. 060101-Лечебное дело, 060103- Педиатрия. Ч.1.. - Режим доступа: polikarpov\_\_propedevtika\_stud\_3\_lech\_ped\_audit\_1\_1297665056.pdf | сост. Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, А. Г. Иванов [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2009. |
| 6. | [Пропедевтика внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=32404) : учеб.пособие к аудиторной работе для студентов 3 курса по спец. 060101-Лечебное дело, 060103- Педиатрия. Ч.2. | сост. Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, А. Г. Иванов [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2009. |

**1.Занятия № 15**

**Тема: «Методы обследования больных с заболеваниями органов желчевыделения. Пальпация печени и желчного пузыря. Перкуссия печени. Пальпация и перкуссия селезенки».**

**2. Форма организации занятия:** клиническое практическое занятие

**3.** **Значение изучения темы**: Недостаточно полное обследование больного может привести к диагностическим ошибкам. Умение правильно собрать жалобы с их подробным уточнением, подробный анамнез, выявит патологические симптомы при осмотре больного, провести пальпацию и перкуссию печени, пальпацию желчного пузыря и селезенки являются неотъемлемой частью диагностического процесса.

**4. Цели обучения:**

- о**бщая цель:** (обучающийся должен обладать **общекультурными**  (ОК) и **общепрофессиональными (ОП) компетенциями**:

* способностью и готовностью анализировать социально-значимые проблемы и процессы, использовать на практике методы гуманитарных, естественнонаучных, медико-биологических и клинических наук в различных видах профессиональной и социальной деятельности (ОК-1);
* способностью и готовностью к логическому анализу, публичной речи, редактированию текстов профессионального содержания, осуществлению общевоспитательной деятельности, к сотрудничеству и разрешению конфликтов, к толерантности (ОК-5);
* способностью и готовностью осуществлять свою деятельность с учетом принятых в обществе моральных и правовых норм, соблюдением правил врачебной этики, законов и нормативных правовых актов по работе с конфиденциальной информацией, сохранять врачебную тайну (ОК-8);
* способностью и готовностью реализовать этические и деонтологические аспекты врачебной деятельности в общении с коллегами, средним и младшим медицинским персоналом, взрослым населением и подростками, их родителями и родственниками (ПК-1);
* способностью и готовностью к формированию системного подхода к анализу медицинской информации, опираясь на всеобъемлющие принципы доказательной медицины, основанной на поиске решений с использованием теоретических знаний и практических умений в целях совершенствования профессиональной деятельности (ПК-3);
* способностью и готовностью проводить и интерпретировать опрос, физикальный осмотр, клиническое обследование, написать медицинскую карту амбулаторного и стационарного больного (ПК-5);
* способностью и готовностью проводить патофизиологический анализ клинических синдромов, обосновывать патогенетически оправданные методы (принципы) диагностики, профилактики патологии ЖКТ среди взрослого населения с учетом их возрастно-половых групп (ПК-6);
* способностью и готовностью к работе с медико-технической аппаратурой, используемой в работе с пациентами, владеть компьютерной техникой, получать информацию из различных источников, работать с информацией в глобальных компьютерных сетях; применять возможности современных информационных технологий для решения профессиональных задач (ПК-9);
* способностью и готовностью к постановке диагноза на основании результатов биохимических исследований биологических жидкостей и с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом (ПК-15);
* способностью и готовностью анализировать закономерности функционирования системы органов дыхания, использовать знания анатомо-физиологических основ, взрослого человека и подростка для своевременной диагностики заболеваний и патологических процессов дыхательной системы (ПК-16);
* способностью и готовностью выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы заболеваний органов дыхания, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом, анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах, выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний (ПК-17);
* способностью и готовностью анализировать и интерпретировать результаты современных диагностических технологий по возрастно-половым группам пациентов с учетом их физиологических особенностей организма человека для успешной лечебно-профилактической деятельности, провести диагностику физиологической беременности, участвовать в проведении судебно-медицинской экспертизы (ПК-18);
* способностью и готовностью использовать нормативную документацию, принятую в здравоохранении (законы Российской Федерации, технические регламенты, международные и национальные стандарты, приказы, рекомендации, терминологию, международные системы единиц (СИ), действующие международные классификации), а также документацию для оценки качества и эффективности работы медицинских организаций (ПК-27);
* способностью и готовностью изучать научно-медицинскую информацию, отечественный и зарубежный опыт по тематике исследования (ПК-31);

- учебная:

**Студент должен знать:**

* ведение типовой учетно-отчетной медицинской документации в медицинских организациях;
* заболевания, связанные с неблагоприятными воздействиями климатических и социальных факторов;
* основы профилактической помощи, организацию профилактических мероприятий, направленных на укрепление здоровья населения;
* этиологию, патогенез и меры профилактики наиболее часто встречающихся заболеваний печени и желчевыводящей системы;
* клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения наиболее распространенных заболеваний печени, протекающих в типичной форме;
* методы диагностики, диагностические возможности методов непосредственного исследования больного терапевтического профиля, современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных.

**Студент должен уметь:**

* определить статус пациента: собрать анамнез, провести опрос пациента и/или его родственников, провести физикальное обследование пациента (включая пальпацию и перкуссию печени и селезенки);
* оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи;
* провести первичное обследование печени и желчевыделительной системы;
* оценить социальные факторы, влияющие на состояние физического и психологического здоровья пациента; культурные, этические, религиозные, семейные факторы риска;
* поставить предварительный диагноз – синтезировать информацию о пациенте с целью определения патологии и причин, ее вызывающих;
* наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни для пациента;
* разработать план терапевтических действий;
* оказывать первую помощь при неотложных состояниях;
* заполнять историю болезни.

**Студент должен владеть:**

* правильным ведением медицинской документации;
* методами общеклинического обследования;
* алгоритмом постановки предварительного диагноза с последующим направлением пациента на даполнительные методы исследования;
* основными врачебными диагностическими и лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях

**5. План изучения темы:**

**5.1. Контроль исходного уровня знаний.**

**5.2. Основные понятия и положения темы (наглядные формы, таблицы, схемы, алгоритмы)**

ГРАФ ЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ ТЕМЫ: МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕЧЕНИ И ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ

Методы расспрос осмотр

перкуссия пальпация аускультация

Расспрос Жалобы История заболевания История жизни

Данные расспроса Боль в животе Причины болезни Условия и характер питания

Желтуха начало болезни Перенесенные заболевания

Кожный зуд Течение заболевания

Диспепсические расстройства Лечение

Кровавая рвота

Увеличение живота

Осмотр живота Общий осмотр осмотр полости рта

Данные осмотра Нарушения сознания Нарушения питания Ангулярный стоматит Асцит

Желтуха. Расчесы. Геморрагии. Кардиалный язык выбухание в правом подреберье

Гемангиомы. Ксантомы. Печеночные ладони Расширение вен (голова медузы)

Перкуссия Перкуссия живота перкуссия печени перкуссия селезенки

Данные перкуссии Выявление свободной жидкости Границы абсолютной тупости Границы и размеры органа

Размеры печени Длинник и поперечник

Пальпация Определение точек пальпация печени пальпация селезенки

Максимальной болезненности

Данные пальпации Точка желчного пузыря Измерение размеров Край, поверхность, болезненность

Точка диафграмнального нерва Болезненность. Консистенция

Край печени

Поверхность

Аускультация Аускультация обсласти печени и селезенки Аускультация живота

Данные аускультации Шум трения брюшины Перистальтика, шум плеска, сосудистые шумы

Таблица 1. Интерпретация результатов пальпации печени

|  |  |
| --- | --- |
| Изменения, выявляемые при пальпации печени | Причины |
| Увеличение печени. | 1. Гепатиты, циррозы, рак печени  2. "Застойная печень" при правожелудочковой сердечной недостаточности  3. Заболевания системы крови (лейкозы, анемии, лимфогранулематоз)  4. Некоторые острые и хронические инфекционные заболевания |
| Выраженное уплотнение печени | 1. Рак печени  2. Цирроз печени.  3. Хронические гепатиты |
| Крупная бугристость поверхности и края печени. | 1. Рак печени. 2. Эхинококк печени.   3. Сифилитическое поражение печени. |
| Резкая болезненность печени при пальпации | 1. Значительное и быстрое растяжение капсулы печени (сердечная недостаточность, заболевания внутрипеченочных желчных путей с затруднением оттока желчи из печени).  2. Переход активного воспалительного процесса в печени на серозный покров органа (острые или обострения хронических гепатитов с явлениями перигепатита). |

Таблица 2. Интерпретация результатов перкуссии печени

|  |  |
| --- | --- |
| **Изменения границ печени** | **Причины.** |
| Нижние границы смещены вниз. | 1. Увеличение печени (гепатит, цирроз, рак печени, застойная печень) 2. Опущение печени при:   а) низком стоянии диафрагмы  6) эмфиземе легких |
| Нижние границы  смещены вверх | 1. Уменьшение размеров печени (острая дистрофия печени, конечные стадии цирроза); 2. Высокое стояние диафрагмы (асцит, метеоризм, беременность) |
| Верхние границы, смещены вниз | 1. Низкое стояние диафрагмы 2. Поддиафрагмальный абсцесс 3. Правосторонний пневмоторакс 4. Правосторонний гидроторакс |
| Верхние границы смещены вверх | 1. Рак печени 2. Эхинококк печени 3. Высокое стояние диафрагмы (асцит, метеоризм, беременность) |

Таблица3. Характеристика желчного пузыря при некоторых патологических состояниях

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Заболевания** | **Морфологические**  **Изменения** | **Характеристика**  **желчного пузыря** |
| Холецистит | Воспалительная инфильтрация  стенки, наличие камней в полости (необязательный признак), возможен перихолецистит (переход воспаления на серозную оболочку пузыря —  висцеральную брюшину | — Резко болезненный,  -- несколько уплотнен,  — увеличен,  — плохо смещается  (при наличии пери-холецистита) |
| Водянка  желчного пузыря | Обтурация пузырного  протока, переполнение пузыря желчью и слизью ("белая желчь") | — Значительно увеличен,  — умеренно болезненный.  — слегка уплотнен или  эластической консистенции,  — стенка напряжена |
| Опухоль  желчного пузыря | Прорастание опухолью стенки желчного пузыря, спайки вокруг пузыря, имеются  признаки воспаления | — Увеличен  — болезненный,  — плотной консистенции,  — плохо смещается,  — может быть бугристым |
| Рак головки  поджелудочной  железы | Сдавление опухолью общего желчного протока; растянутый,  переполненный желчью пузырь, механическая желтуха | Положительный симптом  Курвуазье-Терье:  — пузырь значительно  увеличен,  — безболезненный,  — эластической консистенции  — стенка напряжена,  — имеются клинические  признаки механической  желтухи |

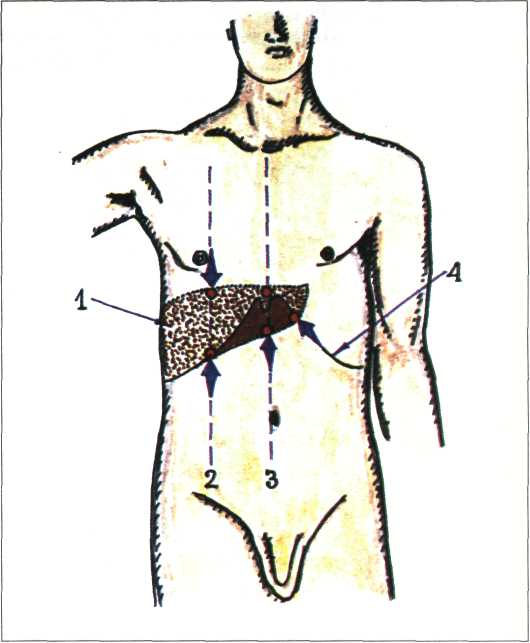


Рисунок 1. Определение размеров печени по Курлову.

В норме размеры печени по Курлову:

*правая срединно-ключичная линия* -9 см + 1-2 см

*передняя срединная* -8см.

*левая реберная дуга* -7см.

###### **5.3. Самостоятельная работа:**

- курация больных;

- заполнение историй болезни;

- разбор курируемых больных

**5.4. Итоговый контроль знаний:**

- ответы на вопросы по теме занятия;

- решение ситуационных задач, тестовых заданий по теме.

**6. Домашнее задание для усвоения темы занятия**

**6.1. Контрольные вопросы для уяснения темы занятия**

1. Какие жалобы больных встречаются при заболеваниях печени и желчевыводящих путей?
2. Каковы особенности анамнеза больных с патологией печени и желчевыводящих путей?
3. Что можно выявить при осмотре больных?
4. Какие виды желтух выделяют?
5. Чем объясняется кожный зуд при желтухах?
6. Где раньше всего становится заметной иктеричность?
7. Чем объясняются боли при поражениях печени и желчевыводящих путей?
8. Что такое «болезненность в точке желчного пузыря»?
9. Какие существуют методы выявления наличия жидкости в брюшной полости?
10. Каковы правила пальпации печени, желчного пузыря и селезенки, определение характера края и поверхности печени?
11. Размеры печени по Курлову? Техника определения.
12. Где проецируется желчный пузырь? Каковы правила его пальпации?
13. Что такое синдром Ортнера?
14. Что такое синдром «френикус»?
15. Что такое синдром Курвуазье?

**6.2.Тестовые задания** (Один правильный ответ)

**Вариант 1**

001. ВОЗНИКНОВЕНИЕ ТОШНОТЫ И РВОТЫ НА ВЫСОТЕ ПРИСТУПА ЖЕЛЧКОЙ КОЛИКИ У БОЛЬНОГО ЖЕЛЧНО-КАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ МОЖНО ОБЪЯСНИТЬ

1) частым сопутствующим поражением желудка (обострение атрофичекого гастрита)

2) висцеро-висцеральным рефлюксом в результате перехода воспаления на висцеральную и париетальную брюшину

3) висцеро-висцеральным рефлюксом, обусловленным резким повышением давления в желчных протоках и желчевыводящих путях и раздражением n. vagus

4) выраженной интоксикацией и прямым возбуждением рвотного центра

5) резким повышение артериального давления в момент колики

002. ДЛЯ СИМПТОМА КУРВУАЗЬЕ ХАРАКТЕРНО

1) увеличенный, безболезненный, эластичный и подвижный желчный пузырь у больного с механической желтухой

2) увеличенный, безболезненный, эластичный желчный пузырь, желтухи нет

3) механическая желтуха, желчный пузырь не увеличен, пальпация его болезненна

4) паренхиматозная желтуха, желчный пузырь не увеличен, пальпация его болезненна

5) желчный пузырь не пальпируется

003. В ПЕЧЕНИ СИНТЕЗИРУЮТСЯ

1) липаза, альбумины, протромбин

2) альбумины, трипсин, фибриноген

3) альбумины, фибриноген, протромбин

4) альбумины, трипсин, фибриноген, инсулин

5) инсулин, липаза, протромбин

004. ПРИ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ развивается ЖЕЛТУХА

1) подпеченочная

2) надпеченочная

3) печеночная

4) гемолитическая

5) механическая

005. ЖЕЛТУХА, ПРИ КОТОРОЙ ОДНОВРЕМЕННО ПОВЫШАЕТСЯ СВОБОДНЫЙ И СВЯЗАННЫЙ БИЛИРУБИН В КРОВИ

1) надпеченочная

2) печеночная

3) подпеченочная

4) гемолитическая

5) механическая

006. ГИНЕКОМАСТИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ

ПРОЯВЛЕНИЕМ

1) печеночно-клеточной недостаточности

2) портальной гипертензии

3) дискинезии желчевыводящих путей

4) холангита

5) желтухи

007. Локализация болей при заболеваниях органов

желчевыделения:

1) боли в пупочной области

2) левая подвздошная область

3) правая подвздошная область

4) область правого подреберья

5) область мечевидного отростка

008. Лимонно-желтый цвет кожи характерен для желтухи:

1) паренхиматозной

2) гемолитической

3) механической

4) обтурационной

5) подпеченочной

009. Появление сосудистых звездочек свидетельствует о

поражении:

1) сердца

2) легких

3) кишечника

4) печени

5) желудка

010.Смещение верхней границы печени вниз возможно при:

1) поддиафрагмальном абсцессе

2) воспалительном процессе в желчевыводящих путях

3) циррозе печени

4) низком стоянии диафрагмы

5) эмфиземе легких

**Вариант 2**

001.ЖЕЛТУХА, ПРИ КОТОРОЙ ВЫЯВЛЯЕТСЯ

ОДНОВРЕМЕННО БИЛИРУБИН И УРОБИЛИНОИДЫ В МОЧЕ

1) печеночная

2) подпеченочная

3) надпеченочная

4) гемолитическая

5) механическая.

002. К второстепенным жалобам при заболеваниях печени

и желчных путей относятся

1) боли в правом подреберье

2) кожный зуд

3) снижение работоспособности

4) увеличение размеров живота

5) желтуха

003. Нижние границы печени при перкуссии смещены вниз

при

1) высоком стоянии диафрагмы

2) вирусном гепатите

3) уменьшении размеров печени (конечная стадия цирроза)

4) метеоризме

5) беременности

004. Причиной кожного зуда у больных с заболеваниями

печени и желчевыводящих путей являются:

1) накопление в крови сахара

2) накопление в крови азотистых шлаков

3) накопление в крови желчных кислот

4) накопление меланина

5) накопление холестерина

005. Сосудистые звездочки - это

1) слегка возвышающийся гиперемированный участок

2) пятнистая сыпь диаметром 2-3 мм

3) круглые или овальные сильно зудящиеся волдыри

4) возвышающиеся над поверхностью кожи пульсирующие ангиомы

5) мелкоточечная сыпь по типу «крапивницы».

006. Малиновый язык встречается при

1) при заболеваниях кишечника

2) при заболеваниях желудка

3) при заболеваниях печени

4) при заболеваниях поджелудочной железы

5) при заболеваниях желчного пузыря.

007. СИМПТОМ ОРТНЕРА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

1) пальпацией в точке диафрагмального нерва справа

2) пальпацией в холедохо - панкреатической точке

3) поколачиванием ребром ладони по реберным дугам

4) пальпацией в области проекции желчного пузыря

5) пальпацией вокруг пупка.

008. Пальпация печени позволяет определить

1) положение, величину, форму, болезненность, консистенцию

2) положение, величину, форму, размеры

3) размеры, болезненность, консистенцию

4) величину, форму, размеры, болезненность, положение

5) форму, болезненность, консистенцию, размеры.

009. отложение под эпидермисом холестерина на веках

(ксантелазмы) свидетельствуют о Нарушении

1) углеводного обмена

2) обмена билирубина

3) минерального обмена

4) холестеринового обмена

5) пуринового обмена.

010. ПОПЕРЕЧНЫЙ РАЗМЕР СЕЛЕЗЕНКИ В НОРМЕ

1) 2- 3 см

2) 4 – 7 см

3) 10 – 12 см

4) 12 – 14 см

5) 15- 20 см

**Вариант 3**

001. Размеры печени по Курлову в норме

1) 8х7х6 см

2) 12х8х7 см

3) 9х8х7 см

4) 11х10х9 см

5) 12х 11х 8 см.

002. ВОСПАЛЕНИЕ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ПОДТВЕРЖДАЕТСЯ

1) симптомом Менделя

2) симптомом Воскресенского

3) симптомом Щеткина

4) симптомом Мюсси-Георгиевского

5) симптомом Боткина.

003. Приступ печеночной колики может сопровождаться

1) рвотой съеденной накануне пищей

2) субфебрильной температурой

3) жидким стулом

4) повышением аппетита

5) снижением массы тела.

004. Пальпация печени позволяет определить

1) положение, величину, форму, болезненность, консистенцию

2) положение, величину, форму, размеры

3) размеры, болезненность, консистенцию

4) величину, форму, размеры, болезненность, положение

5) форму, болезненность, консистенцию, размеры.

005. Локализация болей при заболеваниях органов

желчевыделения

1) боли в пупочной области

2) левая подвздошная область

3) правая подвздошная область

4) область правого подреберья

5) область мечевидного отростка

006. СТЕРКОБИЛИНОГЕН В КАЛЕ ПОВЫШАЕТСЯ ПРИ ЖЕЛТУХЕ

1) печеночной

2) подпеченочной

3) надпеченочной

4) механической

5) паренхиматозной.

007. Смещение верхней границы печени вниз возможно при

1) поддиафрагмальном абсцессе

2) воспалительном процессе в желчевыводящих путях

3) циррозе печени

4) низком стоянии диафрагмы

5) эмфиземе легких

008. В ПЕЧЕНИ СИНТЕЗИРУЮТСЯ

1) липаза, альбумины, протромбин

2) альбумины, трипсин, фибриноген

3) альбумины, фибриноген, протромбин

4) альбумины, трипсин, фибриноген, инсулин

5) инсулин, липаза, протромбин

009. ШАФРАНОВЫЙ цвет кожи характерен для желтухи

1) паренхиматозной

2) гемолитической

3) механической

4) обтурационной

5) надпеченочной

010. «Ложная» желтуха обусловлена:

1) накоплением биливердина

2) употреблением в пищу большого количества цитрусовых и моркови

3) накоплением билирубина

4) употреблением в пищу большого количества жирной пищи

5) накоплением холестерина

**Вариант 4**

001. Приступообразные боли при желчекаменной болезни

провоцируются

1) приемом мочегонных препаратов

2) употреблением в пищу большего количества углеводов

3) тяжелой физической нагрузкой

4) употреблением в пищу белковой пищи

5) употреблением в пищу растительной клетчатки

002. Осмотр живота позволяет обнаружить

1) расширение венозной сети вокруг пупка

2) форму и консистенцию печени

3) аневризму брюшного отдела аорты

4) высоту стояния диафрагмы

5) отсутствие перистальтики кишечника

003**.** Симптом Ортнера бывает положительный при

1) портальной гипертензии

2) воспалении желчного пузыря

3) жировой дистрофии печени

4) циррозе печени

5) гастрите

004. К диспептическим жалобам при заболеваниях печени

и желчных путей относятся все кроме

1) отрыжка

2) извращение вкуса

3) рвота

4) вздутие и урчание живота

5) горький вкус во рту

005. УКАЖИТЕ ЖЕЛТУХУ, ПРИ КОТОРОЙ НАБЛЮДАЕТСЯ

ПОВЫШЕНИЕ СВОБОДНОГО БИЛИРУБИНА В КРОВИ,

УРОБИЛИНОИДЫ В МОЧЕ И СТЕРКОБИЛИНОГЕН В КАЛЕ

1) печеночная

2) подпеченочная

3) надпеченочная

4) механическая

5) паренхиматозная

006. Локализация болей при заболеваниях органов

желчевыделения:

1) боли в пупочной области

2) левая подвздошная область

3) правая подвздошная область

4) область правого подреберья

5) область мечевидного отростка

007. ВОСПАЛЕНИЕ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ПОДТВЕРЖДАЕТСЯ

1) симптомом Менделя

2) симптомом Воскресенского

3) симптомом Щеткина

4) симптомом Мюсси-Георгиевского

5) симптомом Боткина.

008. В норме при пальпации край печени имеет следующие

свойства, кроме

1) мягкий

2) острый

3) закругленный

4) легко подворачивающийся

5) болезненный.

009. Размеры печени по Курлову в норме

1) 8х7х6 см

2) 12х8х7 см

3) 9х8х7 см

4) 11х10х9 см

5) 12х 11х 8 см.

010. Сосудистые звездочки - это

1) слегка возвышающийся гиперемированный участок

2) пятнистая сыпь диаметром 2-3 мм

3) круглые или овальные сильно зудящиеся волдыри

4) возвышающиеся над поверхностью кожи пульсирующие ангиомы

5) мелкоточечная сыпь по типу «крапивницы».

##### **6.3. Ситуационные задачи**

**Задача №1.**

Больная Н., 56 лет, 5 лет назад стала отмечать кожный зуд, постепенно усиливающийся. 2 года назад появилась желтуха, постепенно нарастающая, тяжесть в правом подреберье. В анамнезе перенесенный гепатит В.

Объективно: резко выраженная желтуха, расчесы на коже, ксантелазмы, сосудистые "звездочки" на груди, печень выступает из-под края реберной дуги на 3см, очень плотная, поверхность мелкобугристая, безболезненная при пальпации. Пальпируется увеличенная селезенка.

1. О каком заболевании можно думать?

2. Выделите основные синдромы данного заболевания?

3. Что такое сосудистые звездочки?

4. Какие факторы предрасполагают к этому заболеванию?

5. Что такое ксантелазмы?

**Задача №2.**

Больная Л., 50 лет, жалуется на интенсивные постоянные боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо, сухость и горечь во рту, субфебрильную температуру по вечерам. Больна около 5 лет, ухудшение наступило после приема жирной пищи.

Объективно: язык сухой, обложен густым белым налетом. При пальпации живота - положительные симптомы Ортнера и Кера. Температура тела - 37,4°С.

1. О каком заболевание можно думать?

2. Что такое симптом Ортнера?

3. Почему боли при данном заболевании имеют подобную иррадиацию?

4. Какие факторы предрасполагают к этому заболеванию?

5. В каких случаях определяется положительный симптом Курвуазье?

**Задача №3.**

Больная В. 45 лет, вызвала врача "скорой помощи" по поводу интенсивной боли вначале по всему животу, а затем локализовавшейся в правом подреберье. Боль иррадиирует в правое плечо и область правой лопатки. Кроме того, больную беспокоит тошнота, наблюдались двукратная рвота, вздутие живота. Раньше подобных явлений не было. Боль возникла 2 часа назад после езды на машине по неровной дороге. По рекомендации соседки приняла 2 таблетки но-шпы. Интенсивность боли несколько уменьшилась, но спустя некоторое время вновь усилилась, появилась моча темного цвета.

Объективно: состояние средней тяжести. Температура тела 36,8° С. Подкожно-жировой слой развит чрезмерно, кожа бледная. Язык суховатый, обложен белым налетом. При пальпации живота отмечается болезненность в области правого подреберья и эпигастральной области. Со стороны других органов и систем патологии не выявлено

1. О каком заболевании можно думать?

2. Каковы основные факторы риска развития данной патологии?

3. Чем объяснить характерную иррадиацию?

4. Какие изменения со стороны кала будут иметь место при данной патологии?

5. Назовите возможные осложнения данного заболевания?

**Задача №4.**

Больной 3., 68 лет поступил с жалобами на отсутствие аппетита, вздутие живота, резкое похудание, постоянные боли в области правого подреберья. При осмотре – больной истощен, печень при пальпации бугристая, каменистой консистенции. Размеры печени по Курлову- 14-12-10 см. В крови анемия, лейкоцитоз.

1. О чем следует думать?

2. Что такое гиперспленизм?

3. Какие осложнения данного заболевания Вы знаете?

4. Назовите нормальные размеры печени по Курлову?

5. По каким линиям определяют размеры печени по Курлову?

**Задача №5.**

Больной Г., 34 лет с лечебной целью проведено переливание крови. После чего появилась желтуха. При осмотре кожные покровы с лимонным оттенком. Кожного зуда, геморрагических высыпаний нет. Печень при пальпации безболезненна, не увеличена. Селезенка пальпируется при под края левой реберной дуги.

1.Ваш предположительный диагноз?

2. Какие виды желтух вам известны?

3. Какой цвет кожных покровов характерен для других видов желтух?

4. Как отличить истинную желтуху от ложной?

5. Как изменится цвет кала и мочи при данной желтухе?

**Задача №6.**

Больной М., 27 лет, слесарь, доставлен в клинику с жалобами на сильные боли в правом подреберье, иррадиирующие под правую лопатку, в правое плечо. Заболел остро. Заболевание связано с погрешностью в диете (накануне ел много жирной пищи, злоупотреблял алкоголем). Беспокоит тошнота, рвота желчью, температура тела 38,5°С. При пальпации напряжение мышц в эпигастральной области, справа, в точке желчного пузыря. Положительный френикус-симптом.

1.О каком заболевании вы думаете?

2. Где находится точка желчного пузыря?

3. Что такое френикус-симптом?

4. Почему при данном заболевании боль иррадиирует вверх и вправо?

5. Когда пальпируется желчный пузырь?

**Задача №7.**

Больной Ц., 42 лет, поступил с жалобами на увеличение живота, одышку, отеки на нижних конечностях и в области поясницы. В 20-летнем возрасте перенес болезнь Боткина. Неоднократно лечился в стационаре.

При осмотре больной истощен, кожные покровы слегка желтушны, отеки на нижних конечностях, в области поясницы, живот резко увеличен в размерах, на боковых поверхностях видна расширенная венозная сеть. При пальпации определяется наличие свободной жидкости в брюшной полости. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, плотная, поверхность ее бугристая. Перкуторно в вертикальном положении больного – тупой звук ниже пупка.

1.О каком заболевании вы думаете?

2. Выделите основные синдромы?

3. Каким способом можно выявить наличие жидкости в брюшной полости?

4. Назовите нормальные размеры печени по Курлову?

5. Чем можно объяснить выраженное истощение больного, наличие отеков на ногах, в области поясницы?

**Задача №8.**

Больной К., жалуется на плохой аппетит, тошноту, расстройство стула, желтую окраску кожи и склер. Желтуха развивалась медленно. Больной одновременно заметил, что моча стала темной, кал обесцвеченный. При осмотре кожные покровы желтушные. При пальпации печень умеренно увеличена, несколько болезненна, плотновата.

1.Ваш предположительный диагноз?

2. Что является наиболее вероятной причиной развития данной патологии?

3.Выделите основные синдромы?

4. Назовите нормальные размеры печени по Курлову?

5. Чем можно объяснить наличие диспепсии?

**Задача №9.**

Больной Т., 50 лет, грузчик, обратился с жалобами на постоянную боль в правом подреберье, чувство распирания, тошноту, рвоту алой кровью, общую слабость, быструю утомляемость. При осмотре кожные покровы желтушного цвета, эритема ладоней, сосудистые звездочки, вены вокруг пупка расширены. При пальпации печень увеличена, плотная, селезенка увеличена.

1. Ваш предположительный диагноз?

2. Чем можно объяснить наличие рвоты алой кровью?

3. Как называются сосудистые звездочки?

4. О чем свидетельствуют расширенные вены вокруг пупка?

5. Как называется эритема ладоней?

**Задача №10.**

Больной Ю., жалуется на тупые боли в правом подреберье, нарастающую слабость, тошноту, рвоту, повышение температуры тела до 37.6°С. Из расспроса выяснено, что больной часто употребляет алкоголь, три дня назад принял большую дозу спирта. При осмотре кожные покровы желтушного цвета, пальпируется увеличенная, плотная печень.

1.О каком заболевании вы думаете?

2. Что послужило причиной развития данной патологии?

3. Назовите нормальные размеры печени по Курлову?

4. Опишите нормальное состояние печени при пальпации.

5. К чему может привести данное заболевание?

**7. Темы УИРС**.

«Дифференциальная диагностика желтух».

«Гиперспленизм»

«Печеночная кома»

**8. Рекомендованная литература по теме занятия**:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование, вид издания | Автор(-ы), составитель(-и), редактор(-ы) | Место издания, издательство, год |
| **Основная литература** | | | |
| 1. | [Пропедевтика внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=31615) : учеб.для мед. вузов | Н. А. Мухин, В. С. Моисеев | М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. |
| **Дополнительная литература** | | | |
| 1. | [Дополнительные методы обследования больного в терапевтической практике](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=1888) : учеб.пособие для студентов мед. вузов. Ч.2. | Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, Е. О. Карпухина [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2011. |
| 2. | [Дополнительные методы обследования больного в терапевтической практике](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=1889) : учеб.пособие для студентов мед. вузов. Ч.1. | Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, Е. О. Карпухина [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2011. |
| 3. | [Практикум по пропедевтике внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=21500) : учеб.пособие | ред. Ж. Д. Кобалава, В. С. Моисеев | М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. |
| 4. | [Пропедевтика внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=24744) : учеб.пособие к внеаудиторной работе для студентов 3 курса по спец. 060101- Лечебное дело, 060103- Педиатрия | сост. Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, А. Г. Иванов [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2009. |
| 5. | [Пропедевтика внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=30979) : учеб.пособие к аудиторной работе для студентов 3 курса по спец. 060101-Лечебное дело, 060103- Педиатрия. Ч.1.. - Режим доступа: polikarpov\_\_propedevtika\_stud\_3\_lech\_ped\_audit\_1\_1297665056.pdf | сост. Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, А. Г. Иванов [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2009. |
| 6. | [Пропедевтика внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=32404) : учеб.пособие к аудиторной работе для студентов 3 курса по спец. 060101-Лечебное дело, 060103- Педиатрия. Ч.2. | сост. Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, А. Г. Иванов [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2009. |

1.Занятие №16.

Тема: « Система органов пищеварения. Итоговое занятие»

**2.** **Форма организации занятия**: семинарское занятие с использованием тестового контроля, решением ситуационных задач, защитой истории болезни.

**3. Значение изучения темы:** Будущий врач должен уметь провести полное обследование больных. Диагностика заболеваний органов пищеварения требует такого обследования. Для этого необходимо владеть основными клиническими методами диагностики (сбор жалоб, анамнеза, проведение наружного осмотра, пальпации, перкуссии, аускультации), а также интерпретацией дополнительных методов исследования (анализ желудочного и дуоденального зондирования, исследования кала, б/х анализа крови, рентгенологических и эндоскопических методов, а также УЗИ-диагностики).

**4.** **Цели обучения:**

- общая: обучающийся должен обладать общекультурными и профессиональными компетенциями

* способностью и готовностью анализировать социально-значимые проблемы и процессы, использовать на практике методы гуманитарных, естественнонаучных, медико-биологических и клинических наук в различных видах профессиональной и социальной деятельности (ОК-1);
* способностью и готовностью к логическому анализу, публичной речи, редактированию текстов профессионального содержания, осуществлению общевоспитательной деятельности, к сотрудничеству и разрешению конфликтов, к толерантности (ОК-5);
* способностью и готовностью осуществлять свою деятельность с учетом принятых в обществе моральных и правовых норм, соблюдением правил врачебной этики, законов и нормативных правовых актов по работе с конфиденциальной информацией, сохранять врачебную тайну (ОК-8);
* способностью и готовностью реализовать этические и деонтологические аспекты врачебной деятельности в общении с коллегами, средним и младшим медицинским персоналом, взрослым населением и подростками, их родителями и родственниками (ПК-1);
* способностью и готовностью к формированию системного подхода к анализу медицинской информации, опираясь на всеобъемлющие принципы доказательной медицины, основанной на поиске решений с использованием теоретических знаний и практических умений в целях совершенствования профессиональной деятельности (ПК-3);
* способностью и готовностью проводить и интерпретировать опрос, физикальный осмотр, клиническое обследование, написать медицинскую карту амбулаторного и стационарного больного (ПК-5);
* способностью и готовностью проводить патофизиологический анализ клинических синдромов, обосновывать патогенетически оправданные методы (принципы) диагностики, профилактики патологии ЖКТ среди взрослого населения с учетом их возрастно-половых групп (ПК-6);
* способностью и готовностью к работе с медико-технической аппаратурой, используемой в работе с пациентами, владеть компьютерной техникой, получать информацию из различных источников, работать с информацией в глобальных компьютерных сетях; применять возможности современных информационных технологий для решения профессиональных задач (ПК-9);
* способностью и готовностью к постановке диагноза на основании результатов биохимических исследований биологических жидкостей и с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом (ПК-15);
* способностью и готовностью анализировать закономерности функционирования системы органов дыхания, использовать знания анатомо-физиологических основ, взрослого человека и подростка для своевременной диагностики заболеваний и патологических процессов дыхательной системы (ПК-16);
* способностью и готовностью выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы заболеваний органов дыхания, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом, анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах, выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний (ПК-17);
* способностью и готовностью анализировать и интерпретировать результаты современных диагностических технологий по возрастно-половым группам пациентов с учетом их физиологических особенностей организма человека для успешной лечебно-профилактической деятельности, провести диагностику физиологической беременности, участвовать в проведении судебно-медицинской экспертизы (ПК-18);
* способностью и готовностью использовать нормативную документацию, принятую в здравоохранении (законы Российской Федерации, технические регламенты, международные и национальные стандарты, приказы, рекомендации, терминологию, международные системы единиц (СИ), действующие международные классификации), а также документацию для оценки качества и эффективности работы медицинских организаций (ПК-27);
* способностью и готовностью изучать научно-медицинскую информацию, отечественный и зарубежный опыт по тематике исследования (ПК-31).

- учебная:

**знать:**

* современные методы клинического обследования больных с патологией желудочно-кишечного тракта
* заболевания органов пищеварения, связанные с неблагоприятными воздействиями климатических и социальных факторов
* основы профилактической помощи, направленных на укрепление здоровья населения

**уметь:**

* определить статус пациента: собрать анамнез, провести опрос пациента и/или его родственников, провести физикальное обследование пациента с патологией органов пищеварения (осмотр, поверхностная и глубокая пальпация живота, перкуссия печени, селезенки,, аускультация живота);
* оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи;
* оценить социальные факторы, влияющие на состояние физического и психологического здоровья пациента: культурные, этические, религиозные, семейные факторы риска;
* поставить предварительный диагноз – синтезировать информацию о пациенте с целью определения патологии и причин, ее вызывающих;
* заполнять фрагмент истории болезни.

**владеть:**

* правильным ведением медицинской документации;
* методами общеклинического обследования больных с патологией органов пищеварения (расспрос, осмотр, поверхностная и глюбокая пальпация живота, перкуссия печени, селезенки, аускультация живота);

**5. План проведения занятия:**

5.1. Письменный контроль

5.2. Решение ситуационных задач

5.3. Защита истории болезни.

**Вопросы письменного контроля по системе органов пищеварения.**

1. Жалобы больных с язвенной болезнью желудка.
2. Жалобы больных с язвенной болезнью ДПК.
3. Каковы данные осмотра и пальпации при язвенной болезни.
4. Как меняется секреторная функция желудка в зависимости от локализации язвы в ДПК и желудка.
5. Что такое ахилия.
6. Каковы предрасполагающие факторы в возникновении язвенной болезни.
7. Какие дополнительные методы исследования можно применять для подтверждения диагноза язвенной болезни.
8. Каковы факторы риска в возникновении рака желудка.
9. Каковы данные осмотра и пальпации при раке желудка.
10. Каковы показатели секреции при раке желудка.
11. Данные рентгенологического исследования при раке желудка.
12. О чем следует думать, если пальпируется печень с бугристой поверхностью, плотной деревянистой консистенции.
13. Какой край печени пальпируется при циррозе.
14. Где определяется проекция желчного пузыря.
15. Назовите нормальные размеры печени по Курлову.
16. Какие биохимические пробы помогут выявить степень повреждения печени.
17. Какие бывают виды желтух.
18. Признаки портальной гипертензии.
19. Назовите порции дуоденального зондирования.
20. Как можно получить пузырную порцию.

**Ситуационные задачи.**

**Задача №1.**

Больной С., 36 лет, шофер. Жалуется на кислую отрыжку, изжогу, чувство давления в подложечной области через 20-30 минут после еды, боли чаще возникают при приеме острой, грубой пищи. Объективно язык влажный, у корня обложен серовато-белым налетом. При пальпации живота незначительная болезненность в эпигастральной области.

1. О каком заболевании следует думать?

2. Как называются боли через 20-30 минут после еды?

3. Что такое отрыжка?

4. Причины возникновения изжоги?

5. С какой целью проводят поверхностную пальпацию?

**3адача №2.**

Больной Р, 43 года, фармацевт. Жалуется на голодные, поздние и ночные боли в пилородуоденальной зоне, изжогу, отрыжку, аппетит сохранен и даже повышен. Боли с юношеских лет, обострения наступают в осеннее время года, много курит, питается нерегулярно. При осмотре, больной пониженного питания, при поверхностной и глубокой пальпации болезненность в эпигастрии, положителен симптом Менделя.

1. О каком заболевании следует думать?

2. Какие боли относят к поздним?

3. Последовательность глубокой пальпации живота?

4. Как определяется симптом Менделя?

5. Что такое изжога?

**Задача № З.**

Больной Н, 18 лет студент. Жалуется на коликообразные боли в животе, усиливающиеся перед дефекацией. Стул жидкий, часто со слизью и кровью. Заболел остро. При пальпации болезненна и спастически сокращенная толстая кишка.

1. О каком заболевании можно думать?

2. Что такое тенезмы?

3. Причины появления болей при данной патологии?

4. Где пальпируется сигмовидная кишка?

5. Какой симптом при пальпации живота сигнализирует о перитоните?

**Задача №4.**

Больной П., инженер-электрик, обратился к врачу с жалобами на боль в эпигастральной области через 40-50 минут после приема пищи, тошноту, иногда рвоту на высоте боли, после которой больному становилось легче. Возникновению боли предшествует чувство жжения в эпигастрии и за грудиной.

Считает себя больным в течение 6 месяцев, когда впервые во время длительной командировки появилась боль в эпигастрии. За медицинской помощью не обращался. В последующем аналогичная боль повторялась после употребления грубой пищи. Отмечает улучшение после приема молока. Последнее обострение наступило 4 дня назад, связывает с психической нагрузкой и нерегулярностью питания.

Объективно: состояние удовлетворительное. Язык влажный, слегка обложен белым налетом, имеются кариозные зубы. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии слева от срединной линии, умеренная локальная напряженность мышц передней брюшной стенки, положительный симптом Менделя. Печень не увеличена. Со стороны других органов и систем патологии не выявлено.

1. О каком заболевании можно думать?

2. Какая отрыжка характерна при повышенной кислотности желудочного сока?

3. Укажите особенность периферической рвоты

4. Что такое симптом Менделя?

5. Назовите возможные осложнения данного заболевания?

**Задача №5.**

Больной Д, 75 лет, пенсионер. Предъявляет жалобы на прогрессирующее похудение, полное отсутствие аппетита, отвращение к мясным и рыбным блюдам. Болен 6 месяца. Объективно: больной истощен, выраженная болезненность при пальпации живота в эпигастрии.

1. О каком заболевании можно думать?

2. Что такое синдром «малых признаков»?

3. Для какого заболевания характерен данный синдром?

4. Что такое «железа Вирхова»?

5. Когда можно выслушать шум трения брюшины?

**3адача №6.**

Больной К, 26 лет, слесарь. Поступил в стационар с жалобами на боли в эпигастрии через 2-3 часа после еды, ночные боли, успокаивающиеся после приема соды, мучительную изжогу, отрыжку, запор. В анамнезе злоупотребление алкоголем, много курит, не соблюдает режим питания. При обследовании отмечена болезненность в эпигастрии, больше справа с незначительным мышечным напряжением в этой зоне.

1. О каком заболевании можно думать?

2. Как называются боли через 2-3 часа после еды?

3. Назовите факторы риска данного заболевания?

4. Что такое изжога?

5. Объясните механизм боли при данном заболевании?

**3адача №7.**

Больной М, 53 года, инженер, поступил в клинику с жалобами на отсутствие аппетита, чувство тяжести в подложечной области, общую слабость. В течение многих лет наблюдался по поводу хронического гастрита. Последние 6 месяцев боли приняли постоянный характер, потерял в весе 6 кг. Больной бледен, пониженное питание, болезненность и напряжение брюшной стенки в эпигастральной области.

1. О какой патологии следует думать?

2. Что такое синдром «малых признаков»?

3. О чем свидетельствует бледность кожных покровов?

4. Где пальпируется привратник желудка?

5. Что можно получить при пальпации привратника в данном случае?

**3адача №8.**

Больной Б., 40 лет, токарь. Обратился к врачу с жалобами на постоянные ноющие боли, иррадиирующие в спину, на опоясывающие боли, особенно по ночам.

Объективно: болезненность при пальпации эпигастральной области.

1. О каком заболевании можно думать?

2. Назовите диспепсические расстройства, наиболее характерные для данной патологии?

3. Какие внешние изменения стула могут наблюдаться при данной патологии?

4. Каковы наиболее частые причины развития данной патологии?

5. Назовите возможные осложнения данного заболевания?

**Задача №9.**

Больной 47 лет, с двадцатилетнего возраста страдает гастритом, 12 лет назад впервые выявлена язва желудка. Обострения были почти ежегодными, обычно в осенне-зимнее время, длительностью не более 3-4 недель.

Настоящее обострение началось более 4 месяцев назад, причем больной отмечает постоянный характер болей, прием любой пищи боли усиливает, появляется иррадиация их в спину. Резко ухудшился аппетит, хотя ранее даже во время обострений аппетит был хорошим, в весе не терял, а сейчас из-за боязни усиления болей и плохого аппетита ест мало, испытывает отвращение к мясной пище, похудел за последние месяцы на 12 кг. В течение 3-4 недель стала беспокоить отрыжка "тухлым яйцом", икота.

При осмотре: резко пониженного питания. Кожные покровы землисто-бледные. Язык обложен белым налетом. В углах рта заеды. Живот мягкий, болезнен в эпигастрии.

1. О каком заболевании можно думать?

2. Что можно найти при обследовании лимфатических узлов при данной патологии?

3. О чем свидетельствует отрыжка «тухлым»?

4. Почему при данном заболевании бывают заеды?

5. Что такое симптом Менделя?

**Задача №10.**

Больной А., 32 лет, обратился к врачу с жалобами на боль жгучего характера в эпигастральной области с иррадиацией под правую лопатку, появляющуюся через 2 часа после приема нищи, а также в ночное время, стихающую после приема соды, на изжогу, тошноту, общую слабость, головокружение, сердцебиение, черный (дегтеобразный) стул.

Объективно: Состояние средней тяжести, больной пониженного питания, кожные покровы бледные. Со стороны легких патологии не выявлено. Пульс 112 ударов в минуту, слабого наполнения, АД 100/65 мм рт. ст. Живот обычной конфигурации, при пальпации отмечается болезненность в эпигастральной области справа от срединной линии.

1. О каком заболевании можно думать?

2. Как называются боли, возникающие через 2 часа после еды, в ночное время?

3. Назовите факторы риска данного заболевания?

4. Как называется черный дегтеобразный стул?

5. Чем можно объяснить наличие сердцебиения, головокружения?

**Задача №11.**

Больная Н., 56 лет, 5 лет назад стала отмечать кожный зуд, постепенно усиливающийся. 2 года назад появилась желтуха, постепенно нарастающая, тяжесть в правом подреберье. В анамнезе перенесенный гепатит В.

Объективно: резко выраженная желтуха, расчесы на коже, ксантелазмы, сосудистые "звездочки" на груди, печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, очень плотная, поверхность мелкобугристая, безболезненная при пальпации. Пальпируется увеличенная селезенка.

1. О каком заболевании можно думать?

2. Выделите основные синдромы данного заболевания?

3. Что такое сосудистые звездочки?

4. Какие факторы предрасполагают к этому заболеванию?

5. Что такое ксантелазмы?

**Задача №12.**

Больная Л., 50 лет, жалуется на интенсивные постоянные боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо, сухость и горечь во рту, субфебрильную температуру по вечерам. Больна около 5 лет, ухудшение наступило после приема жирной пищи.

Объективно: язык сухой, обложен густым белым налетом. При пальпации живота - положительные симптомы Ортнера и Кера. Температура тела - 37,4°С.

1. О каком заболевание можно думать?

2. Что такое симптом Ортнера?

3. Почему боли при данном заболевании имеют подобную иррадиацию?

4. Какие факторы предрасполагают к этому заболеванию?

5. В каких случаях определяется положительный симптом Курвуазье?

**Задача №13.**

Больная В. 45 лет, вызвала врача "скорой помощи" по поводу интенсивной боли вначале по всему животу, а затем локализовавшейся в правом подреберье. Боль иррадиирует в правое плечо и область правой лопатки. Кроме того, больную беспокоит тошнота, наблюдались двукратная рвота, вздутие живота. Раньше подобных явлений не было. Боль возникла 2 часа назад после езды на машине по неровной дороге. По рекомендации соседки приняла 2 таблетки но-шпы. Интенсивность боли несколько уменьшилась, но спустя некоторое время вновь усилилась, появилась моча темного цвета.

Объективно: состояние средней тяжести. Температура тела 36,8° С. Подкожно-жировой слой развит чрезмерно, кожа бледная. Язык суховатый, обложен белым налетом. При пальпации живота отмечается болезненность в области правого подреберья и эпигастральной области. Со стороны других органов и систем патологии не выявлено

1. О каком заболевании можно думать?

2. Каковы основные факторы риска развития данной патологии?

3. Чем объяснить характерную иррадиацию?

4. Какие изменения со стороны кала будут иметь место при данной патологии?

5. Назовите возможные осложнения данного заболевания?

**Задача №14.**

Больной 3., 68 лет поступил с жалобами на отсутствие аппетита, вздутие живота, резкое похудание, постоянные боли в области правого подреберья. При осмотре – больной истощен, печень при пальпации бугристая, каменистой консистенции. Размеры печени по Курлову- 14-12-10 см. В крови анемия, лейкоцитоз.

1. О чем следует думать?

2. Что такое гиперспленизм?

3. Какие осложнения данного заболевания Вы знаете?

4. Назовите нормальные размеры печени по Курлову?

5. По каким линиям определяют размеры печени по Курлову?

**Задача №15.**

Больной Г., 34 лет с лечебной целью проведено переливание крови. После чего появилась желтуха. При осмотре кожные покровы с лимонным оттенком. Кожного зуда, геморрагических высыпаний нет. Печень при пальпации безболезненна, не увеличена. Селезенка пальпируется при под края левой реберной дуги.

1.Ваш предположительный диагноз?

2. Какие виды желтух вам известны?

3. Какой цвет кожных покровов характерен для других видов желтух?

4. Как отличить истинную желтуху от ложной?

5. Как изменится цвет кала и мочи при данной желтухе?

**Задача №16.**

Больной М., 27 лет, слесарь, доставлен в клинику с жалобами на сильные боли в правом подреберье, иррадиирующие под правую лопатку, в правое плечо. Заболел остро. Заболевание связано с погрешностью в диете (накануне ел много жирной пищи, злоупотреблял алкоголем). Беспокоит тошнота, рвота желчью, температура тела 38,5°С. При пальпации напряжение мышц в эпигастральной области, справа, в точке желчного пузыря. Положительный френикус-симптом.

1.О каком заболевании вы думаете?

2. Где находится точка желчного пузыря?

3. Что такое френикус-симптом?

4. Почему при данном заболевании боль иррадиирует вверх и вправо?

5. Когда пальпируется желчный пузырь?

**Задача №17.**

Больной Ц., 42 лет, поступил с жалобами на увеличение живота, одышку, отеки на нижних конечностях и в области поясницы. В 20-летнем возрасте перенес болезнь Боткина. Неоднократно лечился в стационаре.

При осмотре больной истощен, кожные покровы слегка желтушны, отеки на нижних конечностях, в области поясницы, живот резко увеличен в размерах, на боковых поверхностях видна расширенная венозная сеть. При пальпации определяется наличие свободной жидкости в брюшной полости. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, плотная, поверхность ее бугристая. Перкуторно в вертикальном положении больного – тупой звук ниже пупка.

1.О каком заболевании вы думаете?

2. Выделите основные синдромы?

3. Каким способом можно выявить наличие жидкости в брюшной полости?

4. Назовите нормальные размеры печени по Курлову?

5. Чем можно объяснить выраженное истощение больного, наличие отеков на ногах, в области поясницы?

**Задача №18.**

Больной К., жалуется на плохой аппетит, тошноту, расстройство стула, желтую окраску кожи и склер. Желтуха развивалась медленно. Больной одновременно заметил, что моча стала темной, кал обесцвеченный. При осмотре кожные покровы желтушные. При пальпации печень умеренно увеличена, несколько болезненна, плотновата.

1.Ваш предположительный диагноз?

2. Что является наиболее вероятной причиной развития данной патологии?

3.Выделите основные синдромы?

4. Назовите нормальные размеры печени по Курлову?

5. Чем можно объяснить наличие диспепсии?

**Задача №19.**

Больной Т., 50 лет, грузчик, обратился с жалобами на постоянную боль в правом подреберье, чувство распирания, тошноту, рвоту алой кровью, общую слабость, быструю утомляемость.

При осмотре кожные покровы желтушного цвета, эритема ладоней, сосудистые звездочки, вены вокруг пупка расширены. При пальпации печень увеличена, плотная, селезенка увеличена.

1. Ваш предположительный диагноз?

2. Чем можно объяснить наличие рвоты алой кровью?

3. Как называются сосудистые звездочки?

4. О чем свидетельствуют расширенные вены вокруг пупка?

5. Как называется эритема ладоней?

**Задача №20.**

Больной Ю., жалуется на тупые боли в правом подреберье, нарастающую слабость, тошноту, рвоту, повышение температуры тела до 37.6°С. Из расспроса выяснено, что больной часто употребляет алкоголь, три дня назад принял большую дозу спирта.

При осмотре кожные покровы желтушного цвета, пальпируется увеличенная, плотная печень.

1.О каком заболевании вы думаете?

2. Что послужило причиной развития данной патологии?

3. Назовите нормальные размеры печени по Курлову?

4. Опишите нормальное состояние печени при пальпации.

5. К чему может привести данное заболевание?

**3адача №21.**

Больная К, 42 лет, считает себя больной в течение 2-х лет. Жалобы на ноющие боли, чувство переполнения в эпигастрии, отрыжку съеденной пищей, тошноту, рвоту, плохой аппетит, понос, вздутие живота. Объективно: пониженного питания, тургор кожи снижен, язык влажный, обложен серо-белым налетом, при пальпации умеренная болезненность в эпигастрии. При фракционном исследовании желудочного сока выявлено: общая кислотность -10 - 20 т.е., свободная соляная кислота -0. После введения 0,6 мг гистамина свободная соляная кислота - 0. Реакция на молочную кислоту отрицательная. При гастроскопии - бледность и истончённость слизистой оболочки желудка.

1. О каком заболевании следует думать?
2. Перечислите нормальные показатели общей соляной кислоты и

свободной соляной кислоты при использовании максимальной стимуляции желудочной секреции гистамином?

1. Какой тест проведен обследуемой, если ее масса тела была 60 кг?
2. Назовите противопоказания для проведения стимуляции гистамином?
3. Какая существует подготовка для проведения ФГС?

**Задача №22.**

Больной Б., 55 лет, поступил в терапевтическое отделение с жалобами на прогрессирующее похудание в течение последних 5 лет на 15 кг, неоформленный обильный стул с остатками непереваренной пищи и капельками жира 3-4 раза в день, вздутие живота.

С 40 лет на протяжении пяти лет у пациента возникали приступы интенсивных болей в животе, сопровождающиеся рвотой, со временем интенсивность болей стала угасать. С 20 летнего возраста регулярно принимает спиртные напитки в большом количестве.

При осмотре: пониженного питания. Кожные покровы сухие, тургор снижен.

Копрологическое исследование: каловые массы серовато-желтого цвета, неоформленные, мягкой неоднородной консистенции, реакция на стеркобилин – положительная, мышечные волокна, сохранившие исчерченность, нейтральный жир, жирные кислоты, мыла, крахмал.

1. О каком заболевании можно думать?
2. Укажите основные методы исследования, которые необходимы для подтверждения диагноза.
3. Как называется наличие крахмала в кале?
4. Как называется наличие жира в кале?
5. Как называется наличие непереваренных мышечных волокон?

**Задача №23.**

Мужчина 35 лет, в течение 10 лет страдает язвенной болезнью 12-перстной кишки с сезонными (весной и осенью) обострениями раз в 2-3 года. Во время последнего обострения характер жалоб изменился: появились интенсивные упорные боли в эпигастрии, часто опоясывающего характера, с иррадиацией в поясницу. Боли не зависит от приема пищи. Больной ощущает тошноту, резкое снижение аппетита. В течение последних 5 дней у больного отмечается частая рвота, температура повысилась до субфебрильной. При осмотре отмечаются болезненность и напряжение в эпигастрии. Стул обычного цвета, кашицеобразный.

1. О каком осложнении язвенной болезни можно думать?

2. На основании каких данных вы выставили диагноз?

3. Какие данные вы получите при рентгеноскопии желудка и 12-перстной

кишки?

4. Назовите другие дополнительные методы обследования больного?

5. Что можно обнаружить при копрологическом исследовании кала?

**Задача №24.**

Больная 56 лет, бухгалтер. Страдает частыми приступами болей в подложечной области в течение 15-16 лет, которые появляются после еды, спустя 20-30 минут, особенно после приема грубой, обильной пищи, иррадиируют под мечевидный отросток, за грудину, длятся до 30-40 минут. Неоднократно обследовалась в поликлинике и стационаре, ставился диагноз хронического гастрита с пониженной секреторной функцией. В последние 5-6 месяцев боли стали более интенсивными и длительными, возникают во время приема пищи, из-за этого стала ограничивать себя в еде. За месяц похудела более чем на 5 кг.

При обследовании в поликлинике выявлена ахлоргидрия, свободной соляной кислоты нет. Дебит час НСL – 0,8 ммоль/л, после стимуляции - 2,2 ммоль/л. В желудочном содержимом обнаружены примеси желчи, крови. При рентгеновском исследовании язвенного дефекта не выявлено.

1. О каком заболевании вы думаете?
2. В каком обследовании нуждается больная?
3. Назовите нормальные показатели дебит час общей соляной кислоты в

базальной и стимулированной секреции?

1. Что такое ахилия?
2. Какой симптом выявляется при рентгеноскопии с барием у больного с

язвенной болезнью?

**Задача №25.**

Больной 35 лет, обратился в поликлинику с жалобами на почти ежедневную рвоту пищей, обычно к вечеру, рвотные массы обильные, с неприятным гнилостным запахом; почти постоянно беспокоят тошнота, сухость во рту, жажда, слабость, головокружение, судороги в икроножных мышцах.

Указанные жалобы появились 3-4 недели назад, похудел за это время на 8 кг. Из анамнеза удалось выяснить, что больной в течение нескольких лет страдает изжогой, часто принимал по этому поводу соду. Пользовался теплой грелкой, которая облегчала боли. При осмотре в приемном покое: больной адинамичен, несколько заторможен. Резко снижен тургор кожи. Пульс 120 в мин., ритмичен. АД 60/20 мм рт.ст. Живот вздут, участвует в дыхании, при пальпации безболезнен. Выявляется шум плеска в верхней половине живота. Стула не было 2 суток.

Анализ крови: Нв-178 г/л, Эр. - 6,7х1012; Л. - 16,4Х109; э. - 0, ю. - 4,п. - 16, с. - 68, л. - 10, м. - 2, СОЭ - 2 мм/час. После клизмы был стул обычного цвета. Реакция Грегерсена положительная.

1. Какой предположительный диагноз можно поставить?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы?
3. Как оценить изменения в анализе крови?
4. Что такое реакция Грегерсена?
5. Как подготовить больного для исследования реакции Грегерсена?

**6.Рекоменованная литература по теме занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование, вид издания | Автор(-ы), составитель(-и), редактор(-ы) | Место издания, издательство, год |
| **Основная литература** | | | |
| 1. | [Пропедевтика внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=31615) : учеб.для мед. вузов | Н. А. Мухин, В. С. Моисеев | М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. |
| **Дополнительная литература** | | | |
| 1. | [Дополнительные методы обследования больного в терапевтической практике](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=1888) : учеб.пособие для студентов мед. вузов. Ч.2. | Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, Е. О. Карпухина [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2011. |
| 2. | [Дополнительные методы обследования больного в терапевтической практике](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=1889) : учеб.пособие для студентов мед. вузов. Ч.1. | Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, Е. О. Карпухина [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2011. |
| 3. | [Практикум по пропедевтике внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=21500) : учеб.пособие | ред. Ж. Д. Кобалава, В. С. Моисеев | М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. |
| 4. | [Пропедевтика внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=24744) : учеб.пособие к внеаудиторной работе для студентов 3 курса по спец. 060101- Лечебное дело, 060103- Педиатрия | сост. Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, А. Г. Иванов [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2009. |
| 5. | [Пропедевтика внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=30979) : учеб.пособие к аудиторной работе для студентов 3 курса по спец. 060101-Лечебное дело, 060103- Педиатрия. Ч.1.. - Режим доступа: polikarpov\_\_propedevtika\_stud\_3\_lech\_ped\_audit\_1\_1297665056.pdf | сост. Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, А. Г. Иванов [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2009. |
| 6. | [Пропедевтика внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=32404) : учеб.пособие к аудиторной работе для студентов 3 курса по спец. 060101-Лечебное дело, 060103- Педиатрия. Ч.2. | сост. Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, А. Г. Иванов [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2009. |

**1. Занятие № 17**

**Тема: «Особенности обследования больных с заболеваниями почек: жалобы, анамнез наружный осмотр. Пальпация почек. Симптоматология заболеваний почек ».**

**2.** **Форма организации учебного процесса:** клиническое практическое занятие.

**3.** **Значение темы.** Знание основных симптомов заболеваний почек и осложнений, возникающих на их фоне, владея методами объективного обследования и зная дополнительную диагностику поможет избежать грубых диагностических ошибок в процессе постановки диагноза. Для этого необходимо правильно расспросить больного (подробно уточнить основные жалобы, собрать анамнез, выявить факторы риска, обнаружить объективные симптомы, характерные для заболевания почек и их осложнений, уметь правильно интерпретировать данные, полученные при лабораторном, функциональном и инструментальном исследовании).

**4. Цели обучения:**

- общая цель: обучающийся должен обладать общекультурными (ОК) и профессиональными (ПК) компетенциями

* способностью и готовностью анализировать социально-значимые проблемы и процессы, использовать на практике методы гуманитарных, естественнонаучных, медико-биологических и клинических наук в различных видах профессиональной и социальной деятельности (ОК-1);
* способностью и готовностью к логическому анализу, публичной речи, редактированию текстов профессионального содержания, осуществлению общевоспитательной деятельности, к сотрудничеству и разрешению конфликтов, к толерантности (ОК-5);
* способностью и готовностью осуществлять свою деятельность с учетом принятых в обществе моральных и правовых норм, соблюдением правил врачебной этики, законов и нормативных правовых актов по работе с конфиденциальной информацией, сохранять врачебную тайну (ОК-8);
* способностью и готовностью реализовать этические и деонтологические аспекты врачебной деятельности в общении с коллегами, средним и младшим медицинским персоналом, взрослым населением и подростками, их родителями и родственниками (ПК-1);
* способностью и готовностью к формированию системного подхода к анализу медицинской информации, опираясь на всеобъемлющие принципы доказательной медицины, основанной на поиске решений с использованием теоретических знаний и практических умений в целях совершенствования профессиональной деятельности (ПК-3);
* способностью и готовностью проводить и интерпретировать опрос, физикальный осмотр, клиническое обследование, написать медицинскую карту амбулаторного и стационарного больного (ПК-5);
* способностью и готовностью проводить патофизиологический анализ клинических синдромов, обосновывать патогенетически оправданные методы (принципы) диагностики, профилактики патологии ЖКТ среди взрослого населения с учетом их возрастно-половых групп (ПК-6);
* способностью и готовностью к работе с медико-технической аппаратурой, используемой в работе с пациентами, владеть компьютерной техникой, получать информацию из различных источников, работать с информацией в глобальных компьютерных сетях; применять возможности современных информационных технологий для решения профессиональных задач (ПК-9);
* способностью и готовностью к постановке диагноза на основании результатов биохимических исследований биологических жидкостей и с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом (ПК-15);
* способностью и готовностью анализировать закономерности функционирования системы органов дыхания, использовать знания анатомо-физиологических основ, взрослого человека и подростка для своевременной диагностики заболеваний и патологических процессов дыхательной системы (ПК-16);
* способностью и готовностью выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы заболеваний органов дыхания, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом, анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах, выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний (ПК-17);
* способностью и готовностью анализировать и интерпретировать результаты современных диагностических технологий по возрастно-половым группам пациентов с учетом их физиологических особенностей организма человека для успешной лечебно-профилактической деятельности, провести диагностику физиологической беременности, участвовать в проведении судебно-медицинской экспертизы (ПК-18);
* способностью и готовностью использовать нормативную документацию, принятую в здравоохранении (законы Российской Федерации, технические регламенты, международные и национальные стандарты, приказы, рекомендации, терминологию, международные системы единиц (СИ), действующие международные классификации), а также документацию для оценки качества и эффективности работы медицинских организаций (ПК-27);
* способностью и готовностью изучать научно-медицинскую информацию, отечественный и зарубежный опыт по тематике исследования (ПК-31);

- учебная:

**Знать:**

* этиологию, патогенез и меры профилактики наиболее часто встречающихся заболеваний;
* клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения наиболее распространенных заболеваний почек, протекающих в типичной форме у различных возрастных групп.

**Уметь:**

* определить статус пациента: собрать анамнез, провести опрос пациента и/или его родственников, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, аускультация, измерение артериального давления, определение свойств артериального пульса и т.п.) с патологией почек;
* оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи;
* провести первичное обследование мочевыделительной системы;
* установить приоритеты для решения проблем здоровья пациента: критическое (терминальное) состояние, состояние с болевым синдромом, состояние с хроническим заболеванием, состояние с инфекционным заболеванием;

**Владеть:**

* методами общеклинического обследования больных с патологией почек (расспрос, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация, определение пульса, АД)

**5. План изучения темы**

**5.1.Контроль исходного уровня знаний** (тестовые вопросы)**.**

**5.2** **Основные понятия и положения темы (**граф логической структуры темы**,** плакаты «Мочевыделительная система», «острый и хронический гломерулонефрит – симптоматология», наглядное представление компьютерных презентаций «Больные с различной патологией мочевыделительной системы»).

**5.3.Самостоятельная работа студентов.**

* Курация больных с заболеваниями почек (пиелонефрит, гломерулонефрит, больные с хронической почечной недостаточностью)
* Оформлением фрагмента истории болезни.
* Разбор курируемых больных. Разбор ошибок.

**5.4 итоговый контроль знаний**

- ответы на вопросы по теме занятия

- решение ситуационных задач.

**6. Домашнее задание для уяснения темы**

**6.1.Тесты.**

**Вариант 1**

001 ДЛЯ БОЛЬНЫХ ПИЕЛОНЕФРИТОМ К ОСНОВНЫМ ЖАЛОБАМ НЕ ОТНОСЯТСЯ

1) отеки

2) учащенное мочеиспускание

3) повышение температуры

4) боли в поясничной области

5) болезненное мочеиспускание.

002. К ПРИЗНАКАМ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ НЕ ОТНОСИТСЯ

1) дизурия

2) гематурия

3) поллакиурия

4) лихорадка с ознобом

5) лейкоцитоз со сдвигом формулы влево.

003. ОСОБЕННОСТИ ПОЧЕЧНЫХ ОТЕКОВ

1) начинаются с нижних конечностей

2) появляются к вечеру

3) начинаются с лица

4) плотные

5) цианотичные.

004. НИКТУРИЯ - ЭТО

1) задержка выделения мочи

2) преобладание ночного диуреза над дневным

3) снижение удельного веса мочи

4) выделение мочи малыми порциями

5) недержание мочи.

005. ИЗОСТЕНУРИЯ - ЭТО

1) одинаковый объем разных порций мочи

2) снижение удельного веса мочи

3) монотонно сниженный удельный вес мочи

4) повышение удельного веса мочи

5) недержание мочи.

006. ДЛЯ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА НЕ ХАРАКТЕРНО

1) анемия

2) значительная протеинурия

3) гиперхолестеринемия

4) гипопротеинемия

5) отеки.

007. ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ СИМПТОМ ПАСТЕРНАЦКОГО БЫВАЕТ ПРИ

1) гломерулонефрите

2) пиелонефрите

3) цистите

4) гипертонической болезни

5) уретрите.

008. К ПРИЗНАКАМ УРЕМИЧЕСКОЙ КОМЫ НЕ ОТНОСИТСЯ

1) полиурия

2) шум трения перикарда

3) бледность, сухость кожных покровов

4) анурия

5) дыхание Куссмауля.

009. АНУРИЯ - ЭТО

1) выделение за сутки менее 50 мл мочи

2) выделение за сутки менее 500 мл мочи

3) выделение за сутки менее 200 мл мочи

4) выделение за сутки менее 300 мл мочи

5) выделение за сутки менее 250 мл мочи

010. ПРИЗНАК, КОТОРЫЙ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРОЯВЛЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

1) запор

2) кожный зуд

3) тошнота, рвота

4) олигурия

5) увеличение уровня креатинина крови.

011. КОЖНЫЙ ЗУД ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЧЕК ОБУСЛОВЛЕН ИЗБЫТОЧНЫМ СОДЕРЖАНИЕМ В КРОВИ

1) билирубина

2) мочевины

3) сахара

4) мочевой кислоты

5) желчных кислот.

012. НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ПОЧЕК ЯВЛЯЕТСЯ

1) инфаркт почки

2) гломерулонефрит

3) пиелонефрит

4) рак почки

5) туберкулез почек.

013. ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЧЕК БОЛЬНЫМ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ДИЕТА

1) диета № 1

2) диета № 5

3) диета № 7

4) диета № 9

5) диета № 10.

014. ПРИ ПОЛИУРИИ СУТОЧНОЕ КОЛИЧЕСТВО МОЧИ ПРЕВЫШАЕТ

1) 800 мл

2) 1500 мл

3) 2500 мл

4) 1000 мл

5) 500 мл.

015. ВЫДЕЛЕНИЕ ЗА СУТКИ МЕНЕЕ 50 МЛ МОЧИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ОБ

1) олигоурии

2) анурии

3) полиурии

4) поллакиурии

5) странгурии.

016. КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ FACIES NEFRITICA ЯВЛЯЮТСЯ

1) отеки лица, бледность кожи

2) отеки лица, акроцианоз

3) отеки лица, геморрагическая сыпь на лице

4) отеки лица, гиперемия кожи

5) отеки лица, бронзовая окраска кожи.

017. ТЕМНАЯ И ЖЕЛТОВАТАЯ ОКРАСКА КОЖИ ПРИ ХПН ЗАВИСИТ ОТ

1) повышение прямого билирубина

2) повышение непрямого билирубина

3) нарушение выделения урохромов

4) нарушение секреции билирубина

5) развития аддисоновой болезни.

018. ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ СИМПТОМ ПАСТЕРНАЦКОГО БЫВАЕТ ПРИ

1) остром гломерулонефрите

2) мочекаменной болезни

3) диабетической нефропатии

4) цистите

5) хроническом гломерулонефрите.

019. ПРИЗНАК, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ УРЕМИЧЕСКОГО ПЕРИКАРДИТА

1) повышение температуры тела

2) боли в области сердца

3) шум трения перикарда

4) накопление геморрагической жидкости в полости

перикарда

5) отсутствие азотемии.

020. ГЕМАТУРИЯ - ЭТО

1) появление в моче белка

2) появление в моче эритроцитов

3) появление в моче лейкоцитов

4) появление в моче цилиндров

5) появление в моче сахара.

**Вариант 2**

001. ГЕМАТУРИЯ - ЭТО

1) появление в моче белка

2) появление в моче эритроцитов

3) появление в моче лейкоцитов

4) появление в моче цилиндров

5) появление в моче сахара.

002. ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ СИМПТОМ ПАСТЕРНАЦКОГО БЫВАЕТ ПРИ

1) остром гломерулонефрите

2) мочекаменной болезни

3) диабетической нефропатии

4) цистите

5) хроническом гломерулонефрите.

003. КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ FACIES NEFRITICA ЯВЛЯЮТСЯ

1) отеки лица, бледность кожи

2) отеки лица, акроцианоз

3) отеки лица, геморрагическая сыпь на лице

4) отеки лица, гиперемия кожи

5) отеки лица, бронзовая окраска кожи.

004. ПРИ ПОЛИУРИИ СУТОЧНОЕ КОЛИЧЕСТВО МОЧИ ПРЕВЫШАЕТ

1) 800 мл

2) 1500 мл

3) 2500 мл

4) 1000 мл

5) 500 мл.

005. НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ПОЧЕК ЯВЛЯЕТСЯ

1) инфаркт почки

2) гломерулонефрит

3) пиелонефрит

4) рак почки

5) туберкулез почек.

006. ПРИЗНАК, КОТОРЫЙ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРОЯВЛЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

1) запор

2) кожный зуд

3) тошнота, рвота

4) олигурия

5) увеличение уровня креатинина крови.

007. К ПРИЗНАКАМ УРЕМИЧЕСКОЙ КОМЫ НЕ ОТНОСИТСЯ

1) полиурия

2) шум трения перикарда

3) бледность, сухость кожных покровов

4) анурия

5) дыхание Куссмауля.

008. ДЛЯ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА НЕ ХАРАКТЕРНО

1) анемия

2) значительная протеинурия

3) гиперхолестеринемия

4) гипопротеинемия

5) отеки.

009. НИКТУРИЯ - ЭТО

1) задержка выделения мочи

2) преобладание ночного диуреза над дневным

3) снижение удельного веса мочи

4) выделение мочи малыми порциями

5) недержание мочи.

010. К ПРИЗНАКАМ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ НЕ ОТНОСИТСЯ

1) дизурия

2) гематурия

3) поллакиурия

4) лихорадка с ознобом

5) лейкоцитоз со сдвигом формулы влево.

011 ДЛЯ БОЛЬНЫХ ПИЕЛОНЕФРИТОМ К ОСНОВНЫМ ЖАЛОБАМ НЕ ОТНОСЯТСЯ

1) отеки

2) учащенное мочеиспускание

3) повышение температуры

4) боли в поясничной области

5) болезненное мочеиспускание.

012. ОСОБЕННОСТИ ПОЧЕЧНЫХ ОТЕКОВ

1) начинаются с нижних конечностей

2) появляются к вечеру

3) начинаются с лица

4) плотные

5) цианотичные.

013. ИЗОСТЕНУРИЯ - ЭТО

1) одинаковый объем разных порций мочи

2) снижение удельного веса мочи

3) монотонно сниженный удельный вес мочи

4) повышение удельного веса мочи

5) недержание мочи.

014. ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ СИМПТОМ ПАСТЕРНАЦКОГО БЫВАЕТ ПРИ

1) гломерулонефрите

2) пиелонефрите

3) цистите

4) гипертонической болезни

5) уретрите.

015. АНУРИЯ - ЭТО

1) выделение за сутки менее 50 мл мочи

2) выделение за сутки менее 500 мл мочи

3) выделение за сутки менее 200 мл мочи

4) выделение за сутки менее 300 мл мочи

5) выделение за сутки менее 250 мл мочи

016. КОЖНЫЙ ЗУД ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЧЕК ОБУСЛОВЛЕН ИЗБЫТОЧНЫМ СОДЕРЖАНИЕМ В КРОВИ

1) билирубина

2) мочевины

3) сахара

4) мочевой кислоты

5) желчных кислот.

017. ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЧЕК БОЛЬНЫМ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ДИЕТА

1) диета № 1

2) диета № 5

3) диета № 7

4) диета № 9

5) диета № 10.

018. ВЫДЕЛЕНИЕ ЗА СУТКИ МЕНЕЕ 50 МЛ МОЧИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ОБ

1) олигоурии

2) анурии

3) полиурии

4) поллакиурии

5) странгурии.

019. ТЕМНАЯ И ЖЕЛТОВАТАЯ ОКРАСКА КОЖИ ПРИ ХПН ЗАВИСИТ ОТ

1) повышение прямого билирубина

2) повышение непрямого билирубина

3) нарушение выделения урохромов

4) нарушение секреции билирубина

5) развития аддисоновой болезни.

020. НАЗОВИТЕ ПРИЗНАК, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ УРЕМИЧЕСКОГО ПЕРИКАРДИТА

1) повышение температуры тела

2) боли в области сердца

3) шум трения перикарда

4) накопление геморрагической жидкости в полости

перикарда

5) отсутствие азотемии.

**Вариант 3**

001. ГЕМАТУРИЯ - ЭТО

1) появление в моче белка

2) появление в моче эритроцитов

3) появление в моче лейкоцитов

4) появление в моче цилиндров

5) появление в моче сахара.

002. ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ СИМПТОМ ПАСТЕРНАЦКОГО БЫВАЕТ ПРИ

1) остром гломерулонефрите

2) мочекаменной болезни

3) диабетической нефропатии

4) цистите

5) хроническом гломерулонефрите.

003. ПРИ ПОЛИУРИИ СУТОЧНОЕ КОЛИЧЕСТВО МОЧИ ПРЕВЫШАЕТ

1) 800 мл

2) 1500 мл

3) 2500 мл

4) 1000 мл

5) 500 мл.

004. НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ПОЧЕК ЯВЛЯЕТСЯ

1) инфаркт почки

2) гломерулонефрит

3) пиелонефрит

4) рак почки

5) туберкулез почек.

005. ДЛЯ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА НЕ ХАРАКТЕРНО

1) анемия

2) значительная протеинурия

3) гиперхолестеринемия

4) гипопротеинемия

5) отеки.

006. НИКТУРИЯ - ЭТО

1) задержка выделения мочи

2) преобладание ночного диуреза над дневным

3) снижение удельного веса мочи

4) выделение мочи малыми порциями

5) недержание мочи.

007. ОСОБЕННОСТИ ПОЧЕЧНЫХ ОТЕКОВ

1) начинаются с нижних конечностей

2) появляются к вечеру

3) начинаются с лица

4) плотные

5) цианотичные.

008. ИЗОСТЕНУРИЯ - ЭТО

1) одинаковый объем разных порций мочи

2) снижение удельного веса мочи

3) монотонно сниженный удельный вес мочи

4) повышение удельного веса мочи

5) недержание мочи.

009. КОЖНЫЙ ЗУД ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЧЕК ОБУСЛОВЛЕН ИЗБЫТОЧНЫМ СОДЕРЖАНИЕМ В КРОВИ

1) билирубина

2) мочевины

3) сахара

4) мочевой кислоты

5) желчных кислот.

010. ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЧЕК БОЛЬНЫМ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ДИЕТА

1) диета № 1

2) диета № 5

3) диета № 7

4) диета № 9

5) диета № 10.

011. КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ FACIES NEFRITICA ЯВЛЯЮТСЯ

1) отеки лица, бледность кожи

2) отеки лица, акроцианоз

3) отеки лица, геморрагическая сыпь на лице

4) отеки лица, гиперемия кожи

5) отеки лица, бронзовая окраска кожи.

012. ПРИЗНАК, КОТОРЫЙ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРОЯВЛЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

1) запор

2) кожный зуд

3) тошнота, рвота

4) олигурия

5) увеличение уровня креатинина крови.

013. ВЫДЕЛЕНИЕ ЗА СУТКИ МЕНЕЕ 50 МЛ МОЧИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ОБ

1) олигоурии

2) анурии

3) полиурии

4) поллакиурии

5) странгурии.

014. ТЕМНАЯ И ЖЕЛТОВАТАЯ ОКРАСКА КОЖИ ПРИ ХПН ЗАВИСИТ ОТ

1) повышение прямого билирубина

2) повышение непрямого билирубина

3) нарушение выделения урохромов

4) нарушение секреции билирубина

5) развития аддисоновой болезни.

015. ПРИЗНАК, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ УРЕМИЧЕСКОГО ПЕРИКАРДИТА

1) повышение температуры тела

2) боли в области сердца

3) шум трения перикарда

4) накопление геморрагической жидкости в полости

перикарда

5) отсутствие азотемии.

016. К ПРИЗНАКАМ УРЕМИЧЕСКОЙ КОМЫ НЕ ОТНОСИТСЯ

1) полиурия

2) шум трения перикарда

3) бледность, сухость кожных покровов

4) анурия

5) дыхание Куссмауля.

017. К ПРИЗНАКАМ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ НЕ ОТНОСИТСЯ

1) дизурия

2) гематурия

3) поллакиурия

4) лихорадка с ознобом

5) лейкоцитоз со сдвигом формулы влево.

018 ДЛЯ БОЛЬНЫХ ПИЕЛОНЕФРИТОМ К ОСНОВНЫМ ЖАЛОБАМ НЕ ОТНОСЯТСЯ

1) отеки

2) учащенное мочеиспускание

3) повышение температуры

4) боли в поясничной области

5) болезненное мочеиспускание.

019. ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ СИМПТОМ ПАСТЕРНАЦКОГО БЫВАЕТ ПРИ

1) гломерулонефрите

2) пиелонефрите

3) цистите

4) гипертонической болезни

5) уретрите.

020. АНУРИЯ - ЭТО

1) выделение за сутки менее 50 мл мочи

2) выделение за сутки менее 500 мл мочи

3) выделение за сутки менее 200 мл мочи

4) выделение за сутки менее 300 мл мочи

5) выделение за сутки менее 250 мл мочи

Вариант 4

001. ПРИЗНАК, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ УРЕМИЧЕСКОГО ПЕРИКАРДИТА

1) повышение температуры тела

2) боли в области сердца

3) шум трения перикарда

4) накопление геморрагической жидкости в полости

перикарда

5) отсутствие азотемии.

002. К ПРИЗНАКАМ УРЕМИЧЕСКОЙ КОМЫ НЕ ОТНОСИТСЯ

1) полиурия

2) шум трения перикарда

3) бледность, сухость кожных покровов

4) анурия

5) дыхание Куссмауля.

003. НИКТУРИЯ - ЭТО

1) задержка выделения мочи

2) преобладание ночного диуреза над дневным

3) снижение удельного веса мочи

4) выделение мочи малыми порциями

5) недержание мочи.

004. ОСОБЕННОСТИ ПОЧЕЧНЫХ ОТЕКОВ

1) начинаются с нижних конечностей

2) появляются к вечеру

3) начинаются с лица

4) плотные

5) цианотичные.

005 ДЛЯ БОЛЬНЫХ ПИЕЛОНЕФРИТОМ К ОСНОВНЫМ ЖАЛОБАМ НЕ ОТНОСЯТСЯ

1) отеки

2) учащенное мочеиспускание

3) повышение температуры

4) боли в поясничной области

5) болезненное мочеиспускание.

006. ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ СИМПТОМ ПАСТЕРНАЦКОГО БЫВАЕТ ПРИ

1) гломерулонефрите

2) пиелонефрите

3) цистите

4) гипертонической болезни

5) уретрите.

007. К ПРИЗНАКАМ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ НЕ ОТНОСИТСЯ

1) дизурия

2) гематурия

3) поллакиурия

4) лихорадка с ознобом

5) лейкоцитоз со сдвигом формулы влево.

008. АНУРИЯ - ЭТО

1) выделение за сутки менее 50 мл мочи

2) выделение за сутки менее 500 мл мочи

3) выделение за сутки менее 200 мл мочи

4) выделение за сутки менее 300 мл мочи

5) выделение за сутки менее 250 мл мочи

009. ГЕМАТУРИЯ - ЭТО

1) появление в моче белка

2) появление в моче эритроцитов

3) появление в моче лейкоцитов

4) появление в моче цилиндров

5) появление в моче сахара.

010. НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ПОЧЕК ЯВЛЯЕТСЯ

1) инфаркт почки

2) гломерулонефрит

3) пиелонефрит

4) рак почки

5) туберкулез почек.

011. ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ СИМПТОМ ПАСТЕРНАЦКОГО БЫВАЕТ ПРИ

1) остром гломерулонефрите

2) мочекаменной болезни

3) диабетической нефропатии

4) цистите

5) хроническом гломерулонефрите.

012. ДЛЯ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА НЕ ХАРАКТЕРНО

1) анемия

2) значительная протеинурия

3) гиперхолестеринемия

4) гипопротеинемия

5) отеки.

013. ПРИ ПОЛИУРИИ СУТОЧНОЕ КОЛИЧЕСТВО МОЧИ ПРЕВЫШАЕТ

1) 800 мл

2) 1500 мл

3) 2500 мл

4) 1000 мл

5) 500 мл.

014. ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЧЕК БОЛЬНЫМ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ДИЕТА

1) диета № 1

2) диета № 5

3) диета № 7

4) диета № 9

5) диета № 10.

015. ИЗОСТЕНУРИЯ - ЭТО

1) одинаковый объем разных порций мочи

2) снижение удельного веса мочи

3) монотонно сниженный удельный вес мочи

4) повышение удельного веса мочи

5) недержание мочи.

016. ПРОЯВЛЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ

1) запор

2) кожный зуд

3) тошнота, рвота

4) олигурия

5) увеличение уровня креатинина крови.

017. КОЖНЫЙ ЗУД ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЧЕК ОБУСЛОВЛЕН ИЗБЫТОЧНЫМ СОДЕРЖАНИЕМ В КРОВИ

1) билирубина

2) мочевины

3) сахара

4) мочевой кислоты

5) желчных кислот.

018. КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ FACIES NEFRITICA ЯВЛЯЮТСЯ

1) отеки лица, бледность кожи

2) отеки лица, акроцианоз

3) отеки лица, геморрагическая сыпь на лице

4) отеки лица, гиперемия кожи

5) отеки лица, бронзовая окраска кожи.

019. ВЫДЕЛЕНИЕ ЗА СУТКИ МЕНЕЕ 50 МЛ МОЧИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ОБ

1) олигоурии

2) анурии

3) полиурии

4) поллакиурии

5) странгурии.

020. ТЕМНАЯ И ЖЕЛТОВАТАЯ ОКРАСКА КОЖИ ПРИ ХПН ЗАВИСИТ ОТ

1) повышение прямого билирубина

2) повышение непрямого билирубина

3) нарушение выделения урохромов

4) нарушение секреции билирубина

5) развития аддисоновой болезни.

**6.2. Ситуационные задачи.**

**Задача №1.**

Больного И., 50 лет, машина скорой помощи доставила в пропускник терапевтического отделения с жалобами на резкую и острую боль в поясничной области, иррадиирующую вниз живота и мошонку. Боли усиливаются при малейшем движении и длятся 2-3 часа. Мочеиспускание во время приступа учащено, затруднено, болезненно. Подобные приступы за последний год были дважды. В конце приступа появляется красная моча. Объективно: бледность кожных покровов. Резко положительный симптом Пастернацкого справа.

1. О каком заболевании следует подумать врачу в первую очередь?
2. Какое название носит болевой синдром при данной патологии?
3. Как называется болезненное мочеиспускание?
4. Как определить симптом Пастернацкого?
5. Что может провоцировать подобные приступы?

**Задача №2.**

Больная, 43 года, жалуется на тошноту, рвоту, жидкий стул, сухой кашель, сухость носа, зуд кожных покровов, головную боль в затылочной области. Из анамнеза: 23 года назад во время вынашивания беременности отмечались отеки на лице, ногах, высокое АД, со слов врачей был белок в моче. После родов данная симптоматика исчезла, к врачам не обращалась, анализы мочи не сдавала.

1. О какой патологии вы подумаете?
2. Чем осложнилось данное заболевание?
3. Выделите основные синдромы?
4. Что является причиной головной боли?
5. Что вызывает диспепсический синдром?

**Задача №3.**

У больной, 21 год, срочные роды. При поступлении в родильный дом предъявлена жалоба на выраженную головную боль, тошноту, массивные отеки ног, промежности, лица. При осмотре больная заторможена. Через 1 час (осмотр) больная заторможена, на вопросы не отвечает, появились тонические судорожные подергивание мышц голеней, рвота.

1. О какой патологии Вы подумаете?
2. Какое осложнение развилось у больной?
3. При наличии каких синдромов развивается данная патология?
4. Как изменится артериальное давление?
5. Что вызывает судорожный синдром?

**Задача №4.**

Больной, 39 лет, находится на стационарном лечении по поводу рожи на левой голени. В течение недели стал отмечать лихорадку (температура 37,8°), увеличение массы тела ежедневно на 1,5-2 кг, отеки ног, увеличение живота в объеме, головную боль в затылочной области, сопровождающуюся тошнотой, рвотой, мочу цвета «мясных помоев».

1. О какой патологии вы подумаете?
2. Что вызывает изменение цвета мочи?
3. Что является этиологическим фактором развития данного заболевания?
4. Могут ли при гломерулонефрите почки поражаться ассиметрично?
5. Какие изменения диуреза могут наблюдаться?

**3адача № 5.**

Больная, 36 лет, поступила в отделение с жалобами на выраженную головную боль, отеки на лице, ногах, на мочу цвета «мясных помоев», боли в поясничной области с обеих сторон, тупые постоянные, лихорадка (37,8°), которые появились после ангины, через неделю. Вечером при осмотре врачом отмечено: нарушение артикуляции речи, слабость в левых конечностях, расширение правого зрачка, отклонение языка вправо.

1. О какой патологии Вы подумаете?
2. Какое осложнение развилось?
3. Как называется моча цвета «мясных помоев»?
4. Что лежит в основе патогенеза данной патологии?
5. Что провоцирует головные боли?

**Задача №6.**

Больной, 43 года, неделю назад употреблял спиртосодержащую жидкость. Через сутки после этого стал отмечать уменьшение количества мочи до 200 мл. Через три дня прекратил мочиться. Два дня назад появились отеки на лице, ногах, увеличился живот в объеме, появилась одышка, головная боль в затылочной области.

1. О какой патологии Вы думаете?
2. Какое осложнение развилось?
3. Оцените диурез?
4. Как называются такие отеки?
5. Чем объяснить наличие одышки?

**Задача №7.**

У больного, 43 года, находящегося на стационарном лечении по поводу обострения хронического гломерулонефрита, появились выраженные сжимающие боли за грудиной, с иррадиацией в левое плечо, не купирующиеся приемом нитроглицерина. В анализе крови лейкоцитоз. По ЭКГ в III, II, avF глубокий Q, ST выше изоэлектрической линии.

1. О какой патологии вы подумаете?
2. Что стало причиной данной патологии.
3. Могут ли почки при гломерулонефрите поражаться не симметрично?.
4. Локализация острого инфаркта миокарда.
5. Укажите стадию острого инфаркта миокарда.

**Задача №8.**

Больной М, 30 лет. В анамнезе частые ангины. Три недели назад после перенесенной ангины появились отеки на лице, изменился цвет мочи («мясные помои»), уменьшилось количество мочи.

1. О какой патологии Вы думаете?
2. Что стало причиной данной патологии?
3. Что такое гематурия?
4. Назовите причину отеков?
5. Как изменится фильтрационная способность почек.

**Задача №9.**

Больной Д, 50 лет. В анамнезе частые ангины, отеки на лице. За ночь мочится 2-3 раза. За медицинской помощью не обращался. Последние 3-4 года больной стал отмечаться кожный зуд, сухость во рту, жажду.

1. О какой патологии вы думаете?
2. Как называется увеличение ночного диуреза?
3. Какое осложнение развилось у пациента?
4. Назовите нормальное соотношение дневного и ночного диуреза?
5. Наиболее вероятное изменение гемодинамики.

**Задача №10.**

Больная Т., 25 лет, неоднократно лечилась по поводу цистита. После перенесенного ОРЗ почувствовала боли в поясничной области справа, учащение болезненное мочеиспускание, озноб, повышение температуры до высоких цифр, обратила внимание на то, что моча стала мутная.

1. О какой патологии вы думаете?
2. Как называется болезненное мочеиспускание?
3. Как называется учащенное мочеиспускание?
4. Наиболее вероятный путь инфицирования.
5. Основной возбудитель мочевой инфекции.

**7. Рекомендации по выполнению НИРС.**

* Нефротический синдром.

Рекомендации по подготовке учебно-исследовательской работы изложены в учебно-методическом пособии «Избранные темы пропедевтики внутренних болезней (учебное пособие для внеаудиторной самостоятельной работы студентов 3 курса), под ред. Поликарпова Л.С., КрасГМА,2003».

**8.Список литературы по теме занятия:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование, вид издания | Автор(-ы), составитель(-и), редактор(-ы) | Место издания, издательство, год |
| **Основная литература** | | | |
| 1. | [Пропедевтика внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=31615) : учеб.для мед. вузов | Н. А. Мухин, В. С. Моисеев | М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. |
| **Дополнительная литература** | | | |
| 1. | [Дополнительные методы обследования больного в терапевтической практике](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=1888) : учеб.пособие для студентов мед. вузов. Ч.2. | Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, Е. О. Карпухина [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2011. |
| 2. | [Дополнительные методы обследования больного в терапевтической практике](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=1889) : учеб.пособие для студентов мед. вузов. Ч.1. | Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, Е. О. Карпухина [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2011. |
| 3. | [Практикум по пропедевтике внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=21500) : учеб.пособие | ред. Ж. Д. Кобалава, В. С. Моисеев | М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. |
| 4. | [Пропедевтика внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=24744) : учеб.пособие к внеаудиторной работе для студентов 3 курса по спец. 060101- Лечебное дело, 060103- Педиатрия | сост. Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, А. Г. Иванов [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2009. |
| 5. | [Пропедевтика внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=30979) : учеб.пособие к аудиторной работе для студентов 3 курса по спец. 060101-Лечебное дело, 060103- Педиатрия. Ч.1.. - Режим доступа: polikarpov\_\_propedevtika\_stud\_3\_lech\_ped\_audit\_1\_1297665056.pdf | сост. Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, А. Г. Иванов [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2009. |
| 6. | [Пропедевтика внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=32404) : учеб.пособие к аудиторной работе для студентов 3 курса по спец. 060101-Лечебное дело, 060103- Педиатрия. Ч.2. | сост. Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, А. Г. Иванов [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2009. |

**1. Занятие № 18**

**Тема: «Дополнительные методы исследования больных с патологией мочевыделительной системы. Гломерулонефрит, пиелонефрит. ХПН».**

**2.** **Форма организации учебного процесса:** клиническое практическое занятие.

**3.** **Значение темы.** Знание основных симптомов заболеваний почек и осложнений, возникающих на их фоне, владея методами объективного обследования и зная дополнительную диагностику поможет избежать грубых диагностических ошибок в процессе постановки диагноза. Для этого необходимо правильно расспросить больного (подробно уточнить основные жалобы, собрать анамнез, выявить факторы риска, обнаружить объективные симптомы, характерные для заболевания почек и их осложнений, уметь правильно интерпретировать данные, полученные при лабораторном, функциональном и инструментальном исследовании).

**4. Цели обучения:**

- общая цель: обучающийся должен обладать общекультурными (ОК) и профессиональными (ПК) компетенциями

* способностью и готовностью анализировать социально-значимые проблемы и процессы, использовать на практике методы гуманитарных, естественнонаучных, медико-биологических и клинических наук в различных видах профессиональной и социальной деятельности (ОК-1);
* способностью и готовностью к логическому анализу, публичной речи, редактированию текстов профессионального содержания, осуществлению общевоспитательной деятельности, к сотрудничеству и разрешению конфликтов, к толерантности (ОК-5);
* способностью и готовностью осуществлять свою деятельность с учетом принятых в обществе моральных и правовых норм, соблюдением правил врачебной этики, законов и нормативных правовых актов по работе с конфиденциальной информацией, сохранять врачебную тайну (ОК-8);
* способностью и готовностью реализовать этические и деонтологические аспекты врачебной деятельности в общении с коллегами, средним и младшим медицинским персоналом, взрослым населением и подростками, их родителями и родственниками (ПК-1);
* способностью и готовностью к формированию системного подхода к анализу медицинской информации, опираясь на всеобъемлющие принципы доказательной медицины, основанной на поиске решений с использованием теоретических знаний и практических умений в целях совершенствования профессиональной деятельности (ПК-3);
* способностью и готовностью проводить и интерпретировать опрос, физикальный осмотр, клиническое обследование, написать медицинскую карту амбулаторного и стационарного больного (ПК-5);
* способностью и готовностью проводить патофизиологический анализ клинических синдромов, обосновывать патогенетически оправданные методы (принципы) диагностики, профилактики патологии ЖКТ среди взрослого населения с учетом их возрастно-половых групп (ПК-6);
* способностью и готовностью к работе с медико-технической аппаратурой, используемой в работе с пациентами, владеть компьютерной техникой, получать информацию из различных источников, работать с информацией в глобальных компьютерных сетях; применять возможности современных информационных технологий для решения профессиональных задач (ПК-9);
* способностью и готовностью к постановке диагноза на основании результатов биохимических исследований биологических жидкостей и с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом (ПК-15);
* способностью и готовностью анализировать закономерности функционирования системы органов дыхания, использовать знания анатомо-физиологических основ, взрослого человека и подростка для своевременной диагностики заболеваний и патологических процессов дыхательной системы (ПК-16);
* способностью и готовностью выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы заболеваний органов дыхания, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом, анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах, выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний (ПК-17);
* способностью и готовностью анализировать и интерпретировать результаты современных диагностических технологий по возрастно-половым группам пациентов с учетом их физиологических особенностей организма человека для успешной лечебно-профилактической деятельности, провести диагностику физиологической беременности, участвовать в проведении судебно-медицинской экспертизы (ПК-18);
* способностью и готовностью использовать нормативную документацию, принятую в здравоохранении (законы Российской Федерации, технические регламенты, международные и национальные стандарты, приказы, рекомендации, терминологию, международные системы единиц (СИ), действующие международные классификации), а также документацию для оценки качества и эффективности работы медицинских организаций (ПК-27);
* способностью и готовностью изучать научно-медицинскую информацию, отечественный и зарубежный опыт по тематике исследования (ПК-31);

- учебная:

**Знать:**

* этиологию, патогенез и меры профилактики наиболее часто встречающихся заболеваний;
* клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения наиболее распространенных заболеваний почек, протекающих в типичной форме у различных возрастных групп.

**Уметь:**

* определить статус пациента: собрать анамнез, провести опрос пациента и/или его родственников, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, аускультация, измерение артериального давления, определение свойств артериального пульса и т.п.) с патологией почек;
* оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи;
* провести первичное обследование мочевыделительной системы;
* установить приоритеты для решения проблем здоровья пациента: критическое (терминальное) состояние, состояние с болевым синдромом, состояние с хроническим заболеванием, состояние с инфекционным заболеванием;

**Владеть:**

* методами общеклинического обследования больных с патологией почек (расспрос, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация, определение пульса, АД)

**5. План изучения темы**

**5.1.Контроль исходного уровня знаний** (тестовые вопросы)**.**

**5.2** **Основные понятия и положения темы (**граф логической структуры темы**,** плакаты «Мочевыделительная система», «острый и хронический гломерулонефрит – симптоматология», наглядное представление компьютерных презентаций «Больные с различной патологией мочевыделительной системы»).

**5.3.Самостоятельная работа студентов.**

* Курация больных с заболеваниями почек (пиелонефрит, гломерулонефрит, больные с хронической почечной недостаточностью)
* Оформлением фрагмента истории болезни.
* Разбор курируемых больных. Разбор ошибок.

**5.4 Итоговый контроль знаний**

- ответы на вопросы по теме занятия

- решение ситуационных задач.

**6. Домашнее задание для уяснения темы**

**6.1.Тесты.**

**Вариант 1**

001 ДЛЯ БОЛЬНЫХ ПИЕЛОНЕФРИТОМ К ОСНОВНЫМ ЖАЛОБАМ НЕ ОТНОСЯТСЯ

1) отеки

2) учащенное мочеиспускание

3) повышение температуры

4) боли в поясничной области

5) болезненное мочеиспускание.

002. К ПРИЗНАКАМ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ НЕ ОТНОСИТСЯ

1) дизурия

2) гематурия

3) поллакиурия

4) лихорадка с ознобом

5) лейкоцитоз со сдвигом формулы влево.

003. ОСОБЕННОСТИ ПОЧЕЧНЫХ ОТЕКОВ

1) начинаются с нижних конечностей

2) появляются к вечеру

3) начинаются с лица

4) плотные

5) цианотичные.

004. НИКТУРИЯ - ЭТО

1) задержка выделения мочи

2) преобладание ночного диуреза над дневным

3) снижение удельного веса мочи

4) выделение мочи малыми порциями

5) недержание мочи.

005. ИЗОСТЕНУРИЯ - ЭТО

1) одинаковый объем разных порций мочи

2) снижение удельного веса мочи

3) монотонно сниженный удельный вес мочи

4) повышение удельного веса мочи

5) недержание мочи.

006. ДЛЯ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА НЕ ХАРАКТЕРНО

1) анемия

2) значительная протеинурия

3) гиперхолестеринемия

4) гипопротеинемия

5) отеки.

007. ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ СИМПТОМ ПАСТЕРНАЦКОГО БЫВАЕТ ПРИ

1) гломерулонефрите

2) пиелонефрите

3) цистите

4) гипертонической болезни

5) уретрите.

008. К ПРИЗНАКАМ УРЕМИЧЕСКОЙ КОМЫ НЕ ОТНОСИТСЯ

1) полиурия

2) шум трения перикарда

3) бледность, сухость кожных покровов

4) анурия

5) дыхание Куссмауля.

009. АНУРИЯ - ЭТО

1) выделение за сутки менее 50 мл мочи

2) выделение за сутки менее 500 мл мочи

3) выделение за сутки менее 200 мл мочи

4) выделение за сутки менее 300 мл мочи

5) выделение за сутки менее 250 мл мочи

010. ПРИЗНАК, КОТОРЫЙ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРОЯВЛЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

1) запор

2) кожный зуд

3) тошнота, рвота

4) олигурия

5) увеличение уровня креатинина крови.

011. КОЖНЫЙ ЗУД ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЧЕК ОБУСЛОВЛЕН ИЗБЫТОЧНЫМ СОДЕРЖАНИЕМ В КРОВИ

1) билирубина

2) мочевины

3) сахара

4) мочевой кислоты

5) желчных кислот.

012. НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ПОЧЕК ЯВЛЯЕТСЯ

1) инфаркт почки

2) гломерулонефрит

3) пиелонефрит

4) рак почки

5) туберкулез почек.

013. ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЧЕК БОЛЬНЫМ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ДИЕТА

1) диета № 1

2) диета № 5

3) диета № 7

4) диета № 9

5) диета № 10.

014. ПРИ ПОЛИУРИИ СУТОЧНОЕ КОЛИЧЕСТВО МОЧИ ПРЕВЫШАЕТ

1) 800 мл

2) 1500 мл

3) 2500 мл

4) 1000 мл

5) 500 мл.

015. ВЫДЕЛЕНИЕ ЗА СУТКИ МЕНЕЕ 50 МЛ МОЧИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ОБ

1) олигоурии

2) анурии

3) полиурии

4) поллакиурии

5) странгурии.

016. КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ FACIES NEFRITICA ЯВЛЯЮТСЯ

1) отеки лица, бледность кожи

2) отеки лица, акроцианоз

3) отеки лица, геморрагическая сыпь на лице

4) отеки лица, гиперемия кожи

5) отеки лица, бронзовая окраска кожи.

017. ТЕМНАЯ И ЖЕЛТОВАТАЯ ОКРАСКА КОЖИ ПРИ ХПН ЗАВИСИТ ОТ

1) повышение прямого билирубина

2) повышение непрямого билирубина

3) нарушение выделения урохромов

4) нарушение секреции билирубина

5) развития аддисоновой болезни.

018. ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ СИМПТОМ ПАСТЕРНАЦКОГО БЫВАЕТ ПРИ

1) остром гломерулонефрите

2) мочекаменной болезни

3) диабетической нефропатии

4) цистите

5) хроническом гломерулонефрите.

019. ПРИЗНАК, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ УРЕМИЧЕСКОГО ПЕРИКАРДИТА

1) повышение температуры тела

2) боли в области сердца

3) шум трения перикарда

4) накопление геморрагической жидкости в полости

перикарда

5) отсутствие азотемии.

020. ГЕМАТУРИЯ - ЭТО

1) появление в моче белка

2) появление в моче эритроцитов

3) появление в моче лейкоцитов

4) появление в моче цилиндров

5) появление в моче сахара.

**Вариант 2**

001. ГЕМАТУРИЯ - ЭТО

1) появление в моче белка

2) появление в моче эритроцитов

3) появление в моче лейкоцитов

4) появление в моче цилиндров

5) появление в моче сахара.

002. ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ СИМПТОМ ПАСТЕРНАЦКОГО БЫВАЕТ ПРИ

1) остром гломерулонефрите

2) мочекаменной болезни

3) диабетической нефропатии

4) цистите

5) хроническом гломерулонефрите.

003. КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ FACIES NEFRITICA ЯВЛЯЮТСЯ

1) отеки лица, бледность кожи

2) отеки лица, акроцианоз

3) отеки лица, геморрагическая сыпь на лице

4) отеки лица, гиперемия кожи

5) отеки лица, бронзовая окраска кожи.

004. ПРИ ПОЛИУРИИ СУТОЧНОЕ КОЛИЧЕСТВО МОЧИ ПРЕВЫШАЕТ

1) 800 мл

2) 1500 мл

3) 2500 мл

4) 1000 мл

5) 500 мл.

005. НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ПОЧЕК ЯВЛЯЕТСЯ

1) инфаркт почки

2) гломерулонефрит

3) пиелонефрит

4) рак почки

5) туберкулез почек.

006. ПРИЗНАК, КОТОРЫЙ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРОЯВЛЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

1) запор

2) кожный зуд

3) тошнота, рвота

4) олигурия

5) увеличение уровня креатинина крови.

007. К ПРИЗНАКАМ УРЕМИЧЕСКОЙ КОМЫ НЕ ОТНОСИТСЯ

1) полиурия

2) шум трения перикарда

3) бледность, сухость кожных покровов

4) анурия

5) дыхание Куссмауля.

008. ДЛЯ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА НЕ ХАРАКТЕРНО

1) анемия

2) значительная протеинурия

3) гиперхолестеринемия

4) гипопротеинемия

5) отеки.

009. НИКТУРИЯ - ЭТО

1) задержка выделения мочи

2) преобладание ночного диуреза над дневным

3) снижение удельного веса мочи

4) выделение мочи малыми порциями

5) недержание мочи.

010. К ПРИЗНАКАМ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ НЕ ОТНОСИТСЯ

1) дизурия

2) гематурия

3) поллакиурия

4) лихорадка с ознобом

5) лейкоцитоз со сдвигом формулы влево.

011 ДЛЯ БОЛЬНЫХ ПИЕЛОНЕФРИТОМ К ОСНОВНЫМ ЖАЛОБАМ НЕ ОТНОСЯТСЯ

1) отеки

2) учащенное мочеиспускание

3) повышение температуры

4) боли в поясничной области

5) болезненное мочеиспускание.

012. ОСОБЕННОСТИ ПОЧЕЧНЫХ ОТЕКОВ

1) начинаются с нижних конечностей

2) появляются к вечеру

3) начинаются с лица

4) плотные

5) цианотичные.

013. ИЗОСТЕНУРИЯ - ЭТО

1) одинаковый объем разных порций мочи

2) снижение удельного веса мочи

3) монотонно сниженный удельный вес мочи

4) повышение удельного веса мочи

5) недержание мочи.

014. ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ СИМПТОМ ПАСТЕРНАЦКОГО БЫВАЕТ ПРИ

1) гломерулонефрите

2) пиелонефрите

3) цистите

4) гипертонической болезни

5) уретрите.

015. АНУРИЯ - ЭТО

1) выделение за сутки менее 50 мл мочи

2) выделение за сутки менее 500 мл мочи

3) выделение за сутки менее 200 мл мочи

4) выделение за сутки менее 300 мл мочи

5) выделение за сутки менее 250 мл мочи

016. КОЖНЫЙ ЗУД ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЧЕК ОБУСЛОВЛЕН ИЗБЫТОЧНЫМ СОДЕРЖАНИЕМ В КРОВИ

1) билирубина

2) мочевины

3) сахара

4) мочевой кислоты

5) желчных кислот.

017. ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЧЕК БОЛЬНЫМ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ДИЕТА

1) диета № 1

2) диета № 5

3) диета № 7

4) диета № 9

5) диета № 10.

018. ВЫДЕЛЕНИЕ ЗА СУТКИ МЕНЕЕ 50 МЛ МОЧИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ОБ

1) олигоурии

2) анурии

3) полиурии

4) поллакиурии

5) странгурии.

019. ТЕМНАЯ И ЖЕЛТОВАТАЯ ОКРАСКА КОЖИ ПРИ ХПН ЗАВИСИТ ОТ

1) повышение прямого билирубина

2) повышение непрямого билирубина

3) нарушение выделения урохромов

4) нарушение секреции билирубина

5) развития аддисоновой болезни.

020. ПРИЗНАК, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ УРЕМИЧЕСКОГО ПЕРИКАРДИТА

1) повышение температуры тела

2) боли в области сердца

3) шум трения перикарда

4) накопление геморрагической жидкости в полости

перикарда

5) отсутствие азотемии.

**Вариант 3**

001. ГЕМАТУРИЯ - ЭТО

1) появление в моче белка

2) появление в моче эритроцитов

3) появление в моче лейкоцитов

4) появление в моче цилиндров

5) появление в моче сахара.

002. ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ СИМПТОМ ПАСТЕРНАЦКОГО БЫВАЕТ ПРИ

1) остром гломерулонефрите

2) мочекаменной болезни

3) диабетической нефропатии

4) цистите

5) хроническом гломерулонефрите.

003. ПРИ ПОЛИУРИИ СУТОЧНОЕ КОЛИЧЕСТВО МОЧИ ПРЕВЫШАЕТ

1) 800 мл

2) 1500 мл

3) 2500 мл

4) 1000 мл

5) 500 мл.

004. НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ПОЧЕК ЯВЛЯЕТСЯ

1) инфаркт почки

2) гломерулонефрит

3) пиелонефрит

4) рак почки

5) туберкулез почек.

005. ДЛЯ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА НЕ ХАРАКТЕРНО

1) анемия

2) значительная протеинурия

3) гиперхолестеринемия

4) гипопротеинемия

5) отеки.

006. НИКТУРИЯ - ЭТО

1) задержка выделения мочи

2) преобладание ночного диуреза над дневным

3) снижение удельного веса мочи

4) выделение мочи малыми порциями

5) недержание мочи.

007. ОСОБЕННОСТИ ПОЧЕЧНЫХ ОТЕКОВ

1) начинаются с нижних конечностей

2) появляются к вечеру

3) начинаются с лица

4) плотные

5) цианотичные.

008. ИЗОСТЕНУРИЯ - ЭТО

1) одинаковый объем разных порций мочи

2) снижение удельного веса мочи

3) монотонно сниженный удельный вес мочи

4) повышение удельного веса мочи

5) недержание мочи.

009. КОЖНЫЙ ЗУД ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЧЕК ОБУСЛОВЛЕН ИЗБЫТОЧНЫМ СОДЕРЖАНИЕМ В КРОВИ

1) билирубина

2) мочевины

3) сахара

4) мочевой кислоты

5) желчных кислот.

010. ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЧЕК БОЛЬНЫМ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ДИЕТА

1) диета № 1

2) диета № 5

3) диета № 7

4) диета № 9

5) диета № 10.

011. КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ FACIES NEFRITICA ЯВЛЯЮТСЯ

1) отеки лица, бледность кожи

2) отеки лица, акроцианоз

3) отеки лица, геморрагическая сыпь на лице

4) отеки лица, гиперемия кожи

5) отеки лица, бронзовая окраска кожи.

012. ПРИЗНАК, КОТОРЫЙ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРОЯВЛЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

1) запор

2) кожный зуд

3) тошнота, рвота

4) олигурия

5) увеличение уровня креатинина крови.

013. ВЫДЕЛЕНИЕ ЗА СУТКИ МЕНЕЕ 50 МЛ МОЧИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ОБ

1) олигоурии

2) анурии

3) полиурии

4) поллакиурии

5) странгурии.

014. ТЕМНАЯ И ЖЕЛТОВАТАЯ ОКРАСКА КОЖИ ПРИ ХПН ЗАВИСИТ ОТ

1) повышение прямого билирубина

2) повышение непрямого билирубина

3) нарушение выделения урохромов

4) нарушение секреции билирубина

5) развития аддисоновой болезни.

015. ПРИЗНАК, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ УРЕМИЧЕСКОГО ПЕРИКАРДИТА

1) повышение температуры тела

2) боли в области сердца

3) шум трения перикарда

4) накопление геморрагической жидкости в полости

перикарда

5) отсутствие азотемии.

016. К ПРИЗНАКАМ УРЕМИЧЕСКОЙ КОМЫ НЕ ОТНОСИТСЯ

1) полиурия

2) шум трения перикарда

3) бледность, сухость кожных покровов

4) анурия

5) дыхание Куссмауля.

017. К ПРИЗНАКАМ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ НЕ ОТНОСИТСЯ

1) дизурия

2) гематурия

3) поллакиурия

4) лихорадка с ознобом

5) лейкоцитоз со сдвигом формулы влево.

018 ДЛЯ БОЛЬНЫХ ПИЕЛОНЕФРИТОМ К ОСНОВНЫМ ЖАЛОБАМ НЕ ОТНОСЯТСЯ

1) отеки

2) учащенное мочеиспускание

3) повышение температуры

4) боли в поясничной области

5) болезненное мочеиспускание.

019. ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ СИМПТОМ ПАСТЕРНАЦКОГО БЫВАЕТ ПРИ

1) гломерулонефрите

2) пиелонефрите

3) цистите

4) гипертонической болезни

5) уретрите.

020. АНУРИЯ - ЭТО

1) выделение за сутки менее 50 мл мочи

2) выделение за сутки менее 500 мл мочи

3) выделение за сутки менее 200 мл мочи

4) выделение за сутки менее 300 мл мочи

5) выделение за сутки менее 250 мл мочи

Вариант 4

001. ПРИЗНАК, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ УРЕМИЧЕСКОГО ПЕРИКАРДИТА

1) повышение температуры тела

2) боли в области сердца

3) шум трения перикарда

4) накопление геморрагической жидкости в полости

перикарда

5) отсутствие азотемии.

002. К ПРИЗНАКАМ УРЕМИЧЕСКОЙ КОМЫ НЕ ОТНОСИТСЯ

1) полиурия

2) шум трения перикарда

3) бледность, сухость кожных покровов

4) анурия

5) дыхание Куссмауля.

003. НИКТУРИЯ - ЭТО

1) задержка выделения мочи

2) преобладание ночного диуреза над дневным

3) снижение удельного веса мочи

4) выделение мочи малыми порциями

5) недержание мочи.

004. ОСОБЕННОСТИ ПОЧЕЧНЫХ ОТЕКОВ

1) начинаются с нижних конечностей

2) появляются к вечеру

3) начинаются с лица

4) плотные

5) цианотичные.

005 ДЛЯ БОЛЬНЫХ ПИЕЛОНЕФРИТОМ К ОСНОВНЫМ ЖАЛОБАМ НЕ ОТНОСЯТСЯ

1) отеки

2) учащенное мочеиспускание

3) повышение температуры

4) боли в поясничной области

5) болезненное мочеиспускание.

006. ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ СИМПТОМ ПАСТЕРНАЦКОГО БЫВАЕТ ПРИ

1) гломерулонефрите

2) пиелонефрите

3) цистите

4) гипертонической болезни

5) уретрите.

007. К ПРИЗНАКАМ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ НЕ ОТНОСИТСЯ

1) дизурия

2) гематурия

3) поллакиурия

4) лихорадка с ознобом

5) лейкоцитоз со сдвигом формулы влево.

008. АНУРИЯ - ЭТО

1) выделение за сутки менее 50 мл мочи

2) выделение за сутки менее 500 мл мочи

3) выделение за сутки менее 200 мл мочи

4) выделение за сутки менее 300 мл мочи

5) выделение за сутки менее 250 мл мочи

009. ГЕМАТУРИЯ - ЭТО

1) появление в моче белка

2) появление в моче эритроцитов

3) появление в моче лейкоцитов

4) появление в моче цилиндров

5) появление в моче сахара.

010. НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ПОЧЕК ЯВЛЯЕТСЯ

1) инфаркт почки

2) гломерулонефрит

3) пиелонефрит

4) рак почки

5) туберкулез почек.

011. ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ СИМПТОМ ПАСТЕРНАЦКОГО БЫВАЕТ ПРИ

1) остром гломерулонефрите

2) мочекаменной болезни

3) диабетической нефропатии

4) цистите

5) хроническом гломерулонефрите.

012. ДЛЯ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА НЕ ХАРАКТЕРНО

1) анемия

2) значительная протеинурия

3) гиперхолестеринемия

4) гипопротеинемия

5) отеки.

013. ПРИ ПОЛИУРИИ СУТОЧНОЕ КОЛИЧЕСТВО МОЧИ ПРЕВЫШАЕТ

1) 800 мл

2) 1500 мл

3) 2500 мл

4) 1000 мл

5) 500 мл.

014. ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЧЕК БОЛЬНЫМ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ДИЕТА

1) диета № 1

2) диета № 5

3) диета № 7

4) диета № 9

5) диета № 10.

015. ИЗОСТЕНУРИЯ - ЭТО

1) одинаковый объем разных порций мочи

2) снижение удельного веса мочи

3) монотонно сниженный удельный вес мочи

4) повышение удельного веса мочи

5) недержание мочи.

016. ПРИЗНАК, КОТОРЫЙ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРОЯВЛЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

1) запор

2) кожный зуд

3) тошнота, рвота

4) олигурия

5) увеличение уровня креатинина крови.

017. КОЖНЫЙ ЗУД ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЧЕК ОБУСЛОВЛЕН ИЗБЫТОЧНЫМ СОДЕРЖАНИЕМ В КРОВИ

1) билирубина

2) мочевины

3) сахара

4) мочевой кислоты

5) желчных кислот.

018. КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ FACIES NEFRITICA ЯВЛЯЮТСЯ

1) отеки лица, бледность кожи

2) отеки лица, акроцианоз

3) отеки лица, геморрагическая сыпь на лице

4) отеки лица, гиперемия кожи

5) отеки лица, бронзовая окраска кожи.

019. ВЫДЕЛЕНИЕ ЗА СУТКИ МЕНЕЕ 50 МЛ МОЧИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ОБ

1) олигоурии

2) анурии

3) полиурии

4) поллакиурии

5) странгурии.

020. ТЕМНАЯ И ЖЕЛТОВАТАЯ ОКРАСКА КОЖИ ПРИ ХПН ЗАВИСИТ ОТ

1) повышение прямого билирубина

2) повышение непрямого билирубина

3) нарушение выделения урохромов

4) нарушение секреции билирубина

5) развития аддисоновой болезни.

**6.2. Ситуационные задачи.**

**Задача №1.**

Больного И., 50 лет, машина скорой помощи доставила в пропускник терапевтического отделения с жалобами на резкую и острую боль в поясничной области, иррадиирующую вниз живота и мошонку. Боли усиливаются при малейшем движении и длятся 2-3 часа. Мочеиспускание во время приступа учащено, затруднено, болезненно. Подобные приступы за последний год были дважды. В конце приступа появляется красная моча. Объективно: бледность кожных покровов. Резко положительный симптом Пастернацкого справа.

1.О каком заболевании следует подумать врачу в первую очередь?

2.Какое название носит болевой синдром при данной патологии?

3.Как называется болезненное мочеиспускание?

4.Как определить симптом Пастернацкого?

5.Что может провоцировать подобные приступы?

**Задача №2.**

Больная, 43 года, жалуется на тошноту, рвоту, жидкий стул, сухой кашель, сухость носа, зуд кожных покровов, головную боль в затылочной области. Из анамнеза: 23 года назад во время вынашивания беременности отмечались отеки на лице, ногах, высокое АД, со слов врачей был белок в моче. После родов данная симптоматика исчезла, к врачам не обращалась, анализы мочи не сдавала.

1.О какой патологии вы подумаете?

2.Чем осложнилось данное заболевание?

3.Выделите основные синдромы?

4.Что является причиной головной боли?

5.Что вызывает диспепсический синдром?

**Задача №3.**

У больной, 21 год, срочные роды. При поступлении в родильный дом предъявлена жалоба на выраженную головную боль, тошноту, массивные отеки ног, промежности, лица. При осмотре больная заторможена. Через 1 час (осмотр) больная заторможена, на вопросы не отвечает, появились тонические судорожные подергивание мышц голеней, рвота.

1.О какой патологии Вы подумаете?

2.Какое осложнение развилось у больной?

3.При наличии каких синдромов развивается данная патология?

4.Как изменится артериальное давление?

5.Что вызывает судорожный синдром?

**Задача №4.**

Больной, 39 лет, находится на стационарном лечении по поводу рожи на левой голени. В течение недели стал отмечать лихорадку (температура 37,8°), увеличение массы тела ежедневно на 1,5-2 кг, отеки ног, увеличение живота в объеме, головную боль в затылочной области, сопровождающуюся тошнотой, рвотой, мочу цвета «мясных помоев».

1.О какой патологии вы подумаете?

2.Что вызывает изменение цвета мочи?

3.Что является этиологическим фактором развития данного заболевания?

4.Могут ли при гломерулонефрите почки поражаться ассиметрично?

5.Какие изменения диуреза могут наблюдаться?

**3адача № 5.**

Больная, 36 лет, поступила в отделение с жалобами на выраженную головную боль, отеки на лице, ногах, на мочу цвета «мясных помоев», боли в поясничной области с обеих сторон, тупые постоянные, лихорадка (37,8°), которые появились после ангины, через неделю. Вечером при осмотре врачом отмечено: нарушение артикуляции речи, слабость в левых конечностях, расширение правого зрачка, отклонение языка вправо.

1.О какой патологии Вы подумаете?

2.Какое осложнение развилось?

3.Как называется моча цвета «мясных помоев»?

4.Что лежит в основе патогенеза данной патологии?

5.Что провоцирует головные боли?

**Задача №6.**

Больной, 43 года, неделю назад употреблял спиртосодержащую жидкость. Через сутки после этого стал отмечать уменьшение количества мочи до 200 мл. Через три дня прекратил мочиться. Два дня назад появились отеки на лице, ногах, увеличился живот в объеме, появилась одышка, головная боль в затылочной области.

1. О какой патологии Вы думаете?

2. Какое осложнение развилось?

3. Оцените диурез?

4. Как называются такие отеки?

5. Чем объяснить наличие одышки?

**Задача №7.**

У больного, 43 года, находящегося на стационарном лечении по поводу обострения хронического гломерулонефрита, появились выраженные сжимающие боли за грудиной, с иррадиацией в левое плечо, не купирующиеся приемом нитроглицерина. В анализе крови лейкоцитоз. По ЭКГ в III, II, avF глубокий Q, ST выше изоэлектрической линии.

1. О какой патологии вы подумаете?

2. Что стало причиной данной патологии.

3. Могут ли почки при гломерулонефрите поражаться не симметрично?.

4. Локализация острого инфаркта миокарда.

5. Укажите стадию острого инфаркта миокарда.

**Задача №8.**

Больной М, 30 лет. В анамнезе частые ангины. Три недели назад после перенесенной ангины появились отеки на лице, изменился цвет мочи («мясные помои»), уменьшилось количество мочи.

1.О какой патологии Вы думаете?

2.Что стало причиной данной патологии?

3.Что такое гематурия?

4.Назовите причину отеков?

5.Как изменится фильтрационная способность почек.

**Задача №9.**

Больной Д, 50 лет. В анамнезе частые ангины, отеки на лице. За ночь мочится 2-3 раза. За медицинской помощью не обращался. Последние 3-4 года больной стал отмечаться кожный зуд, сухость во рту, жажду.

1.О какой патологии вы думаете?

2.Как называется увеличение ночного диуреза?

3.Какое осложнение развилось у пациента?

4.Назовите нормальное соотношение дневного и ночного диуреза?

5.Наиболее вероятное изменение гемодинамики.

**Задача №10.**

Больная Т., 25 лет, неоднократно лечилась по поводу цистита. После перенесенного ОРЗ почувствовала боли в поясничной области справа, учащение болезненное мочеиспускание, озноб, повышение температуры до высоких цифр, обратила внимание на то, что моча стала мутная.

1.О какой патологии вы думаете?

2.Как называется болезненное мочеиспускание?

3.Как называется учащенное мочеиспускание?

4.Наиболее вероятный путь инфицирования.

5.Основной возбудитель мочевой инфекции.

**7. Рекомендации по выполнению НИРС.**

* Нефротический синдром.

Рекомендации по подготовке учебно-исследовательской работы изложены в учебно-методическом пособии «Избранные темы пропедевтики внутренних болезней (учебное пособие для внеаудиторной самостоятельной работы студентов 3 курса), под ред. Поликарпова Л.С., КрасГМА,2003».

**8.Список литературы по теме занятия:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование, вид издания | Автор(-ы), составитель(-и), редактор(-ы) | Место издания, издательство, год |
| **Основная литература** | | | |
| 1. | [Пропедевтика внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=31615) : учеб.для мед. вузов | Н. А. Мухин, В. С. Моисеев | М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. |
| **Дополнительная литература** | | | |
| 1. | [Дополнительные методы обследования больного в терапевтической практике](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=1888) : учеб.пособие для студентов мед. вузов. Ч.2. | Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, Е. О. Карпухина [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2011. |
| 2. | [Дополнительные методы обследования больного в терапевтической практике](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=1889) : учеб.пособие для студентов мед. вузов. Ч.1. | Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, Е. О. Карпухина [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2011. |
| 3. | [Практикум по пропедевтике внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=21500) : учеб.пособие | ред. Ж. Д. Кобалава, В. С. Моисеев | М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. |
| 4. | [Пропедевтика внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=24744) : учеб.пособие к внеаудиторной работе для студентов 3 курса по спец. 060101- Лечебное дело, 060103- Педиатрия | сост. Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, А. Г. Иванов [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2009. |
| 5. | [Пропедевтика внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=30979) : учеб.пособие к аудиторной работе для студентов 3 курса по спец. 060101-Лечебное дело, 060103- Педиатрия. Ч.1.. - Режим доступа: polikarpov\_\_propedevtika\_stud\_3\_lech\_ped\_audit\_1\_1297665056.pdf | сост. Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, А. Г. Иванов [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2009. |
| 6. | [Пропедевтика внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=32404) : учеб.пособие к аудиторной работе для студентов 3 курса по спец. 060101-Лечебное дело, 060103- Педиатрия. Ч.2. | сост. Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, А. Г. Иванов [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2009. |

1. Занятие № 19.

Тема: «Методы обследования больных с различными заболеваниями эндокринной системы. Симптомы заболеваний щитовидной железы. Симптомы сахарного диабета. Неотложные состояния при сахарном диабете»

2. Форма организации занятия: клиническое практическое.

**3. Значение изучения темы**: В связи с многообразием функций гормонов трудно определить такую область медицины, специалисты которой не «встречались» бы с болезнями эндокринной системы.

Современная эндокринология – это бурно развивающаяся область науки, которая базируется на достижениях генетики, молекулярной биологии, иммунологии. Однако в основе диагностики заболеваний желез внутренней секреции лежит выделение ключевых клинических признаков, умение видеть их, применяя, прежде всего, клинические методы обследования, поскольку при отсутствии клинического мышления работа врача превращается в хаотический набор случайных инструментальных и лабораторных находок.

Поэтому *учебным значением данной* *темы* является знакомство с симптоматологией заболеваний эндокринной системы, их диагностикой, используя прежде всего клинические методы обследования.

*Профессиональное значение темы*: подготовка квалифицированного специалиста, хорошо ориентирующегося в методах обследования больных с эндокринной патологией.

*Личностное значение темы*: развитие ответственности будущего врача за проведение первичной профилактики эндокринных заболеваний .

**4.** **Цели обучения:**

- общая: обучающийся должен обладать общекультурными и профессиональными компетенциями

* способностью и готовностью анализировать социально-значимые проблемы и процессы, использовать на практике методы гуманитарных, естественнонаучных, медико-биологических и клинических наук в различных видах профессиональной и социальной деятельности (ОК-1);
* способностью и готовностью к логическому и аргументированному анализу, к публичной речи, ведению дискуссии и полемики, к редактированию текстов профессионального содержания, к осуществлению воспитательной и педагогической деятельности, к сотрудничеству и разрешению конфликтов, к толерантности (ОК-5);
* способностью и готовностью осуществлять свою деятельность с учетом принятых в обществе моральных и правовых норм, соблюдать правила врачебной этики, законы и нормативные правовые акты по работе с конфиденциальной информацией, сохранять врачебную тайну (ОК-8).
* способностью и готовностью реализовать этические и деонтологические аспекты врачебной деятельности в общении с коллегами, средним и младшим медицинским персоналом, взрослым населением и подростками, их родителями и родственниками (ПК-1);
* способностью и готовностью проводить и интерпретировать опрос, физикальный осмотр, клиническое обследование, результаты современных лабораторно-инструментальных исследований, написать медицинскую карту стационарного больного с эндокринной патологией (ПК-5);
* способностью и готовностью проводить патофизиологический анализ клинических синдромов, обосновывать патогенетически оправданные методы (принципы) диагностики, профилактики эндокринной патологии среди взрослого населения с учетом их возрастно-половых групп (ПК-6);
* способностью и готовностью к работе с медико-технической аппаратурой, используемой в работе с пациентами, владеть компьютерной техникой, получать информацию из различных источников, работать с информацией в глобальных компьютерных сетях; применять возможности современных информационных технологий для решения профессиональных задач (ПК-9);
* способностью и готовностью к постановке диагноза на основании результатов биохимических исследований биологических жидкостей и с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом (ПК-15);
* способностью и готовностью анализировать закономерности функционирования отдельных органов и систем, использовать знания анатомо-физиологических основ, основные методики клинико-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма взрослого человека и подростка для своевременной диагностики заболеваний и патологических процессов при заболеваниях желез внутренний секреции (ПК-16);
* способностью и готовностью выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы заболеваний, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом, анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах, использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ), выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний (ПК-17);
* способностью и готовностью анализировать и интерпретировать результаты современных диагностических технологий по возрастно-половым группам пациентов с учетом их физиологических особенностей организма человека для успешной лечебно-профилактической деятельности, провести диагностику физиологической беременности, участвовать в проведении судебно-медицинской экспертизы (ПК-18);
* способностью и готовностью использовать нормативную документацию, принятую в здравоохранении (законы Российской Федерации, технические регламенты, международные и национальные стандарты, приказы, рекомендации, терминологию, международные системы единиц (СИ), действующие международные классификации), а также документацию для оценки качества и эффективности работы медицинских организаций (ПК-27);
* способностью и готовностью изучать научно-медицинскую информацию, отечественный и зарубежный опыт по тематике исследования (ПК-31);

- учебная:

**знать:**

* современные методы клинического обследования больных с патологией эндокринной системы
* заболевания эндокринной системы, связанные с неблагоприятными воздействиями климатических и социальных факторов
* основы профилактической помощи, направленных на укрепление здоровья населения

**уметь:**

* определить статус пациента: собрать анамнез, провести опрос пациента и/или его родственников, провести физикальное обследование пациента с эндокринной патологией (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация, измерение АД, определение артериального пульса);
* оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи;
* оценить социальные факторы, влияющие на состояние физического и психологического здоровья пациента: культурные, этические, религиозные, семейные факторы риска;
* поставить предварительный диагноз – синтезировать информацию о пациенте с целью определения патологии и причин, ее вызывающих;
* заполнять фрагмент истории болезни.

**владеть:**

* правильным ведением медицинской документации;
* методами общеклинического обследования больных с эндокринной патологией (расспрос, осмотр, определение глазных симптомов, пальпация кожных покровов, щитовидной железы, перкуссия, аускультация, определение пульса, АД);

**5. План изучения темы**:

* 1. **Контроль исходного уровня знаний** (тестовые вопросы)

**5.2** **Основные понятия и положения темы (**граф логической структуры темы**,** плакаты «Эндокринная система», «Щитовидная железа», «Диффузный токсический зоб», муляж щитовидной железы).

**5.3 Самостоятельная работа по теме:**

- курация больных

- формирование представления о больном

- разбор курируемых больныз

- написание фрагмента истории болезни

**5.4 Итоговый контроль знаний**

- ответы на вопросы по теме занятия

- решение ситуационных задач.

**6. Домашнее задание для уяснения темы занятия**

**6.1. Контрольные вопросы по теме занятия**

1. Назовите железы внутренней секреции?
2. Какие гормоны выделяют железы внутренней секреции?
3. Какие жалобы могут иметь место у больных с патологией желез внутренней секреции?
4. Что можно выявить при осмотре у больных с заболеванием эндокринной системы?
5. Какие «маски» встречаются при осмотре больных с заболеваниями эндокринной системы?
6. Какие нарушения роста Вы знаете, и при каких заболеваниях они встречаются?
7. Что такое индекс массы тела, как он определяется?
8. Какие изменения со стороны массы тела Вы знаете?
9. Какие изменения кожи могут быть при эндокринной патологии?
10. Назовите степени увеличения щитовидной железы?
11. Перечислите глазные симптомы. О чем они свидетельствуют?
12. Что такое сахарный диабет?
13. Каково действие инсулина в организме?
14. Классификация СД?
15. Перечислите основные жалобы больных СД?
16. Назовите органы-мишени при СД, перечислите клинические проявления их поражения?
17. Что можно выявить при осмотре у больных СД?
18. Диагностика СД?
19. Особенности клинического течения сахарного диабета 1 и 2 типов?
20. Перечислите неотложные состояния при СД?

**6.2 Тестовые задания.**

**Вариант 1.**

001.передняя доля гипофиза вырабатывает

1) паратгормон

2) адренокортикотропный

3) тироксин

4) тестостерон

5) вазопрессин.

002.к эндокринным железам со смешанной секрецией

относятся

1) гипофиз, паращитовидные железы, поджелудочная железа

2) поджелудочная железа, гонады

3) надпочечники, поджелудочная железа

4) щитовидная железа, паращитовидные железы

5) гипофиз, надпочечники, поджелудочная железа.

003. бронзовая окраска кожных Покровов характерна

для

1) тиреотоксикоза

2) сахарного диабета

3) аддисоновой болезни

4) феохромоцитомы

5) мекседемы.

004. стрии это

1) отложение холестерина на коже век

2) изменение подкожной клетчатки вследствие инъекций инсулина

3) продольные и поперечные полосы, соответствующие кожным

складкам, возникающие в результате катаболического воздействия

стероидных гормонов

4) румянец на щеках, на лбу, в области верхних век вследствие

расширения кожной капиллярной сети

5) щель между передними зубами.

005. Характерным признаком акромегалии является

1) бронзовая окраска кожных покровов

2) увеличение дистальных отделов конечностей

3) сухость, шелушение кожных покровов

4) снижение массы тела

5) экзофтальм.

006.Рубеоз – это

1) отложение холестерина на коже век

2) изменение подкожно-жировой клетчатки вследствие инъекций

инсулина

3) румянец на щеках, на лбу, в области верхних век вследствие

расширения кожной капиллярной сети

4) продольные и поперечные полосы, соответствующие кожным

складкам, возникающие в результате катаболического воздействия

стероидных гормонов

5) щель между передними зубами.

007.«Facies basedovica» наблюдается у больных с

1) гипотиреозом

2) сахарным диабетом

3) акромегалией

4) тиреотоксикозом

5) аддисоновой болезнью.

008.При III степени увеличения щитовидной железы (по

Николаеву) имеет место

1) пальпируемый перешеек

2) симптом «толстой шеи»

3) зоб больших размеров

4) зоб огромных размеров

5) незначительно пальпируемые дольки щитовидной железы

009. Лунообразное лицо характерно для

1) акромегалии

2) базедовой болезни

3) микседемы

4) болезни Иценко-Кушинга

5) аддисоновой болезни.

010. «Facies mecsedema» это

1) круглое, лунообразное лицо с выраженным румянцем,

истонченными кожными покровами

2) апатичное, широкое, круглое с желтоватым оттенком, застывшим

взглядом

3) лицо с широко раскрытыми, выпученными, редко мигающими

глазами

4) резкое развитие надбровных дуг, непропорционально большие

размеры носа, губ, разрастание нижней челюсти

5) желтушное лицо, иктеричность склер.

**Вариант 2**.

001. Экзофтальм – это

1) пучеглазие

2) редкое мигание

3) тремор закрытых век

4) опущение верхнего века

5) западение глазного яблока.

002. Диастема это

1) отложение холестерина на коже век

2) изменение подкожно-жировой клетчатки вследствие инъекций

инсулина

3) щель между передними зубами

4) продольные и поперечные полосы, соответствующие кожным

складкам, возникающие в результате катаболического воздействия

стероидных гормонов

5) редкое мигание.

003. Гирсутизм это

1) рост волос у женщин по мужскому типу

2) залысины на висках, низкий голос, широкие плечи, узкий таз,

гипотрофия молочных желез

3) ломкость ногтей, выпадение волос на голове, дистальной части

бровей, выпадение ресниц

4) полное облысение

5) изменение подкожно-жировой клетчатки вследствие инъекций

инсулина.

004. Симптом Грефе- это

1) блеск глаз

2) мелкий тремор закрытых век

3) широко раскрытые глазные щели

4) появление белой полоски склеры между краем века и радужной

оболочкой при движении глазного яблока вниз

5) редкое мигание.

005. Диастема характерна для

1) сахарного диабета

2) тиреотоксикоза

3) акромегалии

4) микседемы

5) аддисоновой болезни.

006. Стрии наблюдаются при

1) болезни Иценко-Кушинга

2) сахарном диабете

3) акромегалии

4) аддисоновой болезни

5) микседеме.

007. ИМТ равный 30 кг/м2 соответствует

1) избыточной массе тела

2) кахексии

3) I степени ожирения

4) III степени ожирения

5) нормальной массе тела.

008. Для гипофизарного ожирения характерно

1) равномерное распределение подкожно-жировой клетчатки

2) отложение жира в области лица, груди, верхней и средней части

живота, нераспространение на конечности

3) отложение жира преимущественно в области таза, ягодиц, бедер

4) отложение жира по типу «груши»

5) отложение жира в верхней части живота.

009. Гигантизм встречается при

1) сахарном диабете, гипотиреозе

2) гипогонадизме, повышенной функции передней доли гипофиза

3) повышенной функции передней доли гипофиза, гипотиреозе

4) гипогонадизме, сахарном диабете

5) сахарном диабете, тиреотоксикозе.

010. «Рука акушера» встречается при

1) сахарном диабете

2) недостаточности функции паращитовидных желез

3) гипотиреозе

4) аддисоновой болезни

5) болезни Иценко-Кушинга.

**Вариант 3.**

001.Для сахарного диабета характерным является

1) отсутствие аппетита

2) анурия

3) олигоурия

4) полидипсия

5) рвота желчью.

002.Нормальным уровнем глюкозы в капиллярной крови

натощак является

1) 1,5-2,7 ммоль/л

2) 7,3-9,5 ммоль/л

3) 3,3-5,5 ммоль/л

4) 6,1-7,8 ммоль/л

5) 7,8-11,1 ммоль/л.

003. К Контринсулярным гормонам не отноСЯтся

1) тиреоидные гормоны

2) глюкокортикоиды

3) катехоламины

4) половые гормоны

5) глюкогон

004.Для диагностики явного сахарного диабета не

используется

1) ТТГ (тест толерантности к глюкозе)

2) определение сахара в крови натощак

3) определение сахара в крови в течение дня

4) уровень инсулина в крови

5) уровень гликозилированного гемоглобина.

005. Рубеоз – это

1) отложение холестерина на коже век

2) изменение подкожно-жировой клетчатки вследствие инъекций

инсулина

3) румянец на щеках, на лбу, в области верхних век вследствие

расширения кожной капиллярной сети

4) цианотичный румянец

5) бледность кожных покровов с желтоватым оттенком.

006.признак, не характерный для сахарного

диабета 1 типа

1) развитие заболевания в молодом возрасте

2) развитие в пожилом возрасте

3) развитие в детском возрасте

4) быстрое развитие

5) склонность к кетоацидозу

007.признак, характерный для сахарного

диабета 2 типа

1) развитие в молодом возрасте

2) развитие в пожилом возрасте

3) развитие в детском возрасте

4) быстрое развитие

5) склонность к кетоацидозу.

008. изменения со стороны кожных покровов,

которые не характерны для сахарного диабета

1) кожный зуд

2) фурункулез

3) рубеоз

4) стрии

5) сухость кожи.

009.Глюкокортикоиды приводят к

1) повышению уровня сахара в крови

2) понижению уровня сахара в крови

3) не влияют на уровень сахара в крови

4) гипогликемии

5) аглюкозурии.

010.Диагноз СД не ставится при гликемии натощак

1) 5,6 ммоль/л

2) 6,1 ммоль/л

3) 8,4 ммоль/л

4) 7,8 ммоль/л

5) 11,1 ммоль/л

**Вариант 4.**

001. для сахарного диабета 2 типа характерно

1) развитие на фоне избыточной массы тела

2) развитие на фоне нормальной массы тела

3) развитие на фоне пониженной массы тела

4) развитие в молодом возрасте

5) развитие в детском возрасте.

002. при сахарном диабете 1 типа наблюдается

1) абсолютная инсулиновая недостаточность

2) относительная инсулиновая недостаточность

3) инсулинорезистентность

4) гиперинсулинемия

5) легкое течение.

003. при сахарном диабете 2 типа наблюдается

1) абсолютная инсулиновая недостаточность

2) относительная инсулиновая недостаточность

3) склонность к кетоацидозу

4) лабильное течение

5) выраженная клиническая симптоматика.

004. для дифференциальной диагностики сахарного

диабета 1 и 2 типа используют

1. С-пептид
2. тест толерантности к глюкозе
3. определение сахара крови в течение дня
4. определение кетоновых тел в крови
5. определение гликозилированного гемоглобина.

005. при проведении теста толерантности к глюкозе

диагноз явного сахарного диабета ставится при

наличии следующих данных

1. натощак глюкоза крови <6,1 ммоль/л, через 2 часа после нагрузки глюкозой ≥7,8 и <11,1 ммоль/л
2. натощак глюкоза крови ≥6,1 ммоль/л, через 2 часа после нагрузки глюкозой ≥11,1 ммоль/л
3. натощак глюкоза крови <6,1 ммоль/л, через 2 часа после нагрузки глюкозой <7,8 ммоль/л
4. натощак глюкоза крови <6,1 ммоль/л, через 2 часа после нагрузки глюкозой <11,1 ммоль/л
5. при случайном измерении глюкоза крови <11,1 ммоль/л

006. критериями нарушенной толерантности к глюкозе

являются

1. натощак глюкоза крови <6,1 ммоль/л, через 2 часа после нагрузки глюкозой ≥7,8 и <11,1 ммоль/л
2. натощак глюкоза крови ≥6,1 ммоль/л, через 2 часа после нагрузки глюкозой ≥11,1 ммоль/л
3. натощак глюкоза крови >6,1 ммоль/л, через 2 часа после нагрузки глюкозой ≥7,8 и <11,1 ммоль/л
4. при случайном определении сахар крови ≥11,1 ммоль/л
5. натощак глюкоза крови <6,1 ммоль/л, через 2 часа после нагрузки глюкозой <7,8 ммоль/л

007. основные факторы патогенеза сахарного

диабета 1 типа

1. инсулинорезистентность и деструкция в-клеток
2. деструкция в-клеток и инсулиновая недостаточность
3. инсулиновая недостаточность и повышение контринсулярных гормонов
4. инсулинорезистентность
5. повышенная продукция глюкозы печенью

008.критерием определения тяжелой формы сахарного

диабета является

1. уровень гликемии
2. определение массы тела больного
3. использование сахароснижающей терапии
4. наличие и выраженность осложнений
5. доза сахароснижающих препаратов.

009. в диете больному сахарным диабетом в

неограниченном количестве можно

рекомендовать

1. картофель
2. масло
3. листья салата
4. молоко
5. шоколад.

010. постпрандиальная гликемия это

1) уровень глюкозы в крови натощак

2) уровень глюкозы в крови в ночное время

3) уровень глюкозы в крови ч/з 2 часа после еды

4) уровень глюкозы в крови в любое время

5) уровень глюкозы в крови перед едой.

**6.3. Ситуационные задачи.**

**Задача №1.**

Оцените степень ожирения при росте 165 см и весе 90 кг?

**Задача №2.**

При осмотре больного С., 47 лет выявлено ожирение с отложением жира на животе, груди, в области лица, при этом наблюдается отсутствие отложения жира на конечностях. Кожные покровы истонченные («пергаментная бумага»), на животе ярко красные стрии.

1. Для какого заболевания характерна указанная симптоматика?

2. Какой тип ожирения наблюдается у пациента?

3. Как называется изменение лица при данной патологии?

4. Что такое стрии, назовите механизм их образования?

5. Изменение количества какого гормона характерно для данной патологии?

**Задача № 3**

Больной К., 42 лет обратился к врачу с жалобами на выраженную

слабость, резкое снижение работоспособности. В анамнезе туберкулез

легких. При осмотре обращает на себя внимание гиперпигментация кожных покровов особенно в области лица, шеи, поясничной области, выраженность ладонных линий.

1.О каком заболевании должен прежде всего подумать врач?

2.Изменение количества какого гормона характерно для данной

патологии?

3.Назовите факторы риска развития данной патологии?

4. Что происходит с массой тела при данном заболевании?

5. Как изменится АД при данной патологии?

**Задача №4**

Больная Ю., 51 года жалуется на головные боли, головокружение,

расстройства зрения. Отмечает, что за последний год наблюдается изменение внешности: черты лица стали более грубыми, увеличилась нижняя челюсть, появилась щель между передними зубами. За указанный период нога увеличилась на 2 размера.

1.Наиболее вероятный диагноз?

2. Выработка какого гормона нарушается при данной патологии?

3. Как называется щель между передними зубами?

4. Как называется лицо у больных с данной патологией?

5. Какой железой внутренний секреции вырабатывается гормон, ответственный за данную патологию?

**Задача №5**

Больная Т., 23 лет жалуется на выраженное сердцебиение, потливость,

снижение массы тела, бессонницу, повышенную раздражительность, плаксивость. В анамнезе частые стрессовые ситуации, мать пациентки оперирована по поводу какого-то заболевания щитовидной железы.

Объективно: пониженного питания, facies basedovica, кожные покровы горячие, бархатистые, наблюдается гипергидроз ладоней. При осмотре шеи – симптом «толстой шеи». Положительные симптомы Грефе, Мебиуса, Крауса.

1.О каком заболевании идет речь?

2.Опишите facies basedovica?

3.Какая степень увеличения щитовидной железы имеет место у данной пациентки?

4.Дайте характеристику перечисленных глазных симптомов?

5. Как изменится уровень тиреотропного гормона при данной патологии?

**Задача №6.**

Больной П., 31 год, жалуется на сухость во рту, сильную жажду (пьет

около 5 л жидкости в день), слабость. Начало заболевания связывает с

перенесенной вирусной инфекцией. При обследовании обнаружено:

сахар крови 15 ммоль/л, глюкозурия.

1. Ваш клинический диагноз?

2. Можно ли указать степень тяжести заболевания?

3. Чем обусловлена глюкозурия?

4. Назовите факторы риска данного заболевания.

5. Какие поздние осложнения возможны при данном заболевании?

**Задача №7.**

Больная Д., 18 лет, страдает сахарным диабетом около 4 лет. Начало заболевания связывает с психической травмой. Получает 36 ед. инсулина. В связи с улучшением самочувствия доза инсулина самостоятельно была уменьшена до 20 ед. На фоне чего состояние ухудшилось: усилилась жажда, исчез аппетит, появились боли в животе, тошнота, рвота. При осмотре: запах ацетона в выдыхаемом воздухе, язык сухой красный. Живот мягкий, болезненный в эпигастральной области.

1. Ваш диагноз?

2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести?

3. Нужно ли в данной ситуации проводить тест толерантности к глюкозе?

4. Какова тактика лечения?

5. Какие причины могут приводить к данному неотложному состоянию?

**Задача №8.**

Больная Л ., 54 лет обратилась к дерматологу с жалобами на кожный

зуд, гнойничковое поражение кожи. Периодически беспокоит сухость

во рту, жажда. Объективно: повышенного питания. Язык суховат.

Кожные покровы со следами расчесов, множественные гнойничковые

высыпания на коже живота, бедер.

1. О каком заболевании можно думать?

2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?

3. В каком случае необходимо проводить тест толерантности к

глюкозе?

4. Какие поздние осложнения возможны при данном заболевании?

5. Какие рекомендации по питанию необходимо дать данной

пациентке?

**Задача №9.**

Больной Д., 62 лет жалуется на сухость во рту, периодическую жажду.

Болен сахарным диабетом 2 типа в течение 5 лет. Диету не соблюдает, сахароснижающие препараты принимает не регулярно. Последние полгода беспокоят боли в ногах, преимущественно в ночное время, чувство жжения, онемения, ползанья «мурашек».

Объективно: повышенного питания, с преимущественным отложением жира в области живота, гипотрофия мышц голеней. Язык сухой.

1. Ваш диагноз?

2. Какое осложнение имеет место у данного пациента?

3. Назовите причину развития данного осложнения?

4. Назовите патогенетические механизмы развития данного заболевания?

5. Какие другие поздние осложнения сахарного диабета Вы знаете?

**Задача №10.**

Больной К., 47 лет болен сахарным диабетом 1 типа с 17 летнего возраста. Получает инсулин. 15 лет назад в моче появилась стойкая протеинурия. Последний месяц отмечает кожный зуд, боли в верхней части живота, тошноту, рвоту, жидкий стул, резкое снижение выделяемой мочи.

Объективно: кожа сухая, запах аммиака в выдыхаемом воздухе. Живот болезненный при пальпации в эпигастральной области, по ходу кишечника.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите причину развития данного осложнения?
3. Назовите патогенетические механизмы развития данного заболевания?
4. Что можно выслушать в данной ситуации при аускультации сердца?
5. Дополнительные методы обследования?

**7. Список тем по УИРС:**

- Ожирение

- Эндокринные гипертензии.

- Гестационный сахарный диабет.

- Поздние осложнения сахарного диабета

- Диетические мероприятия при сахарном диабете 2 типа

**8. Рекомендованная литература по теме занятия:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование, вид издания | Автор(-ы), составитель(-и), редактор(-ы) | Место издания, издательство, год |
| **Основная литература** | | | |
| 1. | [Пропедевтика внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=31615) : учеб.для мед. вузов | Н. А. Мухин, В. С. Моисеев | М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. |
| **Дополнительная литература** | | | |
| 1. | [Дополнительные методы обследования больного в терапевтической практике](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=1888) : учеб.пособие для студентов мед. вузов. Ч.2. | Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, Е. О. Карпухина [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2011. |
| 2. | [Дополнительные методы обследования больного в терапевтической практике](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=1889) : учеб.пособие для студентов мед. вузов. Ч.1. | Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, Е. О. Карпухина [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2011. |
| 3. | [Практикум по пропедевтике внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=21500) : учеб.пособие | ред. Ж. Д. Кобалава, В. С. Моисеев | М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. |
| 4. | [Пропедевтика внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=24744) : учеб.пособие к внеаудиторной работе для студентов 3 курса по спец. 060101- Лечебное дело, 060103- Педиатрия | сост. Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, А. Г. Иванов [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2009. |
| 5. | [Пропедевтика внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=30979) : учеб.пособие к аудиторной работе для студентов 3 курса по спец. 060101-Лечебное дело, 060103- Педиатрия. Ч.1.. - Режим доступа: polikarpov\_\_propedevtika\_stud\_3\_lech\_ped\_audit\_1\_1297665056.pdf | сост. Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, А. Г. Иванов [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2009. |
| 6. | [Пропедевтика внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=32404) : учеб.пособие к аудиторной работе для студентов 3 курса по спец. 060101-Лечебное дело, 060103- Педиатрия. Ч.2. | сост. Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, А. Г. Иванов [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2009. |

**1.Занятие №20**

**Тема: «Особенности обследования больных с заболеваниями органов кроветворения. Симптоматология наиболее распространенных заболеваний системы крови».**

**2. Форма организации занятия:** клиническое практическое занятие

**3.** **Значение изучения темы**: Недостаточно полное обследование больного может привести к диагностическим ошибкам. Для этого необходимо правильно расспросить больного (подробно уточнить основные жалобы, собрать анамнез, выявить факторы риска, обнаружить объективные симптомы, характерные для заболевания кроветворных органов и их осложнений, уметь правильно интерпретировать данные, полученные при лабораторном, функциональном и инструментальном исследовании).

**4. Цели обучения:**

- о**бщая цель:** обучающийся должен обладать **общекультурными (ОК) и профессиональными (ОП)**:

* способностью и готовностью анализировать социально-значимые проблемы и процессы, использовать на практике методы гуманитарных, естественнонаучных, медико-биологических и клинических наук в различных видах профессиональной и социальной деятельности (ОК-1);
* способностью и готовностью к логическому и аргументированному анализу, к публичной речи, ведению дискуссии и полемики, к редактированию текстов профессионального содержания, к осуществлению воспитательной и педагогической деятельности, к сотрудничеству и разрешению конфликтов, к толерантности (ОК-5);
* способностью и готовностью осуществлять свою деятельность с учетом принятых в обществе моральных и правовых норм, соблюдать правила врачебной этики, законы и нормативные правовые акты по работе с конфиденциальной информацией, сохранять врачебную тайну (ОК-8).
* способностью и готовностью реализовать этические и деонтологические аспекты врачебной деятельности в общении с коллегами, средним и младшим медицинским персоналом, взрослым населением и подростками, их родителями и родственниками (ПК-1);
* способностью и готовностью проводить и интерпретировать опрос, физикальный осмотр, клиническое обследование, результаты современных лабораторно-инструментальных исследований, написать медицинскую карту стационарного больного с эндокринной патологией (ПК-5);
* способностью и готовностью проводить патофизиологический анализ клинических синдромов, обосновывать патогенетически оправданные методы (принципы) диагностики, профилактики эндокринной патологии среди взрослого населения с учетом их возрастно-половых групп (ПК-6);
* способностью и готовностью к работе с медико-технической аппаратурой, используемой в работе с пациентами, владеть компьютерной техникой, получать информацию из различных источников, работать с информацией в глобальных компьютерных сетях; применять возможности современных информационных технологий для решения профессиональных задач (ПК-9);
* способностью и готовностью к постановке диагноза на основании результатов биохимических исследований биологических жидкостей и с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом (ПК-15);
* способностью и готовностью анализировать закономерности функционирования отдельных органов и систем, использовать знания анатомо-физиологических основ, основные методики клинико-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма взрослого человека и подростка для своевременной диагностики заболеваний и патологических процессов при заболеваниях желез внутренний секреции (ПК-16);
* способностью и готовностью выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы заболеваний, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом, анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах, использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ), выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний (ПК-17);
* способностью и готовностью анализировать и интерпретировать результаты современных диагностических технологий по возрастно-половым группам пациентов с учетом их физиологических особенностей организма человека для успешной лечебно-профилактической деятельности, провести диагностику физиологической беременности, участвовать в проведении судебно-медицинской экспертизы (ПК-18);
* способностью и готовностью использовать нормативную документацию, принятую в здравоохранении (законы Российской Федерации, технические регламенты, международные и национальные стандарты, приказы, рекомендации, терминологию, международные системы единиц (СИ), действующие международные классификации), а также документацию для оценки качества и эффективности работы медицинских организаций (ПК-27);
* способностью и готовностью изучать научно-медицинскую информацию, отечественный и зарубежный опыт по тематике исследования (ПК-31);

- учебная:

**Студент должен знать:**

* ведение типовой учетно-отчетной медицинской документации в медицинских организациях;
* заболевания, связанные с неблагоприятными воздействиями климатических и социальных факторов;
* основы профилактической помощи, организацию профилактических мероприятий, направленных на укрепление здоровья населения;
* этиологию, патогенез и меры профилактики наиболее часто встречающихся заболеваний системы крови;
* клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения наиболее распространенных заболеваний кроветворения (анемии, лейкозы), протекающих в типичной форме;
* методы диагностики, диагностические возможности методов непосредственного исследования больного терапевтического профиля, современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных.

**Студент должен уметь:**

* определить статус пациента: собрать анамнез, провести опрос пациента и/или его родственников, провести физикальное обследование пациента (включая пальпацию лимфатических узлов, пальпацию и перкуссию печени и селезенки);
* оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи;
* провести первичное обследование системы кровообразования;
* оценить социальные факторы, влияющие на состояние физического и психологического здоровья пациента; культурные, этические, религиозные, семейные факторы риска;
* поставить предварительный диагноз – синтезировать информацию о пациенте с целью определения патологии и причин, ее вызывающих;
* наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни для пациента;
* заполнять историю болезни.

**Студент должен владеть:**

* правильным ведением медицинской документации;
* методами общеклинического обследования;
* интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики;
* алгоритмом постановки предварительного диагноза с последующим направлением пациента к соответствующему врачу-специалисту;
* основными врачебными диагностическими и лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях

**5. План изучения темы:**

**5.1. Контроль исходного уровня знаний.**

**5.2. Основные понятия и положения темы (наглядные формы, таблицы, схемы, алгоритмы)**

Таблица1. **КЛИНИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ В ГЕМАТОЛОГИИ**

|  |  |
| --- | --- |
| **Название синдрома** | **Описание** |
| АНЕМИЧЕСКИЙ | слабость, сонливость, снижение трудоспособности, бледность кожи и видимых слизистых, тахикардия, систолический шум на верхушке, в анализе крови: уменьшение содержания гемоглобина и часто эритроцитов в единице объёма крови, обратить внимание на уровень ретикулоцитов и цветовой показатель (НЬ - 90-40 г/л, эр. 3,0-1,2 х 10|2/л, ц.п. 0,6 или 1,2) |
| СИДЕРОПЕНИЧЕСКИЙ | извращение вкуса, запаха, субфебрилитет, склонность к инфекциям, сухая кожа, ломкость и поперечная исчерченность ногтей, заеды, сонливость, нарушение памяти, снижение сывороточного железа |
| ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ | кровотечение из носа, десен, прямой кишки, петехии, пятнистые элементы на коже в виде геморрагии, меноррагии, метроррагии, мелена, снижение тромбоцитов, гематокрита, ВСК,ПТВ, ПТИ, изменения в коагулограмме, снижение НЬ |
| ЛИМФОАДЕНОПАТИИ | увеличение лимфатических узлов /шейных, подмышечных, кубитальных, паховых и т.д |
| ГЕПАТОСПЛЕНОМЕГАЛИИ | увеличение печени и селезенки, размеры перкуторно,  пальпация, консистенция, болезненность |
| ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЙ | количество лейкоцитов, лейкоцитарная формула, сдвиг влево до миелоцитов, лимфоцитоз, наличие бластных клеток, количество эритроцитов, НЬ, цветовой показатель, ретикулоциты, тромбоциты. |
| ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКИЙ | дефекты слизистой полости рта, невозможность принимать любую пищу, похудание, боли при глотании, жевании, лихорадка |
| КОСТНО-МОЗГОВОЙ | дать характеристику костно-мозгового кроветворения по трем росткам /красному, белому, тромбоцитарному/, в том числе указать на наличие в миелограмме увеличения бластных клеток /N-1%/ и цитохимического исследования их для верификации острого лейкоза. Обратить внимание на количество мегакариоцитов /норма -18-22%/ |
| ПЛЕТОРИЧЕСКИЙ | шум в голове, упорные головные боли, повышение АД, боли в сердце, парестезии, нарушение трофики, гиперемия шеи, кистей рук, красные склеры, панцитоз, высокий НЬ, гематокрит |
| ЛИХОРАДОЧНЫЙ | характер лихорадки, цифры, продолжительность, колебания в течение суток и зависимость от антибактериальной терапии |
| ИНТОКСИКАЦИОННЫЙ  опухолевой интоксикации | слабость, недомогание, головная боль, снижение массы тела, повышение температуры тела |
| СИНДРОМ КРОВОПОТЕРИ | по анамнезу уточнить даты, количество кровопотери, повторяемость, заподозрить источник. В анализе крови: НЪ, эритроциты, цветовой показатель, гематокрит в динамике |
| СИНДРОМ ВТОРИЧНОГО ИММУНОДЕФИЦИТА | склонность и повторяемость инфекций различной локализации: ОРВИ, герпетическая инфекция, пиодермии, бронхиты, циститы и т.д. с клиническими проявлениями и изменениями в анализе крови, которые не всегда свойственны этим заболеваниям, т.е. СОЭ - 60-80 мм/час, НЬ -60-70г/л, гиперлейкоцитоз до 60-80 тыс. с лимфоцитозом. Изменения в иммунограмме |
| ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИИ | желтуха слизистой рта, склер, кожи в сочетании с анемией. В анализе крови повышение непрямой фракции билирубина, снижение НЬ и эритроцитов (и изменение их формы), ретикулоцитоз. Свойственно гемолитической анемии |
| ОССАЛГИИ | постоянные (упорные) боли в костях плоского типа (ребра, позвоночник, лопатки, череп, таз), но позже и в трубчатых (бедренные, малоберцовые, плечевые и т.д.), их характер, тяжесть. R-логически выявляют нарушения структуры костной ткани (остеопороз) и патологические переломы. |
| СИНДРОМ ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ | при ОЛ, ХМЛ. Лейкемиды: мягкие, безболезненные разрастания в коже любой локализации: живот, спина, конечности, лицо (патологические элементы из костного мозга - метастазы) |
| НЕЙРОЛЕЙКЕМИИ | метастатические поражения ЦНС при ОЛ и ХМЛ |

###### **5.3. Самостоятельная работа:**

- курация больных;

- заполнение историй болезни;

- разбор курируемых больных

**5.4. Итоговый контроль знаний:**

- ответы на вопросы по теме занятия;

- решение ситуационных задач, тестовых заданий по теме.

**6. Домашнее задание для усвоения темы занятия**

**6.1. Контрольные вопросы для уяснения темы занятия**

1. Какие симптомы характерны для заболеваний органов кроветворения?

2. Причины лихорадки у больных с заболеванием системы органов кроветворения?

3. Какие изменения со стороны кожи при заболеваниях СОК?

4. Отличие геморрагий от телеангиоэктазий?

5. Какие изменения со стороны придатков кожи при железодефицитных анемиях?

6. Какие изменения со стороны полости рта при заболеваниях СОК?

7. Какие данные Вы получите при пальпации у больных с поражением СОК?

8. Нормальное содержание гемоглобина, эритроцитов в единице объема крови

9. Что такое «сдвиг влево», «лейкемоидная реакция»?

10. О чем свидетельствует повышение содержания эозинофилов, моноцитов, нейтрофилов?

11. Когда появляется токсическая зернистость нейтрофилов, тени Боткина-Гумпрехта?

12. Какие изменения эритроцитов Вы знаете?

13. Нормальное содержание ретикулоцитов в периферической крови.

14. Диагностическое значение обнаружения «телец Жолли», «колец Кебота».

15. Факторы, способствующие ускорению СОЭ?

16. Значение стернальной пункции, трепанобиопсии подвздошной кости, пункции и биопсии лимфатических узлов и селезенки?

17. Какова картина периферической крови при анемическом синдроме?

18. Что включает понятие «сидеропенический синдром»?

19. Какова картина периферической крови при остром лейкозе?

20. Какова картина периферической крови при хронических лейкозах?

21. Какова картина периферической крови при полицетемическом синдроме?

**6.2. Тестовые задания** (Один правильный ответ)

**Вариант 1.**

001.СОДЕРЖАНИЕ СЫВОРОТОЧНОГО ЖЕЛЕЗА, ПРИ

КОТОРОМ МОЖНО ЗАПОДОЗРИТЬ ХРОНИЧЕСКУЮ

ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНУЮ АНЕМИЮ

1) 20-30 мкмоль/л

2) 12-20 мкмоль/л

3) 6-12 мкмоль/л

4) 30-40 мкмоль/л

5) 40-50 мкмоль/л.

002. К системе органов кроветворения НЕ ОТНОСИТСЯ

1) костный мозг

2) селезенка

3) почки

4) тимус

5) система лимфоидной ткани.

003. Осмотр языка и слизистой оболочки ротовой полости

при патологии кроветворения выявляет все, кроме:

1) атрофический глоссит

2) хейлит

3) гунтеровский глоссит

4) койлонихии

5) альвеолярную пиорею.

004. Увеличение лимфатических узлов характерно ДЛЯ

1) гемолитической анемии

2) лимфолейкоза

3) железодефицитной анемии

4) геморрагическом диатезе

5) постгеморрагической анемии.

005. ПОПЕРЕЧНЫЙ РАЗМЕР СЕЛЕЗЕНКИ В НОРМЕ

1) 2- 3 см

2) 4 – 7 см

3) 10 – 12 см

4) 12 – 14 см

5) 15- 20 см.

006. КОЙЛОНИХИИ - ЭТО

1) поперечная исчерченность ногтей

2) выпуклость ногтей в виде часовых стекол

3) ложкообразные вдавления ногтей

4) ломкость ногтей

5) грибковое поражение ногтей.

007. ЛЕЙКЕМОИДНАЯ РЕАКЦИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

1) острого лейкоза

2) хронического лейкоза

3) воспалительного процесса или очага некроза

4) апластической анемии

5) эритремии.

008. ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ОСНОВНЫХ КЛАССОВ КЛЕТОК

ГЕМОПОЭЗА В КОСТНОМ МОЗГЕ, НАЧИНАЯ ОТ СТВОЛОВОЙ

1) стволовая, полустволовая, унипотентная, делящие клетки (бласты), созревающие клетки, зрелые клетки

2) стволовая, полустволовая, созревающие клетки, зрелые клетки

3) стволовая, унипотентная, делящие клетки (бласты), созревающие клетки, зрелые клетки

4) стволовая, унипотентная, созревающие клетки, делящие клетки (бласты), зрелые клетки

5) бласты, созревающие клетки, зрелые клетки.

009. ПРОЦЕНТНОЕ СООТНОШЕНИЕ ОТДЕЛЬНЫХ ФОРМ ЛЕЙКОЦИТОВ

НАЗЫВАЕТСЯ

1) цветовым показателем

2) лейкоцитарной формулой

3) гематокритным числом

4) лейкемическим провалом

5) СОЭ.

010. ОСНОВНОЙ ФУНКЦИЕЙ ЭРИТРОЦИТОВ ЯВЛЯЕТСЯ

1) транспорт углеводов

2) участие в буферных реакциях крови

3) участие в процессах пищеварения

4) транспорт кислорода и СО2

5) иммунная.

**Вариант 2**

001. ЛЕЙКОЦИТЫ ОСУЩЕСТВЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ФУНКЦИИ

1) транспорт СО2 и О2

2) транспорт гормонов

3) поддержание онкотического давления плазмы крови

4) иммунные реакции

5) транспорт глюкозы в клетку.

002. В КРОВИ ЗДОРОВОГО МУЖЧИНЫ УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА

СОСТАВЛЯЕТ

1) 170-200 г/л

2) 100-110 г/л

3) 130-160 г/л

4) 90-100 г/л

5) 90-130 г/л.

003. ЖЕЛТУХА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

1) В12-дефицитной анемии

2) железодефицитной анемии

3) гемолитической анемии

4) эритремии

5) острого лейкоза.

004. ДЛЯ ЭРИТРЕМИИ НЕ ХАРАКТЕРНО

1) замедление СОЭ

2) тромбоцитопения

3) увеличение гемоглобина

4) лейкоцитоз

5) эритроцитоз.

005. КЛЕТКИ БОТКИНА-ГУМПРЕХТА ОБНАРУЖИВАЮТСЯ В КРОВИ

ПРИ

1) остром миелобластном лейкозе

2) хроническом миелолейкозе

3) хроническом лимфолейкозе

4) хронической железодефицитной анемии

5) апластической анемии.

006. ХАРАКТЕРНЫЙ ПРИЗНАК АПЛАСТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ

1) пойкилоцитоз

2) макроцитоз

3) панцитопения

4) повышение уровня железа в сыворотке крови

5) гипохромия.

007. ЛЕЙКЕМИЧЕСКИЙ ПРОВАЛ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

1) анемии

2) острого лейкоза

3) хронического лейкоза

4) полицитемии

5) воспалительной реакции крови

008. ПОЯВЛЕНИЕ В КРОВИ ЭРИТРОЦИТОВ РАЗНОЙ ВЕЛИЧИНЫ НОСИТ

НАЗВАНИЕ

1) пойкилоцитоз

2) анизоцитоз

3) микроцитоз

4) макроцитоз

5) гипохромия

009. СНИЖЕНИЕ КОЛИЧЕСТВА РЕТИКУЛОЦИТОВ НЕ ХАРАКТЕРНО

ДЛЯ

1) хронической железодефицитной анемии

2) лейкоза

3) апластической анемии

4) острой постгеморрагической анемии

5) хронической постгеморрагической анемии

010. ПОПЕРЕЧНЫЙ РАЗМЕР СЕЛЕЗЕНКИ В НОРМЕ:

1) 2- 3 см

2) 4 – 7 см

3) 10 – 12 см

4) 12 – 14 см

5) 15- 20 см

**Вариант 3**

001. ПОЯВЛЕНИЕ В КРОВИ ЭРИТРОЦИТОВ РАЗНОЙ ВЕЛИЧИНЫ НОСИТ НАЗВАНИЕ

1) пойкилоцитоз

2) анизоцитоз

3) микроцитоз

4) макроцитоз

5) гипохромия.

002. ПРИ ОСМОТРЕ БОЛЬНОГО С ЭРИТРЕМИЕЙ КОЖНЫЕ ПОКРОВЫ

1) желтушные

2) бледные

3) вишнево-красные

4) бронзовые

5) цианотичные.

003. ПРОЦЕНТНОЕ СОДЕРЖАНИЕ НЕЙТРОФИЛОВ КО ВСЕМ

ЛЕЙКОЦИТАМ В КРОВИ ЗДОРОВОГО ЧЕЛОВЕКА СОСТАВЛЯЕТ

1) 40-65 %

2) 5-10 %

3) 50-70 %

4) 10-20 %

5) 0-40%

004. РАЗРУШЕНИЕ ЭРИТРОЦИТОВ ПРОИСХОДИТ В

1) красном костном мозге и печени

2) печени

3) селезенке

4) печени и селезенке

5) красном косном мозге.

005. ЛЕЙКОПЕНИЯ НЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

1) брюшного тифа

2) бруцеллеза

3) гриппа

4) пневмонии

5) малярии.

006. СКОРОСТЬ ОСЕДАНИЯ ЭРИТРОЦИТОВ НЕ ПОВЫШАЕТСЯ ПРИ

1) инфекционно-воспалительном процессе

2) сепсисе

3) инфаркте миокарда

4) полицитемии

5) анемии.

007. К ПЕРИФЕРИЧЕСКИМ ОРГАНАМ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ НЕ

ОТНОСИТСЯ

1) красный костный мозг

2) селезенка

3) лимфатические узлы

4) миндалины

5) ничего из перечисленного.

008. ЦВЕТОВОЙ ПОКАЗАТЕЛЬ - ЭТО

1) отношение числа эритроцитов к гемоглобину

2) соотношение юных и зрелых нейтрофилов

3) процент насыщения гемоглобина кислородом

4) степень насыщения эритроцитов гемоглобином

5) процентное соотношение отдельных форм лейкоцитов.

009. НАИБОЛЕЕ ИЗМЕНЧИВОЙ ГРУППОЙ ЛЕЙКОЦИТОВ ПРИ

ВОСПАЛЕНИИ ЯВЛЯЮТСЯ

1) лимфоциты

2) нейтрофилы

3) моноциты

4) эозинофилы

5) базофилы.

010. РЕТИКУЛОЦИТЫ – ЭТО

1) незрелые формы эритроцитов

2) незрелые формы лейкоцитов

3) эозинофилов

4) нейтрофилов

5) незрелые формы тромбоцитов.

**Вариант 4**

001. ГЛОССИТ ХАНТЕРА ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

1) В12-дефицитной анемии

2) железодефицитной анемии

3) острого лейкоза

4) апластической анемии

5) эритремии.

002. ТЕЛЬЦА ЖОЛЛИ И КОЛЬЦА КЕБОТА ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

1) хронического лимфолейкоза

2) В12дефицитной анемии

3) железодефицитной анемии

4) апластической анемии

5) эритремии.

003. ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ ЛЕЙКОЦИТОЗ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

1) воспалении

2) анемии

3) после приема пищи

4) эритремии

5) остром лейкозе.

004. «ИЗВРАЩЕНИЕ ВКУСА» ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

1) гемолитической анемии

2) апластической анемии

3) железодефицитной анемии

4) острого лейкоза

5) В12-дефицитной анемии.

005. СДВИГОМ ЛЕЙКОЦИТАРНОЙ ФОРМУЛЫ ВЛЕВО НАЗЫВАЕТСЯ

1) нейтропения

2) лимфоцитопения

3) появление молодых незрелых форм нейтрофилов в крови

4) эозинофилия

5) базофилия.

006. ПОЛОЖИТЕЛЬНАЯ ПРОБА КУМБСА ПОДТВЕРЖДАЕТ ДИАГНОЗ

1) В12-дефицитной анемии

2) гемолитической анемии

3) тромбоцитопенической пурпуры

4) железодефицитной анемии

5) острого лейкоза.

007. ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ РЕТИКУЛОЦИТОВ В КРОВИ ХАРАКТЕРНО

ДЛЯ

1) хронической кровопотери

2) острой кровопотери

3) апластической анемии

4) острого лейкоза

5) тромбоцитопенической пурпуры

008. ФАКТОР, КОТОРЫЙ НЕОБХОДИМ ДЛЯ ВСАСЫВАНИЯ ВИТАМИНА В12

1) соляная кислота

2) гастрин

3) гастромукопротеин

4) пепсин

5) фолиевая кислота

009. ВНУТРЕННИЙ ФАКТОР КАСТЛА

1) образуется в фундальной части желудка и связывается с витамином В12

2) в 12-перстной кишке

3) связывается с витамином В6

4) связывается с закисным железом

5) образуется в 12-перстной кишке, связывается с витамином В6

010. Увеличение лимфатических узлов характерно для

1) В12-дефицитной анемии

2) гемолитической анемии

3) тромбоцитопенической пурпуры

4) железодефицитной анемии

5) лимфогранулематоза

##### **6.2.Ситуационные задачи**

**Задача №1.**

К дерматологу обратилась больная Н., 26 лет с жалобами на сухость кожи,

ее шелушение, ломкость и выпадение волос. Из гинекологического

анамнеза выяснено, что mensis с 10 лет, сопровождается обильными

кровопотерями. В ОАК:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Эритроциты | | Гемоглобин | | | ЦП | | | Тромбоциты | | | Ретикулоциты | | |
| 4-5 млн. | | гр. % | | | 0,9-1,1 | | | 125-400 тыс. | | | 0,2-1,4% | | |
| *2,6\*10¹²* | | *60г/л* | | | *0,7* | | | *140* | | | *0,2* | | |
| Лейко-  циты | Базофилы | Эозинофилы | Гемоцитобласты | Миелобласты | Промиелоциты | Миелоциты | Юные | Палочкоядерные | Сегментоядерные | Лимфоциты | Моноциты | Плазматические клетки | Индекс ядерного сдвига |
| Норма в абсолютных  числах | 20-  -80 | 100-  -250 | ----- | ----- | ----- | ----- | ----- | 80-  -40 | 3.06-  5.600 | 1.610-  -2.10 | 200-  -600 | -------- | --------- |
| --8-тыс. | 0-1% | 2-1% |  |  |  |  |  | 3-6% | 51-67% | 23-42% | 4-8% |  |  |
| *4,5* |  |  |  |  |  |  |  | *5* | *52* | *38* | *6* |  |  |

Дегенеративные изменения нейтрофилов -

Анизоцитоз \_\_\_*++*\_\_\_\_\_\_\_\_ пойкилоцитоз ++ Полихромазия \_\_\_\_*\_++*

Нормобласты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Длит. кровотечения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

СОЭ \_\_*10*\_\_\_\_\_ мм. час. Свертываемость крови: начало \_\_\_\_\_\_\_ конец

Резистентность эритроцитов: мак \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ мин. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Укажите диагноз?

2.Что явилось причиной развития данного заболевания?

1. Как называется данная патология по уровню цветового показателя?
2. Что такое анизоцитоз?
3. Какой вариант анизоцитоза характерен для данной патологии?

Задача №2.

Больная 37 лет, жалуется на слабость, головокружение, потемнение в глазах, парастезии в стопах и неустойчивость походки. При осмотре: гунтеровский глоссит, выявлена некоторая желтушность кожных покровов, печень выступает из-под края реберной дуги на 4,5 см. При гастроскопии атрофический гастрит, при исследовании желудочного сока - ахилия. В ОАК:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Эритроциты | | Гемоглобин | | | ЦП | | | Тромбоциты | | | Ретикулоциты | | |
| 4-5 млн. | | гр. % | | | 0,9-1,1 | | | 125-400 тыс. | | | 0,2-1,4% | | |
| *1,3 \*10¹²* | | *60* | | | *1,4* | | | *100* | | | *0,1* | | |
| Лейко-  циты | Базофилы | Эозинофилы | Гемоцитобласты | Миелобласты | Промиелоциты | Миелоциты | Юные | Палочкоядерные | Сегментоядерные | Лимфоциты | Моноциты | Плазматические клетки | Индекс ядерного сдвига |
| Норма в абсолютных  числах | 20-  -80 | 100-  -250 | ----- | ----- | ----- | ----- | ----- | 80-  -40 | 3.06-  5.600 | 1.610-  -2.10 | 200-  -600 | -------- | --------- |
| --8-тыс. | 0-1% | 2-1% |  |  |  |  |  | 3-6% | 51-67% | 23-42% | 4-8% |  |  |
| *3,5* |  |  |  |  | *10* |  |  |  | *48* | *38* | *6* |  |  |

Дегенеративные изменения нейтрофилов \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Анизоцитоз \_\_++ пойкилоцитоз ++ Полихромазия \_\_\_++\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Нормобласты +\_ *Тельца Жолли\_++*\_Кольца Кебота\_++ Длит. кровотечения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

СОЭ *30\_*\_\_\_\_\_\_ мм. час. Свертываемость крови: начало \_\_\_\_\_\_\_ конец

1. Ваш диагноз?

2. Назовите наиболее частые причины, приводящие к данному заболеванию?

3. Что такое пойкилоцитоз?

4. Что такое «тельца Жолли»?

5. Что такое «кольца Кебота»?

Задача №3.

Больной Н., 49 лет, находится на стационарном лечении по поводу крупозной пневмонии. Из анамнеза известно, что с целью купирования болей в позвоночнике (остеохондроз) в течение 3 недель принимал большие дозы нестероидных противовоспалительных препаратов, в ОАК:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Эритроциты | | Гемоглобин | | | ЦП | | | Тромбоциты | | | Ретикулоциты | | |
| 4-5 млн. | | гр. % | | | 0,9-1,1 | | | 125-400 тыс. | | | 0,2-1,4% | | |
| 4,45\*10¹² | | 126 | | | 0,9 | | |  | | |  | | |
| Лейко-  циты | Базофилы | Эозинофилы | Гемоцитобласты | Миелобласты | Промиелоциты | Миелоциты | Юные | Палочкоядерные | Сигментоядерные | Лимфоциты | Моноциты | Плазматические клетки | Индекс ядерного сдвига |
| Норма в абсолютных  числах | 20-  -80 | 100-  -250 | ----- | ----- | ----- | ----- | ----- | 80-  -40 | 3.06-  5.600 | 1.610-  -2.10 | 200-  -600 | -------- | --------- |
| --8-тыс. | 0-1% | 2-1% |  |  |  |  |  | 3-6% | 51-67% | 23-42% | 4-8% |  |  |
| 1,5 |  |  |  |  |  |  |  | 1 | 10 | 60 | 29 |  |  |

Дегенеративные изменения нейтрофилов

Анизоцитоз \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ пойкилоцитоз

Полихромазия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Нормобласты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Длит. кровотечения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

СОЭ \_35\_\_\_\_\_\_ мм. час. Свертываемость крови: начало \_\_\_\_\_\_\_ конец

1. Чем Вы можете объяснить причину развития пневмонии?

2. Как называется патология в ОАК?

3. Как изменяется лейкоцитарная формула при данной патологии?

4. Какую роль в организме играют гранулоциты?

5. Какие препараты могут приводить к данной патологии?

Задача №4.

Больной П., 38 лет, находится на стационарном лечении с язвенной болезнью желудка. При осмотре кожные покровы красно-вишневого цвета, особенно в верхней половине туловища. Инъекция склер. Умеренное увеличение печени и селезенки. Болезненность при поколачивании плоских костей. АД 160/100 мм рт. ст. В ОАК:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Эритроциты | | Гемоглобин | | | ЦП | | | Тромбоциты | | | Ретикулоциты | | |
| 4-5 млн. | | гр. % | | | 0,9-1,1 | | | 125-400 тыс. | | | 0,2-1,4% | | |
| *6,5* | | *196* | | | *1,1* | | | *450* | | | *12%* | | |
| Лейко-  циты | Базофилы | Эозинофилы | Гемоцитобласты | Миелобласты | Промиелоциты | Миелоциты | Юные | Палочкоядерные | Сигментоядерные | Лимфоциты | Моноциты | Плазматические клетки | Индекс ядерного сдвига |
| Норма в абсолютных  числах | 20-  -80 | 100-  -250 | ----- | ----- | ----- | ----- | ----- | 80-  -40 | 3.06-  5.600 | 1.610-  -2.10 | 200-  -600 | -------- | --------- |
| --8-тыс. | 0-1% | 2-1% |  |  |  |  |  | 3-6% | 51-67% | 23-42% | 4-8% |  |  |
| *20,0* | *3* | *2* |  |  |  |  |  | *3* | *64* | *24* | *4* |  |  |

Дегенеративные изменения нейтрофилов

Анизоцитоз \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ пойкилоцитоз

Полихромазия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Нормобласты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Длит. кровотечения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

СОЭ \_\_\_*1*\_\_\_\_ мм. час. Свертываемость крови: начало \_\_\_\_\_\_\_ конец

1.Для какого заболевания характерна подобная картина крови?

2. Почему при этом наблюдается замедление СОЭ?

3. Почему наблюдается болезненность при поколачивании плоских костей?

4. Чем данное заболевание отличается от эритроцитоза?

5. Почему при данной патологии часто образуются язвы желудка и 12-ти перстной кишки?

**Задача №5.**

Больной К, 63 года, жалобы на похудание, слабость, одышку. Выявлено увеличение шейных и подмышечных лимфоузлов. Последние безболезненны, подвижны. Гепатоспленомегалия. Наблюдается повышение температуры тела до субфебрильных цифр. Анализ крови:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Эритроциты | | Гемоглобин | | | ЦП | | | Тромбоциты | | | Ретикулоциты | | |
| 4-5 млн. | | гр. % | | | 0,9-1,1 | | | 125-400 тыс. | | | 0,2-1,4% | | |
| 4,0 | | 120 | | | 0,9 | | | 210 | | |  | | |
| Лейко-  циты | Базофилы | Эозинофилы | Гемоцитобласты | Миелобласты | Промиелоциты | Миелоциты | Юные | Палочкоядерные | Сигментоядерные | Лимфоциты | Моноциты | Плазматические клетки | Индекс ядерного сдвига |
| Норма в абсолютных  числах | 20-  -80 | 100-  -250 | ----- | ----- | ----- | ----- | ----- | 80-  -40 | 3.06-  5.600 | 1.610-  -2.10 | 200-  -600 | -------- | --------- |
| --8-тыс. | 0-1% | 2-1% |  |  |  |  |  | 3-6% | 51-67% | 23-42% | 4-8% |  |  |
| 52 |  | 1 |  |  |  |  |  | 1 | 24 | 72 | 2 |  |  |

Дегеноративные изменения нейтрофилов \_Тени Боткина-Гумпрехта\_\_+++\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Анизоцитоз \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ пойкилоцитоз

Полихромазия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Нормобласты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Длит. кровотечения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

СОЭ \_\_17\_\_\_\_\_ мм. час. Свертываемость крови: начало \_\_\_\_\_\_\_ конец

1. Ваш диагноз?

2. Назовите возможные этиологические факторы заболевания?

3. Что такое тени Боткина-Гумпрехта?

4. Возможно ли при данном заболевании нагноение лимфоузлов?

5. Может ли при данном заболевании наблюдаться анемия, тромбоцитопения?

**Задача №6.**

Больной И., 17 лет, жалуется на высокую лихорадку, сопровождающуюся обильным потоотделением, ознобами, резкую слабость, боли в костях. При осмотре кожные покровы бледные, единичные подкожные кровоизлияния. Зев гиперемирован, на миндалинах некротические наложения. Наблюдается увеличение шейных, подмышечных лимфоузлов, гепатоспленомегалия. В ОАК:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Эритроциты | | Гемоглобин | | | ЦП | | | Тромбоциты | | | Ретикулоциты | | |
| 4-5 млн. | | гр. % | | | 0,9-1,1 | | | 125-400 тыс. | | | 0,2-1,4% | | |
| *2,5\*10¹²* | | *90* | | | *1,0* | | | *120* | | |  | | |
| Лейко-  циты | Базофилы | Эозинофилы | Гемоцитобласты | Миелобласты | Промиелоциты | Миелоциты | Юные | Палочкоядерные | Сигментоядерные | Лимфоциты | Моноциты | Плазматические клетки | Индекс ядерного сдвига |
| Норма в абсолютных  числах | 20-  -80 | 100-  -250 | ----- | ----- | ----- | ----- | ----- | 80-  -40 | 3.06-  5.600 | 1.610-  -2.10 | 200-  -600 | -------- | --------- |
| --8-тыс. | 0-1% | 2-1% |  |  |  |  |  | 3-6% | 51-67% | 23-42% | 4-8% |  |  |
| *100* |  |  |  | *50* |  |  |  | *1* | *25* | *16* | *6* |  |  |

Дегенеративные изменения нейтрофилов

Анизоцитоз \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ пойкилоцитоз

Полихромазия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Нормобласты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Длит. кровотечения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

СОЭ \_\_*32*\_\_\_ мм. час. Свертываемость крови: начало \_\_\_\_\_\_\_ конец

1.Поставьте диагноз.

2. Что такое лейкемический провал?

3.Какие дополнительные методы исследования необходимы для подтверждения диагноза?

4. Чем можно объяснить наличие анемии при данной патологии?

5. Назовите два основных признака ОАК данной патологии?

**Задача №7.**

Больная К, 56 лет, жалуется на общую слабость, потерю трудоспособности, плохой аппетит, периодическое повышение температуры тела до 38-39°С. Больной себя считает 8 лет. При общем осмотре обнаружено резкое истощение больной, живот значительно увеличен, преимущественно слева. При его пальпации определяется резкое увеличение печени и особенно селезенки. В ОАК:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Эритроциты | | Гемоглобин | | | ЦП | | | Тромбоциты | | | Ретикулоциты | | |
| 4-5 млн. | | гр. % | | | 0,9-1,1 | | | 125-400 тыс. | | | 0,2-1,4% | | |
| 2,9 | | 78 | | | 1,0 | | | 80 | | | 0.1% | | |
| Лейко-  циты | Базофилы | Эозинофилы | Гемоцитобласты | Миелобласты | Промиелоциты | Миелоциты | Юные | Палочкоядерные | Сигментоядерные | Лимфоциты | Моноциты | Плазматические клетки | Индекс ядерного сдвига |
| Норма в абсолютных  числах | 20-  -80 | 100-  -250 | ----- | ----- | ----- | ----- | ----- | 80-  -40 | 3.06-  5.600 | 1.610-  -2.10 | 200-  -600 | -------- | --------- |
| --8-тыс. | 0-1% | 2-1% |  |  |  |  |  | 3-6% | 51-67% | 23-42% | 4-8% |  |  |
| 70,0 | 4 | 5 |  | 4 | 1 | 4 | 5 | 9 | 51 | 14 | 3 |  |  |

Дегенеративные изменения нейтрофилов

Анизоцитоз \_\_\_\_ пойкилоцитоз \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Полихромазия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Нормобласты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Длит. кровотечения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

СОЭ \_66\_\_\_\_\_\_ мм. час.

Свертываемость крови: начало \_\_\_\_\_\_\_ конец \_\_\_\_\_\_\_\_

1. Ваш диагноз?

2. Как называется увеличение печени и селезенки?

3. Назовите нормальные размеры селезенки?

4. Какие дополнительные методы исследования подтвердят Ваш диагноз?

5. Что выявляют при кариологическом исследовании при данном заболевании?

**Задача №8.**

Больной К., 29 лет, жалуется на боли в эпигастрии, утомляемость. В анамнезе язвенная болезнь 12-перстной кишки. Кожные покровы бледные, болезненность в эпигастрии. Печень и селезенка не увеличены. В ОАК:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Эритроциты | | Гемоглобин | | | ЦП | | | Тромбоциты | | | Ретикулоциты | | |
| 4-5 млн. | | гр. % | | | 0,9-1,1 | | | 125-400 тыс. | | | 0,2-1,4% | | |
| *2,8\*10¹²* | | *64г/л* | | | *0,7* | | | *147* | | | *0,2* | | |
| Лейко-  циты | Базофилы | Эозинофилы | Гемоцитобласты | Миелобласты | Промиелоциты | Миелоциты | Юные | Палочкоядерные | Сегментоядерные | Лимфоциты | Моноциты | Плазматические клетки | Индекс ядерного сдвига |
| Норма в абсолютных  числах | 20-  -80 | 100-  -250 | ----- | ----- | ----- | ----- | ----- | 80-  -40 | 3.06-  5.600 | 1.610-  -2.10 | 200-  -600 | -------- | --------- |
| --8-тыс. | 0-1% | 2-1% |  |  |  |  |  | 3-6% | 51-67% | 23-42% | 4-8% |  |  |
| *5,1* |  |  |  |  |  |  |  | *3* | *52* | *38* | *7* |  |  |

Дегенеративные изменения нейтрофилов -

Анизоцитоз \_\_\_*++*\_\_\_\_\_\_\_\_ пойкилоцитоз ++ Полихромазия \_\_\_\_*\_++*

Нормобласты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Длит. кровотечения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

СОЭ \_\_*16*\_\_\_\_\_ мм. час. Свертываемость крови: начало \_\_\_\_\_\_\_ конец

Резистентность эритроцитов: мак \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ мин. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Анализ кала на скрытую кровь - положительный.

1.О каком заболевании вы думаете?

2. Что такое анизоцитоз?

3. Какой вариант анизоцитоза характерен для данной патологии?

4. Как подготовить больного для исследования кала на скрытую кровь?

5. Возможно ли ускорение СОЭ при данной патологии?

**Задача №9.**

Больная Т., 48 лет, жалуется на выраженную слабость, снижение трудоспособности, головокружение, потемнение в глазах при резкой перемене положения тела, одышку, сердцебиение, повышенную кровоточивость десен. Из анамнеза известно, что работа связана с химическим производством (бензол). При осмотре: бледность кожных покровов, на конечностях имеются несколько подкожных кровоизлияний разной давности (со слов больной – возникают при минимальной травме). Печень, селезенка не увеличены. В ОАК:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Эритроциты | | Гемоглобин | | | ЦП | | | Тромбоциты | | | Ретикулоциты | | |
| 4-5 млн. | | гр. % | | | 0,9-1,1 | | | 125-400 тыс. | | | 0,2-1,4% | | |
| *1,5\*10¹²* | | *40* | | | *0,9* | | | *20* | | | *0,1* | | |
| Лейко-  циты | Базофилы | Эозинофилы | Гемоцитобласты | Миелобласты | Промиелоциты | Миелоциты | Юные | Палочкоядерные | Сегментоядерные | Лимфоциты | Моноциты | Плазматические клетки | Индекс ядерного сдвига |
| Норма в абсолютных  числах | 20-  -80 | 100-  -250 | ----- | ----- | ----- | ----- | ----- | 80-  -40 | 3.06-  5.600 | 1.610-  -2.10 | 200-  -600 | -------- | --------- |
| --8-тыс. | 0-1% | 2-1% |  |  |  |  |  | 3-6% | 51-67% | 23-42% | 4-8% |  |  |
| *1,5* |  |  |  |  |  |  |  | *3* | *32* | *57* | *8* |  |  |

Дегенеративные изменения нейтрофилов

Анизoцитоз \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_пойкилоцитоз

Полихромазия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Нормобласты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Длит. кровотечения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

СОЭ \_\_\_40\_ мм. час. Свертываемость крови: начало \_\_\_\_\_\_\_ конец

1. Назовите диагноз?

2. Укажите этиологические факторы развития данного заболевания?

3. Чем объяснить наличие геморрагического синдрома в данном случае?

4. Какая анемия наблюдается при данной патологии?

5. Возможно ли присоединение вторичной инфекции при данном заболевании, почему?

**Задача №10.**

Больная Е., 19 лет, жалуется на слабость, головокружение, незначительное повышение температуры тела. При осмотре кожные покровы бледные с желтоватым оттенком. Пальпаторно определяется плотная селезенка, 14х8 см. печень не увеличена. Наблюдается потемнение мочи, кала. В ОАК:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Эритроциты | | Гемоглобин | | | ЦП | | | Тромбоциты | | | Ретикулоциты | | |
| 4-5 млн. | | гр. % | | | 0,9-1,1 | | | 125-400 тыс. | | | 0,2-1,4% | | |
| *2,5\*10¹²* | | *90* | | | *1,0* | | |  | | | *14%* | | |
| Лейко-  циты | Базофилы | Эозинофилы | Гемоцитобласты | Миелобласты | Промиелоциты | Миелоциты | Юные | Палочкоядерные | Сигментоядерные | Лимфоциты | Моноциты | Плазматические клетки | Индекс ядерного сдвига |
| Норма в абсолютных  числах | 20-  -80 | 100-  -250 | ----- | ----- | ----- | ----- | ----- | 80-  -40 | 3.06-  5.600 | 1.610-  -2.10 | 200-  -600 | -------- | --------- |
| --8-тыс. | 0-1% | 2-1% |  |  |  |  |  | 3-6% | 51-67% | 23-42% | 4-8% |  |  |
| *6,5* |  | *2* |  |  |  |  |  | *3* | *63* | *22* | *10* |  |  |

Дегеноративные изменения нейтрофилов

Анизоцитоз \_++\_\_\_\_\_пойкилоцитоз \_++

Полихромазия \_\_\_++\_\_\_\_\_\_\_ Нормобласты \_\_\_\_\_\_ Длит. кровотечения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

СОЭ \_\_\_30\_ мм. час. Свертываемость крови: начало \_\_\_\_\_\_\_ конец \_\_\_\_\_

Резистентность эритроцитов: мак. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ мин.

1. О каком заболевании необходимо подумать?

2. Чем объяснить некоторую желтушность кожных покровов?

3. Как называется анемия с нормальным цветовым показателем?

4. Какой уровень ретикулоцитов характерен для данной патологии?

5. Какое исследование необходимо провести для подтверждения диагноза?

**7.Темы УИРС:**

«Бластный криз»

«Факторы риска заболеваний системы крови»

**8.Рекомендованная литература по теме занятия**:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование, вид издания | Автор(-ы), составитель(-и), редактор(-ы) | Место издания, издательство, год |
| **Основная литература** | | | |
| 1. | [Пропедевтика внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=31615) : учеб.для мед. вузов | Н. А. Мухин, В. С. Моисеев | М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. |
| **Дополнительная литература** | | | |
| 1. | [Дополнительные методы обследования больного в терапевтической практике](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=1888) : учеб.пособие для студентов мед. вузов. Ч.2. | Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, Е. О. Карпухина [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2011. |
| 2. | [Дополнительные методы обследования больного в терапевтической практике](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=1889) : учеб.пособие для студентов мед. вузов. Ч.1. | Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, Е. О. Карпухина [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2011. |
| 3. | [Практикум по пропедевтике внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=21500) : учеб.пособие | ред. Ж. Д. Кобалава, В. С. Моисеев | М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. |
| 4. | [Пропедевтика внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=24744) : учеб.пособие к внеаудиторной работе для студентов 3 курса по спец. 060101- Лечебное дело, 060103- Педиатрия | сост. Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, А. Г. Иванов [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2009. |
| 5. | [Пропедевтика внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=30979) : учеб.пособие к аудиторной работе для студентов 3 курса по спец. 060101-Лечебное дело, 060103- Педиатрия. Ч.1.. - Режим доступа: polikarpov\_\_propedevtika\_stud\_3\_lech\_ped\_audit\_1\_1297665056.pdf | сост. Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, А. Г. Иванов [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2009. |
| 6. | [Пропедевтика внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=32404) : учеб.пособие к аудиторной работе для студентов 3 курса по спец. 060101-Лечебное дело, 060103- Педиатрия. Ч.2. | сост. Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, А. Г. Иванов [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2009. |

**1. Занятие № 21.**

**Тема:** «**Симптоматология бронхитов, бронхиальной астмы, бронхопневмонии, крупозной пневмонии, бронхоэктатической болезни, эмфиземы легких. Симптоматология нагноительных заболеваний легких (абсцесс, гангрена). Пневмоторакс**».

**2. Форма организации занятия:** клиническое практическое занятие

**3.** **Значение изучения темы**: За последние десятилетия во всем мире с высокими темпами индустриализации, высоким содержанием в атмосфере поллютантов, отмечается рост числа больных бронхолегочной патологией, в частности высокая заболеваемость пневмонией. Среди больных бронхоэктазиями преобладают мужчины, составляют около 60-65 %. Обычно заболевание распознается в возрасте от 5 до 25 лет, однако установить время начала заболевания бывает затруднительно, поскольку первые обострения процесса рассматриваются зачастую как «простуда».

**4. Цели обучения:**

- о**бщая цель:** (обучающийся должен обладать **общекультурными компетенциями** (ОК):

* способностью и готовностью анализировать социально-значимые проблемы и процессы, использовать на практике методы гуманитарных, естественнонаучных, медико-биологических и клинических наук в различных видах профессиональной и социальной деятельности (ОК-1);
* способностью и готовностью к логическому и аргументированному анализу, к публичной речи, ведению дискуссии и полемики, к редактированию текстов профессионального содержания, к осуществлению воспитательной и педагогической деятельности, к сотрудничеству и разрешению конфликтов, к толерантности (ОК-5);
* способностью и готовностью осуществлять свою деятельность с учетом принятых в обществе моральных и правовых норм, соблюдать правила врачебной этики, законы и нормативные правовые акты по работе с конфиденциальной информацией, сохранять врачебную тайну (ОК-8);
* способностью и готовностью реализовать этические и деонтологические аспекты врачебной деятельности в общении с коллегами, средним и младшим медицинским персоналом, взрослым населением и подростками, их родителями и родственниками (ПК-1);
* способностью и готовностью проводить и интерпретировать опрос, физикальный осмотр, клиническое обследование, результаты современных лабораторно-инструментальных исследований, написать медицинскую карту стационарного больного с эндокринной патологией (ПК-5);
* способностью и готовностью к работе с медико-технической аппаратурой, используемой в работе с пациентами, владеть компьютерной техникой, получать информацию из различных источников, работать с информацией в глобальных компьютерных сетях; применять возможности современных информационных технологий для решения профессиональных задач (ПК-9);
* способностью и готовностью к постановке диагноза на основании результатов биохимических исследований биологических жидкостей и с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом (ПК-15);
* способностью и готовностью анализировать закономерности функционирования отдельных органов и систем, использовать знания анатомо-физиологических основ, основные методики клинико-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма взрослого человека и подростка для своевременной диагностики заболеваний и патологических процессов при заболеваниях желез внутренний секреции (ПК-16);
* способностью и готовностью выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы заболеваний, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом, анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах, использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ), выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний (ПК-17);
* способностью и готовностью анализировать и интерпретировать результаты современных диагностических технологий по возрастно-половым группам пациентов с учетом их физиологических особенностей организма человека для успешной лечебно-профилактической деятельности, провести диагностику физиологической беременности, участвовать в проведении судебно-медицинской экспертизы (ПК-18);
* способностью и готовностью использовать нормативную документацию, принятую в здравоохранении (законы Российской Федерации, технические регламенты, международные и национальные стандарты, приказы, рекомендации, терминологию, международные системы единиц (СИ), действующие международные классификации), а также документацию для оценки качества и эффективности работы медицинских организаций (ПК-27);
* способностью и готовностью изучать научно-медицинскую информацию, отечественный и зарубежный опыт по тематике исследования (ПК-31);

- учебная:

**Студент должен знать:**

* ведение типовой учетно-отчетной медицинской документации в медицинских организациях;
* заболевания, связанные с неблагоприятными воздействиями климатических и социальных факторов;
* основы профилактической помощи, организацию профилактических мероприятий, направленных на укрепление здоровья населения;
* этиологию, патогенез и меры профилактики наиболее часто встречающихся заболеваний;
* клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения наиболее распространенных заболеваний, протекающих в типичной форме;
* методы диагностики, диагностические возможности методов непосредственного исследования больного терапевтического профиля, современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных.

**Студент должен уметь:**

* определить статус пациента: собрать анамнез, провести опрос пациента и/или его родственников, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация);
* оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи;
* провести первичное обследование пациента;
* оценить социальные факторы, влияющие на состояние физического и психологического здоровья пациента; культурные, этические, религиозные, семейные факторы риска;
* поставить предварительный диагноз – синтезировать информацию о пациенте с целью определения патологии и причин, ее вызывающих;
* наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни для пациента;
* разработать план терапевтических действий;
* оказывать первую помощь при неотложных состояниях;
* заполнять историю болезни.

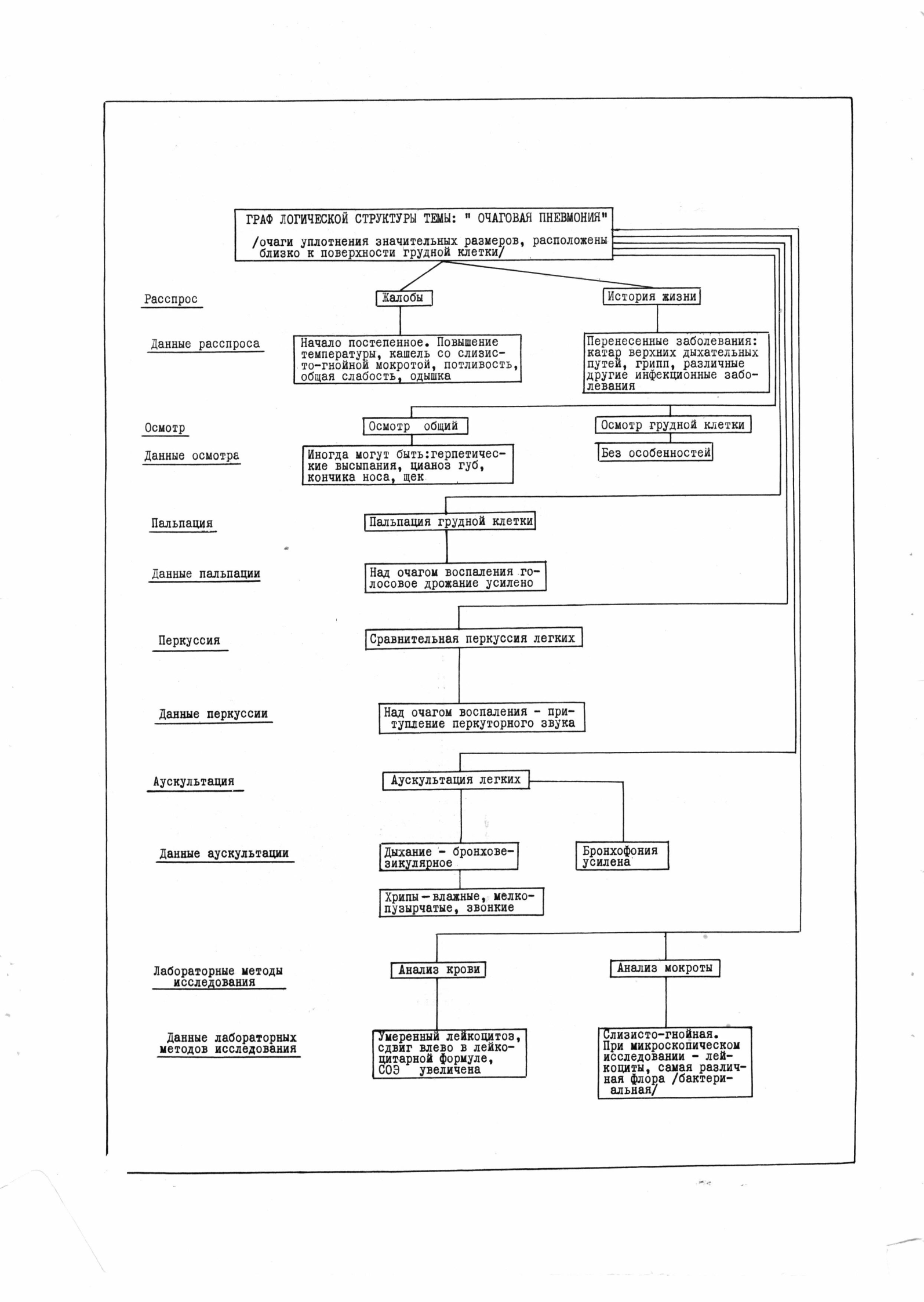
**Студент должен владеть:**

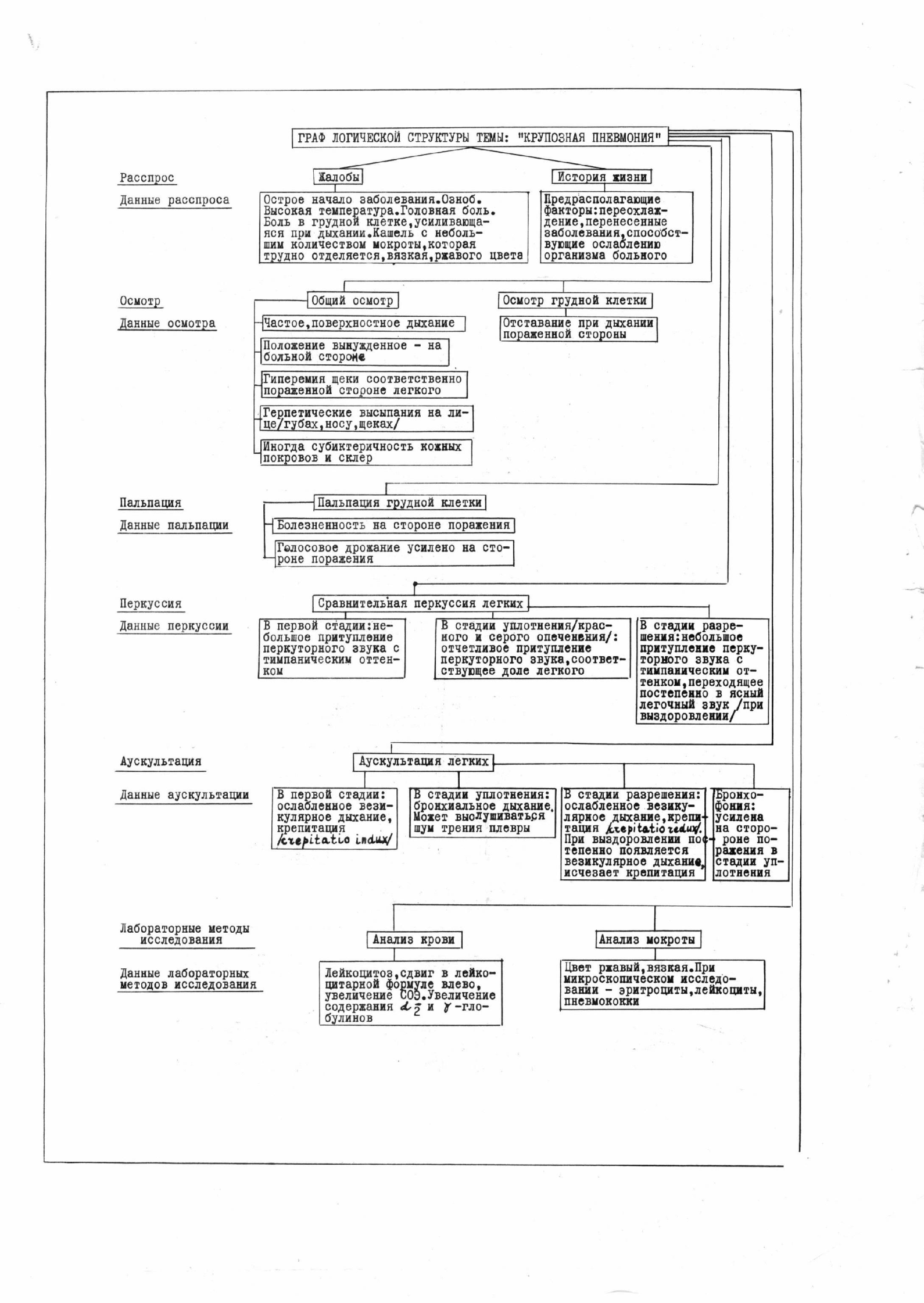
* правильным ведением медицинской документации;
* методами общеклинического обследования;
* интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики;
* алгоритмом постановки предварительного диагноза с последующим направлением пациента к соответствующему врачу-специалисту;
* основными врачебными диагностическими и лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях

**5. План изучения темы:**

**5.1. Контроль исходного уровня знаний.**

**5.2. Основные понятия и положения темы (наглядные формы, таблицы, схемы, алгоритмы)**





###### **5.3. Самостоятельная работа:**

- курация больных кардиологического отделения;

- заполнение историй болезни;

- разбор курируемых больных

**5.4. Итоговый контроль знаний:**

- ответы на вопросы по теме занятия;

- решение ситуационных задач, тестовых заданий по теме.

**6. Домашнее задание для усвоения темы занятия**

**6.1.Контрольные вопросы для уяснения темы занятия**

1. Какие этиологические и патогенетические факторы являются ведущими в развитии пневмонии?

3. В чем заключаются особенности расспроса больного очаговой пневмонией?

4. Какие физикальные данные Вы получите при осмотре и пальпации грудной клетки у больного очаговой пневмонией?

5. Какие физикальные данные Вы получите при перкуссии, аускультации легких у больного очаговой пневмонией?

6. Какие лабораторные и инструментальные методы обследования помогут диагностировать очаговую пневмонию?

7. Какие жалобы предъявит больного долевой (крупозной) пневмонией?

8. Какие физикальные данные Вы получите при осмотре, пальпации, перкуссии и аускультации грудной клетки больного долевой пневмонией в зависимости от стадии болезни?

9. Что такое клинико-анатомические параллели долевой пневмонии?

10. Какие лабораторные и инструментальные методы обследования помогут диагностировать долевую (крупозную) пневмонию?

11. Какие возможны исходы и осложнения пневмоний?

12. В чем заключаются профилактические меры пневмонии?

13. Какие физикальные данные Вы получите при осмотре, пальпации, перкуссии и аускультации грудной клетки больного бронхоэктатической болезнью?

14. В чем заключаются профилактика бронхоэктатической болезни?

**6.2.Тестовые задания** (Один правильный ответ)

**Вариант 1**

001. ПРИ КРУПОЗНОЙ ПНЕВМОНИИ БРОНХИАЛЬНОЕ ДЫХАНИЕ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ

1) в стадию прилива

2) в стадию опеченения

3) в стадию разрешения

4) в стадию прилива и разрешения

5) в стадию опеченения и разрешения.

002. ДЛЯ ОЧАГОВОЙ ПНЕВМОНИИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО

1) бронхиальное дыхание

2) везикулярное дыхание

3) бронховезикулярное дыхание

4) амфорическое дыхание

5) металлическое дыхание.

003. КРЕПИТАЦИЯ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ

1) на высоте вдоха

2) на выдохе

3) на вдохе и выдохе

4) в начале вдоха

5) в конце выдоха.

004. ПРИТУПЛЕНИЕ ПЕРКУТОРНОГО ЗВУКА ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ

1) эмфиземе

2) крупозной пневмонии

3) бронхите

4) бронхиальной астме

5) пневмотораксе.

005. ИЗМЕНЕНИЕ ПАЛЬЦЕВ ПО ТИПУ «БАРАБАННЫХ ПАЛОЧЕК» МОЖЕТ ВСТРЕЧАТЬСЯ ПРИ

1) пневмонии

2) бронхиальной астме

3) бронхоэктатической болезни

4) бронхопневмонии

5) пневмотораксе.

006. БРОНХОЭКТАЗ - ЭТО

1) повышение воздушности легочной ткани

2) воспаление стенки бронха

3) расширение бронхов в виде цилиндра или мешочка

4) склероз стенки бронха

5) метаплазия эпителия слизистой бронха.

007. ГОЛОСОВОЕ ДРОЖАНИЕ ПРИ КРУПОЗНОЙ ПНЕВМОНИИ В СТАДИЮ ОПЕЧЕНЕНИЯ

1) резко усилится

2) ослабнет

3) не изменится

4) усилится

5) исчезнет.

008. «РЖАВАЯ» МОКРОТА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

1) бронхита

2) крупозной пневмонии

3) абсцесса легкого

4) бронхиальной астмы

5) рака легкого.

009. МОКРОТА ТИПА «МАЛИНОВОГО ЖЕЛЕ» ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

1) бронхита

2) крупозной пневмонии

3) абсцесса легкого

4) бронхиальной астмы

5) рака легкого.

010. ДЛЯ 1-ОЙ СТАДИИ - СТ. ПРИЛИВА – КРУПОЗНОЙ ПНЕВМОНИИ ХАРАКТЕРЕН ПЕРКУТОРНЫЙ ЗВУК

1) притупленный с тимпаническим оттенком

2) тупой

3) тимпанический

4) ясный легочный звук

5) коробочный.

**Вариант 2**

001. ДЛЯ СТАДИИ ОПЕЧЕНЕНИЯ ПРИ КРУПОЗНОЙ ПНЕВМОНИИ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ФИЗИКАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ

1) усиление голосового дрожания и бронхофонии над очагом

поражения, тупой перкуторный звук, бронхиальное дыхание

2) ослабление голосового дрожания и бронхофонии,

бронховезикулярное дыхание, влажные мелкопузырчатые хрипы

3) усиление голосового дрожания и бронхофонии, тимпанический

перкуторный звук над очагом поражения, усиленное везикулярное

дыхание, влажные звучные хрипы

4) усиление голосового дрожания и бронхофонии над очагом

поражения, ясный перкуторный звук, бронхиальное дыхание

5) ослабление голосового дрожания и бронхофонии над очагом

поражения, тупой перкуторный звук, бронхиальное дыхание.

002. АБСЦЕДИРОВАНИЕ ПНЕВМОНИИ ЧАЩЕ ВЫЗЫВАЮТ

1) стафилококки

2) вирусы

3) риккетсии

4) грибы

5) стрептококки.

003. В СТАДИЮ РАЗГАРА ДОЛЕВОЙ ПНЕВМОНИИ МОЖНО ВЫСЛУШАТЬ

1) усиленное везикулярное дыхание

2) жесткое дыхание

3) амфорическое дыхание

4) бронхиальное дыхание

5) ослабленное бронхиальное дыхание.

004. В НАЧАЛЬНУЮ СТАДИЮ ДОЛЕВОЙ ПНЕВМОНИИ ДЫХАНИЕ БУДЕТ

1) усиленным везикулярным

2) ослабленным везикулярным

3) бронховезикулярным

4) бронхиальным

5) жестким.

005. ПРИ ПЕРКУССИИ ДЛЯ СИНДРОМА ОЧАГОВОГО УПЛОТНЕНИЯ ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ ХАРАКТЕРЕН

1) тимпанический звук

2) коробочный звук

3) тупой звук

4) притупление перкуторного звука

5) ничто из перечисленного.

006. В СТАДИЮ ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ ПРИ ДОЛЕВОЙ ПНЕВМОНИИ ДЫХАНИЕ БУДЕТ

1) усиленным везикулярным

2) ослабленным везикулярным

3) смешанным

4) бронхиальным

5) жестким.

007. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ НОЗОКОМИАЛЬНОЙ (ГОСПИТАЛЬНОЙ) ПНЕВМОНИИ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ ЯВЛЯЕТСЯ

1) пневмококк

2) вирус простого герпеса

3) клебсиелла

4) микоплазма

5 )хламидия.

008. Диагноз пневмонии устанавливается на основании:

1. клинических симптомов заболевания
2. данных физикального исследования
3. результатов рентгенологического исследования

4) показателей лабораторных анализов

5) всего перечисленного.

009. ГОЛОСОВОЕ ДРОЖАНИЕ ПРИ КРУПОЗНОЙ ПНЕВМОНИИ В СТАДИЮ ОПЕЧЕНЕНИЯ

1) резко усилится

2) ослабнет

3) не изменится

4) усилится

5) исчезнет.

010. КРЕПИТАЦИЯ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ

1) на высоте вдоха

2) на выдохе

3) на вдохе и выдохе

4) в начале вдоха

5) в конце выдоха.

**Вариант 3**

001. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ХАРАКТЕР МОКРОТЫ ПРИ КРУПОЗНОЙ ПНЕВМОНИИ

1) «малинового желе»

2) слизистая

3) слизисто-гнойная

4) слизистая с прожилками крови

5) ржавая.

002. АБСЦЕДИРОВАНИЕ ПНЕВМОНИИ ЧАЩЕ ВЫЗЫВАЮТ

1) стафилококки

2) вирусы

3) риккетсии

4) грибы

5) стрептококки.

003. БРОНХОЭКТАЗ - ЭТО

1) повышение воздушности легочной ткани

2) воспаление стенки бронха

3) расширение бронхов в виде цилиндра или мешочка

4) склероз стенки бронха

5) метаплазия эпителия слизистой бронха.

004. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ НОЗОКОМИАЛЬНОЙ (ГОСПИТАЛЬНОЙ) ПНЕВМОНИИ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ ЯВЛЯЕТСЯ

1) пневмококк

2) вирус простого герпеса

3) клебсиелла

4) микоплазма

5 )хламидия.

005. ГОЛОСОВОЕ ДРОЖАНИЕ ПРИ КРУПОЗНОЙ ПНЕВМОНИИ В 1-УЮ СТ.

1) усилится

2) ослабнет

3) не изменится

4) резко усилится

5) не определяется.

006. УСИЛЕНИЕ ГОЛОСОВОГО ДРОЖАНИЯ И БРОНХОФОНИИ, УКОРОЧЕНИЕ ПЕРКУТОРНОГО ЗВУКА НАД ОЧАГОМ ПОРАЖЕНИЯ, ОСЛАБЛЕННОЕ ВЕЗИКУЛЯРНОЕ ДЫХАНИЕ, CREPITACIO INDUX ХАРАКТЕРНО ДЛЯ КРУПОЗНОЙ ПНЕВМОНИИ В

1) стадию начала заболевания (стадия прилива)

2) стадию разгара болезни (стадия опеченения)

3) стадию разрешения

4) во все стадии

5) ни в одну из стадий.

007. «РЖАВАЯ» МОКРОТА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

1) бронхита

2) крупозной пневмонии

3) абсцесса легкого

4) бронхиальной астмы

5) рака легкого.

008. ПРИ КРУПОЗНОЙ ПНЕВМОНИИ БРОНХИАЛЬНОЕ ДЫХАНИЕ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ

1) в стадию прилива

2) в стадию опеченения

3) в стадию разрешения

4) в стадию прилива и разрешения

5) в стадию опеченения и разрешения.

009. ДЛЯ ОЧАГОВОЙ ПНЕВМОНИИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО

1) бронхиальное дыхание

2) везикулярное дыхание

3) бронховезикулярное дыхание

4) амфорическое дыхание

5) металлическое дыхание.

010. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ВНЕГОСПИТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) пневмококк

2) вирус простого герпеса

3) клебсиелла

4) микоплазма

5 )хламидия.

**Вариант 4**

001. ПРИ КРУПОЗНОЙ ПНЕВМОНИИ БРОНХИАЛЬНОЕ ДЫХАНИЕ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ

1) в стадию прилива

2) в стадию опеченения

3) в стадию разрешения

4) в стадию прилива и разрешения

5) в стадию опеченения и разрешения.

002. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ВНЕГОСПИТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) пневмококк

2) вирус простого герпеса

3) клебсиелла

4) микоплазма

5 )хламидия.

003. ДЛЯ ОЧАГОВОЙ ПНЕВМОНИИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО

1) бронхиальное дыхание

2) везикулярное дыхание

3) бронховезикулярное дыхание

4) амфорическое дыхание

5) металлическое дыхание.

004. БРОНХОЭКТАЗ - ЭТО

1) повышение воздушности легочной ткани

2) воспаление стенки бронха

3) расширение бронхов в виде цилиндра или мешочка

4) склероз стенки бронха

5) метаплазия эпителия слизистой бронха.

005. АБСЦЕДИРОВАНИЕ ПНЕВМОНИИ ЧАЩЕ ВЫЗЫВАЮТ

1) стафилококки

2) вирусы

3) риккетсии

4) грибы

5) стрептококки.

006. КРЕПИТАЦИЯ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ

1) на высоте вдоха

2) на выдохе

3) на вдохе и выдохе

4) в начале вдоха

5) в конце выдоха.

007. В СТАДИЮ РАЗГАРА ДОЛЕВОЙ ПНЕВМОНИИ МОЖНО ВЫСЛУШАТЬ

1) усиленное везикулярное дыхание

2) жесткое дыхание

3) амфорическое дыхание

4) бронхиальное дыхание

5) ослабленное бронхиальное дыхание.

008. В НАЧАЛЬНУЮ СТАДИЮ ДОЛЕВОЙ ПНЕВМОНИИ ДЫХАНИЕ БУДЕТ

1) усиленным везикулярным

2) ослабленным везикулярным

3) бронховезикулярным

4) бронхиальным

5) жестким.

009. ГОЛОСОВОЕ ДРОЖАНИЕ ПРИ КРУПОЗНОЙ ПНЕВМОНИИ В СТАДИЮ ОПЕЧЕНЕНИЯ

1) резко усилится

2) ослабнет

3) не изменится

4) усилится

5) исчезнет.

010. «РЖАВАЯ» МОКРОТА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

1) бронхита

2) крупозной пневмонии

3) абсцесса легкого

4) бронхиальной астмы

5) рака легкого.

##### **6.3.Ситуационные задачи**

**Задача №1.**

Больной Н, 28 лет, водитель поступил в терапевтическое отделение с жалобами на слабость, повышение температуры до 39,0 0С с ознобом в течение двух дней, кашель сначала сухой, затем со слизисто-гнойной мокротой, боли в грудной клетке справа, связанные с дыханием. **Анамнез болезни:** Выше перечисленные симптомы появились у больного через день после сильного переохлаждения. Внезапно к вечеру повысилась температура до 39С, появился сильный озноб, всю ночь беспокоил сильный сухой кашель. Лечился самостоятельно: принимал аспирин, пил чай с малиной, однако самочувствие не улучшалось. Вызвал на дом врача, который и направил больного в стационар. **Анамнез жизни:** В детстве часто болел простудными заболеваниями. Курит (1/2 пачки в день), алкоголем не злоупотребляет. Аллергических заболеваний, непереносимости пищевых, лекарственных веществ не выявлено. На диспансерном учете по поводу каких-либо заболеваний не состоит. Эпидемиологическое окружение благополучное, в контакте с инфекционными больными не был. **Объективный статус:** Состояние при поступлении средней тяжести. Больной нормального телосложения, рост 170 см, масса тела 68 кг. Кожные покровы обычной окраски, herpes labialis. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Периферических отеков нет. Дыхательная система: носовое дыхание свободное, ЧДД=21 в минуту. Правая половина грудной клетки отстает от противоположной в акте дыхания. Пальпация грудной клетки безболезненная. Голосовое дрожание усилено справа, ниже угла лопатки. Перкуторно определяется притупление перкуторного звука справа, начиная с угла лопатки, подвижность правого легочного края 1,5 см. Высота стояния легких над ключицами - 3,5 см, ширина полей Кренига - 5 см.. Аускультативно: справа, начиная от угла лопатки дыхание с бронхиальным оттенком, выслушиваются крепитация, влажные мелкопузырчатые и сухие хрипы. Исследование сердечно-сосудистой системы, пищеварительной и мочевыделительной системы патологии не выявило.

1. Назовите ведущие клинические синдромы.

2. Сформулируйте предварительный диагноз.

3. Какие дополнительные исследования необходимы для установления

этиологии заболевания?

4. Наметьте план лечения.

5. Перечислите возможные осложнения заболевания

**Задача №2.**

Больной К., 45 лет обратился к врачу с жалобами на кашель с мокротой желто-зеленого цвета, отделяемую в большом количестве в положении лёжа на левом боку в утренние часы, периодически с прожилками крови. Температура –37,6о С. Заболел остро после переохлаждения. На фоне повышения температуры появился сухой кашель, слабость. Через два дня скудная мокрота слизисто-гнойного характера. Лечился самостоятельно. Через 2 недели внезапно повысилась температура до 39 0С, увеличилось количество выделяемой гнойной мокроты с неприятным запахом. Курит больше 1 пачки сигарет в день, злоупотребляет алкоголем. Объективно: пониженного питания. Выражена одышка с участием крыльев носа и вспомогательной мускулатуры грудной клетки, цианоз носогубного треугольника. Правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. Голосовое дрожание усилено. Перкуторно звук притупленно-тимпанический. Аускультативно здесь же выслушивается бронхиальное дыхание и усиление бронхофонии. На R-грамме инфильтрация в нижней доле справа, участок просветления овальной формы. В OAK - умеренный лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, ускорение СОЭ.

1. Наиболее вероятный диагноз?

2. Какие данные получит врач при аускультации?

3. Какие дополнительные методы обследования помогут подтвердить

диагноз?

4. Дайте характеристику бронхиальному дыханию.

5. Когда над легкими выслушивается бронхиальное дыхание?

Причины, примеры**.**

**Задача №3.**

Больной М., 32 лет, поступил в клинику с жалобами на кашель, боль в грудной клетке внизу, справа при глубоком дыхании, одышку, чувство «заложенности» в грудной клетке, высокую температуру. **Анамнез болезни:** заболел внезапно вчера, когда появился озноб с повышением температуры тела до 400С, сухой кашель, боль в грудной клетке. Принимал ацетилсалициловую кислоту, чай с малиной, но температура повышалась вновь. К утру сегодня появилась слизисто-кровянистая мокрота. Участковым врачом срочно направлен в стационар. **Анамнез жизни:** курит, спиртные напитки употребляет редко. Контакта с температурящими больными не было. Работа связана с переохлаждением организма. **Объективный статус:** состояние больного тяжелое, адинамичен, на щеках неравномерный румянец (больше выражен справа), лицо слегка одутловато, herpes labialis. Дыхательная система: носовое дыхание свободное, частота дыхательных движений 26 в 1'. Правая половина грудной клетки заметно отстает при дыхании. Пальпация грудной клетки безболезненна. Перкуторно слева ясный легочный звук; справа, от IV ребра и ниже выраженное притупление перкуторного тона, соответственно которому определяется усиленная бронхофония и голосовое дрожание. Аускультативно слева везикулярное дыхание, справа соответственно тупости дыхание с бронхиальным оттенком и звучная крепитация на высоте вдоха. Через сутки пребывания пациента в стационаре врач выслушал по средне- и заднеаксиллярной линиям определяется шум трения плевры. Сердечно-сосудистая система: область сердца не изменена. Тоны сердца звучные, ритм правильный, ЧСС - 112 в 1 мин. АДd 90/60 мм рт.ст. АДs = 100/60 мм рт.ст. Периферических отеков нет. Органы пищеварения – без особенностей.

1. Выделите основные синдромы заболевания

2. Сформулируйте клинический диагноз

3. Какие осложнение развилось у пациента?

4. Какие методы обследования подтвердят диагноз?

5. Тактика лечения пациента.

**Задача №4.**

Больной Л., 30 лет, поступил в отделение с жалобами на повышение температуры до 39,0 С, влажный кашель, снижение аппетита. Заболел после контакта с больным ОРВИ, когда спустя 3 дня у него поднялась температура до 38,0, появилась заложенность носа. Лечился амбулаторно. Несмотря на проводимое лечение температура в пределах 38,00 - 38,50 С держится в течение 6 дней, наросла интоксикация, присоединился кашель.

При поступлении состояние средней степени тяжести, температура 37,7 С. Над легкими перкуторно отмечается притупление звука слева в подлопаточной области. Аускультативно жесткое дыхание, слева в месте притупления перкуторного звука ослабленное везикулярное дыхание, влажные мелкопузырчатые хрипы. ЧД в покое 26 в минуту, ЧСС=110 в минуту. АД 120/80 мм.рт.ст. На рентгенограмме органов грудной клетки в прямой проекции - усиление легочного рисунка; корни несколько расширены; слева в нижних отделах легкого очаги инфильтрации.

1. Поставьте клинический диагноз.

2. Выделите синдромы болезни.

3. Назовите критерии диагностики.

4. Как изменится голосовое дрожание?

5. Какие факторы способствуют развитию заболевания?

**Задача №5.**

В отделение поступил больной 26 лет с жалобами на повышение температуры до 37, 8 0С, кашель с отделением гнойной с неприятным запахом мокроты до 250 мл в сутки. Наиболее обильное отхаркивание мокроты отмечается по утрам (иногда «полным ртом»), одышку при физической нагрузке. общее недомогание, вялость, понижение работоспособности.

В анамнезе склонность к простудным заболеваниям, неоднократно переболел пневмонией. Объективно. Кожные покровы с цианотическим оттенком, пальцы по типу «барабанные палочки»). При физикальном исследовании отмечается небольшое перкуторное притупление и ограничение подвижности диафрагмы над средней и нижней долей правого легкого. Аускультативно здесь же определяются крупно- и среднепузырчатые хрипы, уменьшающиеся или исчезающие после откашливания, а также жесткое дыхание. На обзорной рентгенограмме определяется ячеистость на фоне усиленного легочного рисунка.

1. Ваш диагноз?

2. Дайте определение данному заболеванию.

3. Какой метод обследования является в диагностике данного

заболевания?

4. Возможные отдаленные осложнения данного заболевания.

5. В чем заключается профилактика данного заболевания?

**Задача №6.**

При поступлении больной предъявляет жалобы на одышку при незначительной физической нагрузке, кашель сухой и с небольшим количеством слизисто-гнойной мокроты в течение суток. Больным себя считает в течение 10 лет, когда после переохлаждения впервые появился сухой приступообразный кашель, повышение температуры тела до субфебрильных цифр. Не лечился. С этого времени практически ежегодно во время перемены погоды отмечает кашель, сухой или с мокротой, причем количество мокроты различно (от 1 столовой ложки до половины стакана гнойного характера, преимущественно по утрам), субфебрильную температуру, недомогание, потливость. Лечился амбулаторно. После лечения кашель проходил, чувствовал себя здоровым. В течение последнего года после переохлаждения снова появился кашель, недомогание, одышка, последняя прогрессивно нарастала. Работает бухгалтером. Состояние средней тяжести. Выражена одышка в покое - число дыханий 32 в 1 минуту, диффузный цианоз, пальцы в виде барабанных палочек, ногти в виде часовых стекол. Грудная клетка значительно расширена в передне-заднем направлении, бочкообразная, в акте дыхания участвуют вспомогательные мышцы. Перкуторно над легкими в верхних отделах коробочный оттенок легочного звука, в нижних отделах с обеих сторон некоторое укорочение его. Дыхание везикулярное, жесткое в верхних отделах, здесь же сухие жужжащие хрипы, в нижних отделах на фоне ослабленного везикулярного дыхания масса влажных трескучих хрипов. Утреннее количество мокроты обильное, мокрота слизисто-гнойная, неприятного запаха, при стоянии определяется 3 слоя. Микроскопически обнаружены "пробки Дитриха". При микроскопии определяются лейкоциты, большей частью разрушенные, гематоидин, кристаллы жирных кислот, обильная банальная флора.

1. Поставьте диагноз.

2. Проведите дополнительные методы обследования.

3. Принципы лечения.

4. Что характерно для центрального цианоза?

5. Дальнейшая тактика ведения больного?

**Задача № 7.**

Больной 42 лет поступил в отделение с жалобами на слабость, влажный кашель, одышку. Заболел 7 дней назад, когда появились катаральные явления в носоглотке, сухой, затем влажный кашель, повысилась температура до 38,50С. Участковый врач поставил диагноз ОРВИ, назначил лечение амбулаторно: супрастин, мукалтин, амоксиклав. Однако состояние ухудшилось: лихорадка гектического характера, усилились слабость, вялость, появилась одышка. Из анамнеза: месяц назад лечился по поводу фурункулеза. Объективно*:* состояние тяжелое, вялый, бледный, выраженный цианоз носогубного треугольника, одышка 34 в 1 мин, температура 39,4С. Участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания. Перкуторно - резкое притупление перкуторного звука справа под углом лопатки. Аускультативно - справа в нижних отделах резко ослабленное дыхание, множество влажных мелкопузырчатых хрипов. Тоны сердца приглушены, ЧСС=120 в 1 мин, ритм правильный. Живот мягкий безболезненный. Печень выступает на 3 см из-под реберной дуги.

Рентгенограмма легких: легочный рисунок усилен, справа в нижней доле округлой формы интенсивное ограниченное гомогенное затемнение.

1. Поставьте клинический диагноз.

2. Проведите посиндромное обоснование диагноза.

3. Какова предположительная этиология заболевания.

4. План обследования.

5. План лечения.

**Задача №8.**

При обследовании у больного выявлено: грудная клетка нормальной формы, смещения средостения нет, тупой звук при перкуссии, звонкие влажные хрипы и отчетливая крепитация.

1. Ваш диагноз?

2. Что включает понятие синдром инфильтрации легочной ткани

?

3. Что чаще вызывает данное заболевание?

4. План обследования.

5. Что такое крепитация?

**Задача №9.**

Больной 72 лет поступил в отделение с жалобами на слабость, влажный кашель, одышку. Заболел 7 дней назад, когда появились катаральные явления в носоглотке, усилился кашель, стало выделяться больше слизисто-гнойной мокроты, повысилась температура до 38,50С. Участковый врач поставил диагноз бронхит, назначил лечение амбулаторно. Однако состояние не изменилось: сохранялись лихорадка, слабость, вялость, усилилась одышка. Из анамнеза: месяц назад страдает хроническим бронхтом. Объективно*:* состояние средней степени тяжести, вялый, бледный, умеренно выраженный цианоз, одышка до 30 дыхательных движений в 1 мин, температура 37,4 гр.С. Голосовое дрожание не изменено. Перкуторно звук легочный. Аускультативно – дыхание жесткое, множество сухих и влажных незвучных мелкопузырчатых хрипов. Тоны сердца приглушены, ЧСС=90 в 1 мин, ритм правильный. При пальпации живот мягкий безболезненный. Рентгенограмма легких: легочный рисунок усилен в прикорневой зоне.

1. Поставьте клинический диагноз.

2. Назовите этиологические факторы развития данного заболевания.

3. Что имеет значение в формировании данного заболевания?

4. Как объяснить наличие одышки у данного больного.

5. Характер одышки в данном случае.

**Задача №10.**

В травматологическое отделение поступила больная 76 лет после ДТП с открытым переломом правого бедра. В анамнезе много лет страдает хроническим бронхитом, гипертонической болезнью, сахарным диабетом 2 типа. На момент госпитализации признаков обострения соматических заболеваний не выявлено. Через 5 дней от момента госпитализации у больной

появился кашель с отделением скудной мокроты слизисто-гнойного характера, инспираторная одышка, лихорадка неправильного типа. Детальное обследование больной затруднено из – за вынужденного положения – иммобилизация правой нижней конечности. При осмотре больная бледная. Левая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. Отмечается укорочение перкуторного звука в нижних отделах левого легкого, здесь же жесткое дыхание, влажные мелко- и среднепузырчатые хрипы на ограниченном участке поражения; сухие хрипы. В общем анализе крови число умеренный лейкоцитоз, сдвиг лейкоформулы влево, повышение СОЭ. Рентгенография легких: очаговая инфильтрация в нижней доле слева, усиление прикорневого рисунка.

1. Ваш диагноз. Обоснуйте ответ

2. Патогенетический аспект данного заболевания.

3. Как объяснить наличие сухих хрипов?

4. Назовите этиологические факторы развития данного заболевания.

5. Принципы терапии.

**7. Рекомендации по выполнению УИРС** –

Инфекционно- токсический шок.

См. Избранные темы пропедевтики внутренних болезней (уч.-метод. пособие для внеаудиторной самостоятельной работы студентов 3 курса лечебного и пед. факультетов) под ред. проф. Л.С. Поликарпова, проф. М.М. Петровой.- КрасГМА, 2002. С. 7-9, 14-21? 75-77.

**8.Рекомендованная литература по теме занятия**:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование, вид издания | Автор(-ы), составитель(-и), редактор(-ы) | Место издания, издательство, год |
| **Основная литература** | | | |
| 1. | [Пропедевтика внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=31615) : учеб.для мед. вузов | Н. А. Мухин, В. С. Моисеев | М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. |
| **Дополнительная литература** | | | |
| 1. | [Дополнительные методы обследования больного в терапевтической практике](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=1888) : учеб.пособие для студентов мед. вузов. Ч.2. | Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, Е. О. Карпухина [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2011. |
| 2. | [Дополнительные методы обследования больного в терапевтической практике](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=1889) : учеб.пособие для студентов мед. вузов. Ч.1. | Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, Е. О. Карпухина [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2011. |
| 3. | [Практикум по пропедевтике внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=21500) : учеб.пособие | ред. Ж. Д. Кобалава, В. С. Моисеев | М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. |
| 4. | [Пропедевтика внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=24744) : учеб.пособие к внеаудиторной работе для студентов 3 курса по спец. 060101- Лечебное дело, 060103- Педиатрия | сост. Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, А. Г. Иванов [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2009. |
| 5. | [Пропедевтика внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=30979) : учеб.пособие к аудиторной работе для студентов 3 курса по спец. 060101-Лечебное дело, 060103- Педиатрия. Ч.1.. - Режим доступа: polikarpov\_\_propedevtika\_stud\_3\_lech\_ped\_audit\_1\_1297665056.pdf | сост. Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, А. Г. Иванов [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2009. |
| 6. | [Пропедевтика внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=32404) : учеб.пособие к аудиторной работе для студентов 3 курса по спец. 060101-Лечебное дело, 060103- Педиатрия. Ч.2. | сост. Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, А. Г. Иванов [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2009. |

**1.Занятие №22.**

**Тема:** **«Симптоматология острой ревматической лихорадки. Митральные пороки сердца».**

**2.Форма организации занятия**: клиническое, практическое (в интерактивной форме).

**3.Значение темы:** Внедрение в широкую практику хирургического лечения приобретенных пороков сердца потребовало улучшения их диагностики. Совершенно недостаточно диагностировать «митральный» или «аортальный» порок. Следует установить, имеется ли стеноз или недостаточность, а в случае их сочетания - уточнить, какое поражение преобладает. Кроме того, необходимо установить степень выраженности клапанного поражения, сердечной недостаточности, состояния активности основного заболевания (ревматизм, бактериальный эндокардит и т.д.) Только в таком случае можно получить целостное представление о больном и определить пути как рациональной терапии, так и радикального хирургического лечения.

**4.Цели занятия:** на основе теоретических знаний и практических умений обучающийся должен знать понятие ревматизма (этиологию, клинику, диагностику), приобретенных митральных пороков сердца, хронической сердечной недостаточности. Уметь дать интерпретацию осмотра, пальпации, перкуссии, аускультации у пациентов с данной патологией, назначить дополнительные методы обследования, уметь интерпретировать полученные данные с элементами дифференциальной диагностики, иметь представление о принципах лечения.

Обучающийся должен овладеть следующими общекультурными (ОК) и

профессиональными компетенциями (ПК):

* способностью и готовностью анализировать социально-значимые проблемы и процессы, использовать на практике методы гуманитарных, естественнонаучных, медико-биологических и клинических наук в различных видах профессиональной и социальной деятельности (ОК-1);
* способностью и готовностью к логическому и аргументированному анализу, к публичной речи, ведению дискуссии и полемики, к редактированию текстов профессионального содержания, к осуществлению воспитательной и педагогической деятельности, к сотрудничеству и разрешению конфликтов, к толерантности (ОК-5);
* способностью и готовностью осуществлять свою деятельность с учетом принятых в обществе моральных и правовых норм, соблюдать правила врачебной этики, законы и нормативные правовые акты по работе с конфиденциальной информацией, сохранять врачебную тайну (ОК-8);
* способностью и готовностью реализовать этические и деонтологические аспекты врачебной деятельности в общении с коллегами, средним и младшим медицинским персоналом, взрослым населением и подростками, их родителями и родственниками (ПК-1);
* способностью и готовностью к формированию системного подхода к анализу медицинской информации, опираясь на всеобъемлющие принципы доказательной медицины, основанной на поиске решений с использованием теоретических знаний и практических умений в целях совершенствования профессиональной деятельности (ПК-3);
* способностью и готовностью проводить и интерпретировать опрос, физикальный осмотр, клиническое обследование, результаты современных лабораторно-инструментальных исследований, написать медицинскую карту стационарного больного с эндокринной патологией (ПК-5);
* способностью и готовностью к работе с медико-технической аппаратурой, используемой в работе с пациентами, владеть компьютерной техникой, получать информацию из различных источников, работать с информацией в глобальных компьютерных сетях; применять возможности современных информационных технологий для решения профессиональных задач (ПК-9);
* способностью и готовностью к постановке диагноза на основании результатов биохимических исследований биологических жидкостей и с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом (ПК-15);
* способностью и готовностью анализировать закономерности функционирования отдельных органов и систем, использовать знания анатомо-физиологических основ, основные методики клинико-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма взрослого человека и подростка для своевременной диагностики заболеваний и патологических процессов при заболеваниях желез внутренний секреции (ПК-16);
* способностью и готовностью выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы заболеваний, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом, анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах, использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ), выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний (ПК-17);
* способностью и готовностью анализировать и интерпретировать результаты современных диагностических технологий по возрастно-половым группам пациентов с учетом их физиологических особенностей организма человека для успешной лечебно-профилактической деятельности, провести диагностику физиологической беременности, участвовать в проведении судебно-медицинской экспертизы (ПК-18);
* способностью и готовностью использовать нормативную документацию, принятую в здравоохранении (законы Российской Федерации, технические регламенты, международные и национальные стандарты, приказы, рекомендации, терминологию, международные системы единиц (СИ), действующие международные классификации), а также документацию для оценки качества и эффективности работы медицинских организаций (ПК-27);
* способностью и готовностью изучать научно-медицинскую информацию, отечественный и зарубежный опыт по тематике исследования (ПК-31);

**-учебная:**

**Студент должен знать**:

* ведение типовой учетно-отчетной медицинской документации в медицинских организациях;
* заболевания органов кровообращения, связанные с неблагоприятными воздействиями климатических и социальных факторов;
* основы профилактической помощи, организацию профилактических мероприятий, направленных на укрепление здоровья населения;
* методы диагностики заболеваний сердечно-сосудистой системы, диагностические возможности методов непосредственного исследования больного указанного профиля.

**Студент должен уметь:**

* определить статус пациента: собрать анамнез, провести опрос пациента и/или его родственников, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация, определение пульса, измерение АД);
* оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи;
* оценить социальные факторы, влияющие на состояние физического и психологического здоровья пациента; культурные, этические, религиозные, семейные факторы риска;
* заполнять фрагмент истории болезни.

**Студент должен владеть**:

* правильным ведением медицинской документации;
* методами общеклинического обследования (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация, определение пульса, измерение АД).

**5. План изучения темы**

**5.1. Контроль исходного уровня знаний (**тестовые задания)

**5.2. Основные понятия и положения темы**: « Ревматическая лихорадка», «Пороки сердца», « Гемодинамика при пороках сердца».

**5.3. Самостоятельная работа**

- деловая игра

Необходимо разделиться на 2 группы. В каждой группе выбрается пациент (предположительно, с митральным стенозом и недостаточностью митрального клапана, соответственно), врач- кардиолог, врач функциональной диагностики, врач-рентгенолог, эксперт. Пациенту необходимо представить симптомокомплекс сообветствующего порока. Врач кардиолог должен с помощью активного расспроса выявить необходимый симпромакомплекс и поставить диагноз. Врачу функциональной диагностики и врачу-рентгенологу, из имеющегося набора наглядных пособий, необходимо выбрать нужные. Эксперт оценивает работу каждого.

**5.4. Исходный контроль знаний** (тестовые задания)

**6. Домашнее задание для уяснения темы занятия**

**6.1.Исходный контроль знаний** (тестовые задания).

**Вариант 1** ( в скобках указано количество правильных ответов)

001(1). ПРИ ПАЛЬПАЦИИ СЕРДЦА НА ВЕРХУШКЕ ВЫЯВЛЯЕТСЯ ДРОЖАНИЕ, НЕ СОВПАДАЮЩЕЕ С ПАЛЬСАЦИЕЙ НА a.carotis. ДЛЯ КАКОГО ПОРОКА СЕРДЦА ЭТО ХАРАКТЕРНО

1) митральный стеноз

2) митральная недостаточность

3) аортальный стеноз

4) аортальная недостаточность

5) недостаточность трехстворчатого клапана

002.(1). АКЦЕНТ II ТОНА НА ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ НАБЛЮДАЕТСЯ

1) при повышении давления в большом круге кровообращения

2) при гипертонии малого круга кровообращения

3) при гипертрофии левого желудочка

4) при гипертрофии левого предсердия

5) при гипертрофии правого предсердия

003.(1). ХАРАКТЕРИСТИКА ПУЛЬСА ПРИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА В СТАДИЮ КОМПЕНСАЦИИ

1) не изменен

2) большой

3) малый

4) твердый

5) мягкий

004.(1). ВЕРХНЯЯ ГРАНИЦА ОТНОСИТЕЛЬНОЙ СЕРДЕЧНОЙ ТУПОСТИ УВЕЛИЧИВАЕТСЯ ЗА СЧЕТ

1) гипертрофии правого желудочка

2) гипертрофии левого желудочка

3) гипертрофии правого предсердия

4) гипертро­фии левого предсердия

5) дилатация правого желудочка

005.(1). СЕРДЕЧНАЯ ТАЛИЯ – ЭТО

1) место перехода предсердий в желудочки

2) место выхода из сердца крупных сосудов

3) угол между левым предсердием и левым желудочком

4) угол между сосудистым пучком и левым желудочком

5)узкое место проекции сердца

006.(1). ПРИ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ИМЕЮТ МЕСТО

1) отеки нижних конечностей

2) увеличение печени

3) инспираторная одышка

4) симптом Мюссе

5) «кошачье мурлыканье»

007.(1). СТЕНОЗ ЛЕВОГО АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОГО ОТВЕРСТИЯ МОЖЕТ РАЗВИВАТЬСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ

1) ревматизма

2) инфаркта миокарда

3) травмы грудной клетки

4) инфекционного эндокардита

5) всех вышеперечисленных заболеваний

008.(4). ДЛЯ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НЕ ХАРАКТЕРНО

1) увеличение размеров сердца

2) ритм галопа

3) ритм перепела

4) снижение сердечного выброса

5) ослабление I тона

009.(1). ПРЕСИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ У БОЛЬНЫХ МИТРАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ

1) усиливается

2) уменьшается

3) не изменяется

4) исчезает

5) становится непостоянным

010.(4). ПРИЧИНАМИ ОРГАНИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ТРИКУСПИДАЛЬНОГО КЛАПАНА НЕ ЯВЛЯЕТСЯ

1) ревматизм

2)ИБС

3) инфекционный эндокардит

4) аномалия Эбштейна

5) травма сердца

**Вариант 2** ( в скобках указано количество правильных ответов)

001.(1). ЛЕВАЯ ГРАНИЦА ОТНОСИТЕЛЬНОЙ И АБСОЛЮТНОЙ ТУПОСТИ СЕРДЦА МОГУТ СОВПАДАТЬ

1) аортальный стеноз

2) аортальная недостаточность

3) митральный стеноз

4) митральная недостаточность

5) острый инфаркт миокарда

002.(1). ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ВЕННЫЙ ПУЛЬС БЫВАЕТ ПРИ

1) стенозе устья аорты

2) недостаточности митрального клапана

3) недостаточность трехстворчатого клапана

4) недостаточности клапанов аорты

5) митральном стенозе

003.(1). АД ПРИ ВЫРАЖЕННОМ МИТРАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ

1) не изменяется

2) повышается систолическое

3) понижается систолическое

4) понижается диастолическое

5) повышается диастолическое

004.(1). АУСКУЛЬТАТИВНАЯ КАРТИНА МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОСТОЧНОСТИ

1) I тон усилен на верхушке сердца;

2) I тон ослаблен на верхушке сердца;

3) «щелчок открытия» митрального клапана

4) ритм галопа

5) оба тона ослаблены

005.(1). ИЗМЕНЕНИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ ПРИ РЕВМАТИЗМЕ

1) амилоидоз, склероз

2) фибриноидное набухание, гиалиноз

3) атеросклероз, гиалиноз

4) атрофия, липоидоз

5) мукоидное набухание, ослизнение

006.(1). ДЛЯ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПАТОГНОМОНИЧНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

1) набухание шейных вен

2) асцит

3) увеличение печени

4) ортопноэ

5) отеки на ногах

007.(3). ДЛЯ БОЛЬНЫХ С МИТРАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ НЕ ХАРАКТЕРНЫ ЖАЛОБЫ НА

1) приступы удушья по ночам

2) приступы сердцебиения

3) сжимающие боли за грудиной при ходьбе

4) кровохарканье

5) эпизоды потери сознания

008.(1). СИМПТОМ, КОТОРЫЙ ПОЗВОЛЯЕТ ЗАПОДОЗРИТЬ ПРИ НАЛИЧИИ МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА СОПУТСТВУЮЩУЮ МИТРАЛЬНУЮ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

1) тон открытия митрального клапана

2) громкий I тон

3) ослабленный I тон

4) расщепление II тона

5) усиление II тона

009.(1). СИМПТОМ. КОТОРЫЙ ОБЪЕДИНЯЕТ ТАКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, КАК АНЕМИЯ, ТИРЕОТОКСИКОЗ, ПРОЛАПС МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА, НЕДОСТАТОЧНОСТЬ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ

1) диастолический шум на верхушке

2) шум Флинта

3) систолический шум на верхушке

4) шум Грэхема-Стила

5) систолический шум на аорте

010.(2). ПРИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА НЕ ВКЛЮЧАЕТ

1) митральную конфигурацию сердца

2) отклонение пищевода по дуге большого радиуса

3) увеличение правого предсердия

4) выраженную сердечную талию

5) склероз дуги аорты

**Вариант 3** (в скобках указано количество правильных ответов)

001.(1). У БОЛЬНЫХ С ВЫРАЖЕННОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

1) ритм «перепела»

2) протодиастолический ритм галопа

3) пресистолический ритм галопа

4) систолический ритм галопа

5) дополнительный перикард-тон

002.(1). НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ МЕРЦАНИЯ ПРЕДСЕРДИЙ ЯВЛЯЮТСЯ

1) атеросклероз, гипертоническая болезнь, бронхиальная астма

2) митральный стеноз, аортальный стеноз, митральная недостаточность

3) аортальная недостаточность, инфаркт миокарда, гиперто­ническая болезнь

4) легочное сердце, сахарный диабет, гипертоническая болезнь

5) тиреотоксикоз, митральный стеноз, кардиосклероз

003.(1). РАЗДВОЕНИЕ IIТОНА НА ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ БЫВАЕТ ПРИ

1) митральном стенозе

2) стенозе устья аорты

3) недостаточности клапанов аорты

4) трикуспидальной недостаточности

5) трикуспидальном стенозе

004.(1). ИЗМЕНЕНИЯ II ТОНА ПРИ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

1) II тон усилен на аорте

2) II тон усилен на легочной артерии

3) II тон расщеплен на легочной артерии

4) II тон расщеплен на аорте

5) II тон не изменен

005.(1). ПРИ МИТРАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ «ТАЛИЯ СЕРДЦА»

1) становится более выражена

2) менее выражена

3) не изменена

4) аортальная

5) подчеркнутая

006.(1). РЕВМАТИЗМУ ЧАСТО ПРЕДШЕСТВУЕТ ИНФЕКЦИЯ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ, ВЫЗВАННАЯ

1) вирусом Эпштейна-Барра

2) зеленящим стрептококком

3) золотистым стафилококком

4) В-гемолитическим стрептококком группы А

5) энтерококком

007.(4). ОСЛАБЛЕНИЕ I ТОНА НАБЛЮДАЕТСЯ, КАК ПРАВИЛО, ПРИ ВСЕХ ПОРОКАХ СЕРДЦА, КРОМЕ ОДНОГО

1) недостаточность митрального клапана

2) недостаточность трикуспидального клапана

3) недостаточность клапанов аорты

4) стеноз левого атриовентрикулярного отверстия

5) стеноз устья аорты

008.(1). ДЛЯ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

1) пульсация печени

2) астеническая конституция

3) увеличение сердца влево

4) систолическое дрожание во II м/р справа

5) дрожание у левого края грудины

009.(4). К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ТРИКУСПИДАЛЬНОЙ РЕГУРГИТАЦИИ НЕ ОТНОСИТСЯ

1) асцит

2) отек легких

3) гепатомегалия

4) отеки

5) пансистолический шум над мечевидным отростком

010.(1). ОСЛОЖНЕНИЕ, КОТОРОЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ

1) тромбоэмболический синдром

2) порок сердца

3) гипертонический криз

4) потеря сознания

5) ожирение

**Вариант 4** (в скобках указано количество правильных ответов)

001.(1).ФКГ-ПРИЗНАКИ МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА

1) высокая амплитуда I тона на верхушке

2) снижение амплитуды I тона на верхушке

3) увеличение амплитуды II тона над аортой

4) систолический шум на верхушке после I тона

5) диастолический шум после II тона

002.(1). I ТОН УСИЛЕН ПРИ

1) митральном стенозе

2) стенозе устья аорты

3) недостаточности клапанов аорты

4) недостаточности митрального клапана

5) миокардите

003.(1). ПРИЗНАКИ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

1) отеки голеней, кашель, одышка

2) кашель, кровохарканье, удушье, ортопноэ

3) кровохарканье, отеки голеней, увеличение печени

4) сердечная астма, вынужденное горизонтальное положение

5) бледность, отеки ног

004.(1). ДИАСТОЛИЧЕСКОЕ ДРОЖАНИЕ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ

1) митральной недостаточности

2) митральном стенозе

3) аортальной недостаточности

4) аортальном стенозе

5) трикуспидальной недостаточности

005.(3). ДЛЯ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРНЫ ВСЕ ПРИЗНАКИ, КРОМЕ

1) увеличение размеров сердца

2) ритм галопа

3) маятникообразный ритм

4) снижение сердечного выброса

5) симптом Мюссе

006.(1). ДЛЯ АУСКУЛЬТАТИВНОЙ КАРТИНЫ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ХАРАКТЕРНО

1) систолический шум у основания сердца

2) хлопающий I тон

3) мезодиастолический шум

4) систолический шум на верхушке

5) диастолический шум

007.(3). ДЛЯ МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА НЕ ХАРАКТЕРНО

1) возникает гипертрофия и дилатация левого желудочка

2) возникает гипертрофия и дилатация правого желудочка

3) характерна мерцательная аритмия

4) выслушивается диастолический шум на верхушке

5) ритм галопа

008.(4). АУСКУЛЬТАТИВНЫМ ПРИЗНАКОМ СОЧЕТАННОГО МИТРАЛЬНОГО ПОРОКА С ПРЕОБЛАДАНИЕМ СТЕНОЗА ЛЕВОГО АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОГО ОТВЕРСТИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

1) усиление I тона на верхушке сердца

2) тон открытия митрального клапана

3) четвертый тон

4) систолический шум на верхушке сердца, связанный с I тоном

5) мезодиастолический шум

009.(4). ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ РЕВМАТИЗМА ХАРАКТЕРНО ВСЕ, КРОМЕ

1) связь с перенесенной острой стрептококковой инфекцией

2) наличие «абсолютных признаков ревматизма» по А.А. Киселю-Джонсу

3) склонность к формированию порока сердца

4) все перечисленное верно

5) все перечисленное неверно

010.(1) ПРИ МИТРАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ ПРИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ КОНТРАСТИРОВАННЫЙ ПИЩЕВОД ОТКЛОНЯЕТСЯ

1) по дуге малого радиуса

2) по дуге большого радиуса

3) по дуге сердечного радиуса

4) по дуге гигантского радиуса

**6.2. Итоговый контроль знаний** (тестовые задания)

**Вариант 1** (в скобках указано количество правильных ответов)

001.(3). ДЛЯ СТЕНОЗА ЛЕВОГО АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОГО ОТВЕРСТИЯ ХАРАКТЕРНЫ

1) увеличение левой границы относительности тупости сердца

2) facies mitralis

3) наличие систолического шума на верхушке сердца

4) наличие «щелчка открытия» митрального клапана

5) сглаженность талии сердца при рентгенологическом исследовании

6) хлопающий I тон на верхушке

002.(1.) ПРОТОДИАСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ ПРИ МИТРАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ ВОЗНИКАЕТ ВСЛЕДСТВИЕ

1) активной систолы предсердий

2) появления мерцательной аритмии

3) увеличения градиента давления «левое предсердие - левый желудочек»

4) митральной регургитации

5) растяжения левого предсердия

003.(2). ПРИЗНАКАМ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НЕ СООТВЕРСТВУЕТ

1) резко выраженная одышка (вплоть до удушья)

2) увеличенная печень

3) отеки на ногах

4) тахикардия

5) обмороки

004.(4). К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ТРИКУСПИДАЛЬНОЙ РЕГУРГИТАЦИИ ОТНОСИТСЯ

1) асцит

2) отек легких

3) гепатомегалия

4) отеки

5) акцент II тона на a. pulmonalis

6) пансистолический шум над мечевидным отростком

005.(1). ЩЕЛЧОК ОТКРЫТИЯ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

1) возникает через 0,06-0,12" после закрытия аортальных клапанов

2) характерен для митральной недостаточности

3) характерен для аортального стеноза

4) лучше всего выслушивается в точке Боткина

5) лучше выслушивается на аорте

006.(1). ЕСЛИ У БОЛЬНОГО С ДЛИТЕЛЬНО СУЩЕСТВУЮЩИМ МИТРАЛЬНЫМ ПОРОКОМ УМЕНЬШИЛАСЬ ОДЫШКА И СИМПТОМЫ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И СТАЛИ НАРАСТАТЬ ОТЕКИ, ГЕПАТОМЕГАЛИЯ, АСЦИТ, ТО СЛЕДУЕТ ДУМАТЬ

1) о прогрессировании митрального стеноза

2) о прогрессировании митральной недостаточности с развитием сердечной недостаточности

3) о развитии трикуспидальной недостаточности и правожелуд очковой недостаточности

4) о развитии аортального порока

5) о развитии цирроза печени

007.(1). ДЛЯ СИСТОЛИЧЕСКОГО ШУМА МИТРАЛЬНОЙ РЕГУРГИТАЦИИ ХАРАКТЕРНО ВСЕ, КРОМЕ

1) грубый, скребущий, иногда сопровождающийся систолическим дрожанием

2) эпицентр звучания - верхушка или точка Боткина

3) проводится в левую подмышечную область

4) отмечается постоянством

5) может усиливаться в положении на правом боку, после

вдоха

008.(3). ФКГ- ПРИЗНАКИ МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА

1) высокая амплитуда I тона на верхушке

2) снижение амплитуды I тона на верхушке

3) увеличение амплитуды II тона над аортой

4) увеличение амплитуды II тона над легочной артерией

5) систолический шум на верхушке после I тона

6) диастолический шум после II тона

009.(З). ХАРАКТЕРИСТИКА ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ШУМОВ

1) грубые

2) нежные

3) постоянные

4) непостоянные

5) проводятся током крови

6) чаще систолические

7) чаще диастолические

010.(3.) ОСНОВНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

1) асцит

2) отеки ног

3) одышка

4) кашель

5) увеличение печени

6) приступы сердечной астмы

**Вариант 2** (в скобках указано количество правильных ответов)

001.(3). ДЛЯ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРНО ВСЕ, КРОМЕ

1) хлопающий I тон на верхушке

2) систолический шум на верхушке

3) увеличение границ сердца влево

4) снижение сердечного выброса

5) обмороки

002.(1). РЕФЛЕКС КИТАЕВА ВОЗНИКАЕТ ВСЛЕДСТВИЕ

1) митральной регургитации

2) растяжения легочных вен

3) снижения градиента давления «левое предсердие - левый желудочек»

4) увеличения притока крови к сердцу

5) повышения давления в полости левого желудочка

003.(3). ПРИЗНАКАМ ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НЕ СООТВЕТСТВУЕТ

1) увеличение печени

2) резко выраженная одышка

3) влажные хрипы в легких

4) цианоз

5) отеки

6) снижение венозного давления

004.(1). АД ПРИ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

1) не изменяется

2) повышается систолическое

3) повышается диастолическое

4) понижается систолическое

5) понижается диастолическое

005.(3). НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ПРИЧИНАМИ МЕРЦАНИЯ ПРЕДСЕРДИЙ ЯВЛЯЮТСЯ

1) атеросклероз

2) митральный стеноз

3) аортальная недостаточность

4) легочное сердце

5) тиреотоксикоз

006.(3.) ПРИЗНАКИ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

1) отеки голеней

2) одышка

3) кашель

4) кровохарканье

5) сердечная астма

007.(1). РАЗДВОЕНИЕ II ТОНА НА ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ БЫВАЕТ ПРИ

1) митральном стенозе

2) стенозе устья аорты

3) митральной недостаточности

4) недостаточности клапанов аорты

5)трикуспидальном стенозе

008.(1). ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ВЕННЫЙ ПУЛЬС БАВАЕТ

1) при стенозе устья аорты

2) при недостаточности митрального клапана

3) при недостаточности трехстворчатого клапана

4) при недостаточности клапанов аорты

5) при трикуспидальном стенозе

009.(2).АД ПРИ ВЫРАЖЕННОМ МИТРАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ

1) не изменено

2) повышено систолическое

3) повышено диастолическое

4) понижено систолическое

5) понижено диастолическое

010.(4). К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ РЕВМАТИЗМА ОТНОСИТСЯ

1) ревматический кардит

2) полиартрит

3) хорея

4) гепатит

5) панкреатит

6) подкожные узелки

**Вариант 3** (в скобках указано количество правильных ответов)

001.(2). ДЛЯ МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

1) систолический шум на верхушке сердца

2) ослабленный I тон на верхушке

3) протодиастолический шум во 2 м/р справа

4) пресистолический шум на верхушке

5) акцент II тона на легочной артерии

002.(I). СИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ ИГЗНАНИЯ ОТ СИТОЛИЧЕСКОГО ШУМА РЕГУРГИТАЦИИ ОТЛИЧАЕТСЯ ТЕМ, ЧТО ОН

1) сливается с I тоном

2) возникает в последнюю треть систолы

3) сопровождается III тоном

4) возникает через небольшой интервал после I тона

5) ничем не отличается

003.(4). ДЛЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ХАРАКТЕРНО

1) спленомегалия

2) протеинурия

3) геморрагическая сыпь

4) лейкоцитурия

5) увеличение СОЭ

004.(3) К ХАРАКТЕРНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ ДАННЫМ ПРИ РЕВМАТИЗМЕ НЕ ОТНОСИТСЯ

1) СОЭ выше 30 мм рт.ст.

2) повышение титра антистрептолизина О

3) повышение уровня СРБ, серомукоида в сыворотке крови

4) повышение уровня КФК и миоглобина сыворотки крови

5) снижение уровня гемоглобина

005.(2). I ТОН УСИЛЕН ПРИ

1) митральном стенозе

2) стенозе устья аорты

3) инфаркте миокарда

4) экстрасистолии

5) недостаточности митрального клапана

006.(3). АУСКУЛЬТАТИВНАЯ КАРТИНА МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

1) I тон ослаблен у верхушки

2) I тон ослаблен у верхушки

3) II тон усилен на легочной артерии

4) систолический шум на верхушке

5) диастолический шум на верхушке

007.(3). ДЛЯ БОЛЬНЫХ С МИТРАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ ХАРАКТЕРНЫ ЖАЛОБЫ

1) на приступы удушья по ночам

2) на приступы сердцебиения

3) на сжимающие боли за грудиной при ходьбе

4) на кровохарканье

5) обмороки

008.(4). ДЛЯ ОРГАНИЧЕСКОГО МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА ХАРАКТЕРНОЫ СЛДУЮЩИЕ ДАННЫЕ, КРОМЕ

1) хлопающий I тон на верхушке

2) щелчок открытия митрального клапана

3) мезодиастолический шум с пресистолическим усилением

4) шум Флинта

5) шум Грэхема-Стилла

009.(4). ПРИЧИНАМИ ОРГАНИЧЕСКОГО ТРИКУСПИДАЛЬНОГО КЛАПАНА ЯВЛЯЮТСЯ

1) ревматизм

2) ИБС

3) инфекционный эндокардит

4) аномалия Эбштейна

5) травма

010.(4). АУСКУЛЬТАТИВНЫМИ ПРИЗНАКАМИ СОЧЕТАННОГО МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА С ПРЕОБЛАДАНИЕМ СТЕНОЗА ЛЕВОГО АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОГО ОТВЕРСТИЯ ЯВЛЯЮТСЯ

1) усиление I тона на верхушке сердца

2) тон открытия митрального клапана

3) четвертый тон

4) систолический шум на верхушке сердца, связанный с I тоном

5) мезодиастолический шум

**Вариант 4** (в скобках указано количество правильных ответов)

001.(4). НЕДОСТАТОЧНОСТЬ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА МОЖЕТ РАЗВИВАТЬСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ

1) ревматизма

2) инфаркта миокарда

3) травмы грудной клетки

4) сифилиса

5) инфекционного эндокардита

002.(3). ДЛЯ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРНО

1) сердечная астма

2) гепатомегалия

3) влажные хрипы в легких

4) отеки на нижних конечностях

5) повышение давления в легочных венах

003.(1). ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ШУМЫ НОСЯТ УБЫБАЮЩИЙ ХАРАКТЕР, КРОМЕ ОДНОГО

1) систолический шум при недостаточности митрального клапана

2) систолический шум при недостаточности трикуспидального клапана

3) пресистолический шум при митральном стенозе

4) протодиастолический шум при недостаточности клапанов аорты

5) протодиастолический шум при недостаточности клапана легочной артерии

004.(2). ДЛЯ МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА ХАРАКТЕРНО

1) систолический шум на верхушке сердца, усиливающийся на выдохе

2) акцент и раздвоение II тона над легочной артерией

3) систолический шум на верхушке сердца, усиливающийся на вдохе

4) дополнительный высокочастотный тон в диастоле, отстоящий от II тона на 0,07-0,12 секунд

005.(1). ТИПИЧНЫЙ ВОЗРАСТ НАЧАЛА РЕВМАТИЗМА

1) 7-15 лет

2) 16-30 лет

3) старческий возраст

4) 50-60 лет

5) 60-70 лет

006.(3). К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ТРИКУСПИДАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОТНОСЯТСЯ

1) асцит

2) отек легких

3) гепатомегалия

4) отеки нижних конечностей

5) приступы сердечной астмы

007.(3). РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА СЛЕДУЮЩИЕ

1) сглаживание талии сердца

2) выбухание 3 дуги левого контура сердца

3) расширение относительной тупости сердца влево

4) отклонение пищевода по дуге малого радиуса

5) отклонение пищевода по дуге среднего радиуса

008.(2). ДЛЯ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРНО

1) пульсация печени

2) астеническая конституция

3) увеличение сердца влево

4) ослабление I тона на верхушке сердца

5) систолическое дрожание во 2 м/р справа

009.(3). ДЛЯ БОЛЬНЫХ С МИТРАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ ХАРАКТЕРНЫ ЖАЛОБЫ

1) на приступы удушья по ночам

2) на приступы сердцебиения;

3) на сжимающие боли за грудиной при ходьбе

4) на кровохарканье

5) на обмороки

010.(2). ЭКГ-ПРИЗНАКИ МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА

1) гипертрофия левого желудочка

2) гипертрофия левого предсердия

3) гипертрофия правого желудочка

4) гипертрофия правого предсердия

5) удлинение QT

**6.3.Ситуационные задачи**

**Задача № 1.**

В отделение поступает больной с направительным диагнозом ревматического порока сердца - митральным стенозом.

1. Какую аускультативную картину со стороны сердечно-сосудистой системы должен отследить врач?
2. Какой может быть конфигурация сердца?
3. Какой может быть правая граница ОТС?
4. Какое нарушение ритма может быть зарегистрировано?
5. Что такое дефицит пульса?

**Задача № 2.**

В отделение поступает больной с диагнозом митральной недостаточности.

1. Какою аускультативную картину должен ожидать врач?
2. Какой может быть конфигурация сердца?
3. Какой может быть правая граница ОТС?
4. Какое нарушение ритма может быть зарегестрировано?
5. Что такое дефицит пульса?

**Задача № 3.**

В отделение поступил больной с ревматическим митральным стенозом с симптомами декомпенсации: одышка, кровохарканье, отеки.

Какие симптомы ожидает получить врач при:

1. Аускультации легких

2. Пальпации перикардиальной области

3. Определение границ ОТС

4. Определение границ АТС

5. Аускультации сердца

**Задача № 4.**

В отделение поступил больной при, расспросе которого выяснилось, что ранее часто болел ангинами, в течение нескольких лет беспокоит одышка при физической нагрузке. При обследовании кожные покровы не изменены, отеков нет. Левая граница ОТС увеличена, имеется систолический шум, проводящийся в подмышечную область.

1. О каком заболевании можно думать?
2. Как может звучать 1 тон
3. Как может звучать 2 тон
4. Какой может быть верхняя граница ОТС
5. Какой может быть правая граница ОТС

**Задача № 5.**

Больной 29 лет жалуется на одышку при физической нагрузке, сердцебиение, слабость.

В анамнезе частые ангины. При обследовании выявлено: разлитой верхушечный толчок, талия сердца сглажена, систолический шум на верхушке.

1. О каком пороке сердца можно думать?
2. Как изменится 1 тон?
3. Как изменится 2 тон?
4. Куда проводится систолический шум?
5. Что такое талия сердца?

**Задача № 6.**

В отделение поступила больная А.,20 лет, секретарь-машинистка.

Жалобы: На боли колющего и сжимающего характера в области сердца неин­тенсивные, не копирующиеся после приема нитроглицерина; на перебои в работе сердца; на боли в лучезапястных суставах, возникающие в покое и усиливающиеся при движени­ях; на повышение температуры тела до 37.3°С, больше по вечерам.

Анамнез: В детстве часто болела ангинами. 2,5 недели назад перенесла тяже­лую ангину. Полторы недели спустя, появились припухлость и болезненность при движе­ниях в лучезапястных суставах и в правом коленном суставе, повышение температуры до 37.0 -37.3°С. К врачам не обращалась, ничем не лечилась. Через 3-4 дня болезненность в коленном суставе уменьшилась, но усилились боли в лучезапястных суставах. 2 дня назад к этим жалобам присоединились боли в области сердца и перебои в работе сердца.

Осмотр: Положение активное. Отмечаются покраснение кожи и припухлость в области лучезапястных суставов и болезненность при движении в них. Объем активных движений в них ограничен. Температура тела - 37.2° С. Цианоза, отеков нет.

1. Каков наиболее вероятный характер заболевания?
2. Имеются ли симптомы левожелудочковой СН?
3. Имеются ли симптомы правожелудочковой СН?
4. Имеются ли симптомы коронарной недостаточности?
5. Имеются ли симптомы аритмии?

**Задача № 7.**

В отделение поступил больной С.,32 лет, слесарь.

Жалобы: На одышку в покое, усиливающуюся при физическом напряжении, на приступы удушья по ночам; на кашель с мокротой, в которой имеются прожилки крови; на боли в области верхушки сердца без иррадиации, не купирующиеся после приема нит­роглицерина; на отеки ног, увеличение живота в объеме.

Анамнез: В детстве часто болел ангинами. В 16-летнем возрасте появились бо­ли и припухлость суставов, высокая температура. Лечился в стационаре в течение 2 меся­цев.

Через 4 года появились одышка, сначала при физическом напряжении, а затем и в покое, боли в области сердца. 2 года назад впервые заметил появление отеков ног, бес­покоили кашель, иногда кровохарканье. I месяц назад состояние ухудшилось: появились приступы удушья по ночам, усилилась одышка и отеки ног, стал увеличиваться в размерах живот.

Осмотр: Состояние тяжелое. Положение ортопноэ (полусидячее положение в постели с опущенными вниз ногами). Отмечаются значительный акроцианоз, отеки голе­ней и стоп, асцит, набухание шейных вен, увеличение печени. Выявлен также правосто­ронний гидроторакс.

1. Каков наиболее вероятный характер заболевания?
2. Имеются ли симптомы левожелудочковой СН?
3. Имеются ли симптомы правожелудочковой СН?
4. Имеются ли симптомы тотальной сердечной недостаточности?
5. Что такое асцит?

**Задача № 8.**

Больной 20 лет в течение 10 лет страдает ревматическим пороком сердца- митральным стенозом. Предъявляет жалобы на одышку в покое, отеки ног, аритмию.

Что вероятнее всего обнаружит врач при

1. Определении границ ОТС?
2. Определении границ АТС?
3. Аускультации тонов сердца?
4. Аускультации шумов сердца?
5. Пальпации пульса?

**Задача № 9.**

В отделение поступил больной с пороком сердца. При обследовании выявлено: пульсация в области эпигастрия, положительный венный пульс. При перкуссии границы левых отделов сердца не изменены.

1. Какой предположительно порок у больного?
2. Какова верхняя граница ОТС?
3. Как изменятся тоны сердца?
4. Будут ли определяться сердечные шумы? Если да, то какие?
5. Каким будет поперечник сердца?

**Задача № 10.**

В отделение поступил больной с ревматическим пороком сердца. При обследовании обнаружено увеличение левой границы ОТС, диастолический шум на верхушке сердца, акцент и расщепление 2 тона над легочной артерией, мерцательная аритмия, увеличенная печень, отеки на ногах.

1. О каком пороке следует думать?
2. Какова будет правая граница ОТС?
3. Ожидает ли врач выслушать систолический шум на верхушке?
4. Какой будет конфигурация сердца?
5. Как изменятся границы АТС?

**7. Рекомендации по УИРС**:

- Эхо-КГ при пороках сердца

- Классификация сердечной недостаточности

- Новое в этиологии и патогенезе сердечной недостаточности

Рекомендации по подготовке УИРС: см. в пособии « Избранные темы пропедевтики внутренних болезней », под редакцией проф. Поликарпова Л.С., проф. Петровой М.М., КрасГМА, 2003.

**8.Рекомендуемая литература:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование, вид издания | Автор(-ы), составитель(-и), редактор(-ы) | Место издания, издательство, год |
| **Основная литература** | | | |
| 1. | [Пропедевтика внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=31615) : учеб.для мед. вузов | Н. А. Мухин, В. С. Моисеев | М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. |
| **Дополнительная литература** | | | |
| 1. | [Дополнительные методы обследования больного в терапевтической практике](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=1888) : учеб.пособие для студентов мед. вузов. Ч.2. | Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, Е. О. Карпухина [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2011. |
| 2. | [Дополнительные методы обследования больного в терапевтической практике](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=1889) : учеб.пособие для студентов мед. вузов. Ч.1. | Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, Е. О. Карпухина [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2011. |
| 3. | [Практикум по пропедевтике внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=21500) : учеб.пособие | ред. Ж. Д. Кобалава, В. С. Моисеев | М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. |
| 4. | [Пропедевтика внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=24744) : учеб.пособие к внеаудиторной работе для студентов 3 курса по спец. 060101- Лечебное дело, 060103- Педиатрия | сост. Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, А. Г. Иванов [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2009. |
| 5. | [Пропедевтика внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=30979) : учеб.пособие к аудиторной работе для студентов 3 курса по спец. 060101-Лечебное дело, 060103- Педиатрия. Ч.1.. - Режим доступа: polikarpov\_\_propedevtika\_stud\_3\_lech\_ped\_audit\_1\_1297665056.pdf | сост. Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, А. Г. Иванов [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2009. |
| 6. | [Пропедевтика внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=32404) : учеб.пособие к аудиторной работе для студентов 3 курса по спец. 060101-Лечебное дело, 060103- Педиатрия. Ч.2. | сост. Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, А. Г. Иванов [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2009. |

**1.Занятие №23.**

**Тема: «Инфекционный эндокардит. Общее представление. Аортальные пороки сердца, недостаточность трехстворчатого клапана».**

**2.Форма организации занятия**: клиническое, практическое (в интерактивной форме)

**3.Значение изучения темы**: Внедрение в широкую практику хирургического лечения приобретенных пороков сердца потребовало улучшения их диагностики. Совершенно недостаточно диагностировать «митральный» или «аортальный» порог. Следует установить, имеется ли стеноз или недостаточность, а в случае их сочетания – установить степень выраженности клапанного поражения, сердечной недостаточности, состояния активности основного заболевания (ревматизм, бактериальный эндокардит и т.д.) Только в таком случае можно получить целостное представление о больном и определить пути, как рациональной терапии, так и радикального хирургического лечения.

**4.Цели обучения**: на основе теоретических знаний и практических умений обучающийся должен знать понятие инфекционного эндокардита (этиологию, клинику, диагностику), приобретенных аортальных пороков сердца. Уметь дать интерпретацию осмотра, пальпации, перкуссии, аускультации у пациента с аортальными пороками, назначить дополнительные методы исследования, уметь интерпретировать полученные данные с элементами дифференциальной диагностики, иметь представление о принципах лечения инфекционного эндокардита.

Обучающиеся должны овладеть следующими общекультурными компетенциями (ОК):

* способностью и готовностью анализировать социально-значимые проблемы и процессы, использовать на практике методы гуманитарных, естественнонаучных, медико-биологических и клинических наук в различных видах профессиональной и социальной деятельности (ОК-1);
* способностью и готовностью к логическому и аргументированному анализу, к публичной речи, ведению дискуссии и полемики, к редактированию текстов профессионального содержания, к осуществлению воспитательной и педагогической деятельности, к сотрудничеству и разрешению конфликтов, к толерантности (ОК-5);
* способностью и готовностью осуществлять свою деятельность с учетом принятых в обществе моральных и правовых норм, соблюдать правила врачебной этики, законы и нормативные правовые акты по работе с конфиденциальной информацией, сохранять врачебную тайну (ОК-8);
* способностью и готовностью реализовать этические и деонтологические аспекты врачебной деятельности в общении с коллегами, средним и младшим медицинским персоналом, взрослым населением и подростками, их родителями и родственниками (ПК-1);
* способностью и готовностью к формированию системного подхода к анализу медицинской информации, опираясь на всеобъемлющие принципы доказательной медицины, основанной на поиске решений с использованием теоретических знаний и практических умений в целях совершенствования профессиональной деятельности (ПК-3);
* способностью и готовностью проводить и интерпретировать опрос, физикальный осмотр, клиническое обследование, результаты современных лабораторно-инструментальных исследований, написать медицинскую карту стационарного больного с эндокринной патологией (ПК-5);
* способностью и готовностью к работе с медико-технической аппаратурой, используемой в работе с пациентами, владеть компьютерной техникой, получать информацию из различных источников, работать с информацией в глобальных компьютерных сетях; применять возможности современных информационных технологий для решения профессиональных задач (ПК-9);
* способностью и готовностью к постановке диагноза на основании результатов биохимических исследований биологических жидкостей и с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом (ПК-15);
* способностью и готовностью анализировать закономерности функционирования отдельных органов и систем, использовать знания анатомо-физиологических основ, основные методики клинико-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма взрослого человека и подростка для своевременной диагностики заболеваний и патологических процессов при заболеваниях желез внутренний секреции (ПК-16);
* способностью и готовностью выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы заболеваний, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом, анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах, использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ), выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний (ПК-17);
* способностью и готовностью анализировать и интерпретировать результаты современных диагностических технологий по возрастно-половым группам пациентов с учетом их физиологических особенностей организма человека для успешной лечебно-профилактической деятельности, провести диагностику физиологической беременности, участвовать в проведении судебно-медицинской экспертизы (ПК-18);
* способностью и готовностью использовать нормативную документацию, принятую в здравоохранении (законы Российской Федерации, технические регламенты, международные и национальные стандарты, приказы, рекомендации, терминологию, международные системы единиц (СИ), действующие международные классификации), а также документацию для оценки качества и эффективности работы медицинских организаций (ПК-27);
* способностью и готовностью изучать научно-медицинскую информацию, отечественный и зарубежный опыт по тематике исследования (ПК-31);

**Студент должен знать:**

* ведение типовой учетно-отчетной медицинской документации в медицинских организациях;
* заболевания, связанные с неблагоприятными воздействиями климатических и социальных факторов;
* основы профилактической помощи, организацию профилактических мероприятий, направленных на укрепление здоровья населения;
* методы диагностики, диагностические возможности методов непосредственного исследования больного терапевтического профиля, современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных.

**Студент должен уметь**:

* определить статус пациента: собрать анамнез, провести опрос пациента и/или его родственников, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация, измерение АД, определение артериального пульса);
* оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи;
* оценить социальные факторы, влияющие на состояние физического и психического здоровья пациента; культурные, этические, религиозные, семейные факторы риска;
* заполнять историю болезни.

**Студент должен владеть:**

* правильным ведением медицинской документации;
* методами общеклинического обследования.

**5.План изучения темы:**

**5.1.Контроль исходного уровня знаний** (тестовые задания)

**5.2.Основные понятия и положения темы**: «Инфекционный эндокардит», «Пороки сердца», «Гемодинамика при пороках сердца».

**5.3.Самостоятельная работа**:

- деловая игра

В ходе занятия разыгрывается деловая ирга. Студенты делятся на 2 группы. В каждой группе выбирается пациент (предположительно, с аортальным стенозом и недостаточностью аортального клапана, соответственно), врач- кардиолог, врач функциональной диагностики, врач-рентгенолог, эксперт. Пациенту необходимо представить симптомокомплекс соответствующего порока. Врач кардиолог должен с помощью активного расспроса выявить необходимый симпромокомплекс и поставить диагноз. Врачу функциональной диагностики и врачу-рентгенологу, из имеющегося набора наглядных пособий, необходимо выбрать нужные. Эксперт оценивает работу каждого. Затем каждая группа должна выбрать из предложенного набора аудиозаписей аускультативную картину соответствующего порока сердца.

**5.4.Итоговый контроль знаний** (тестовые задания).

**6.Домашнее задание для уяснения темы занятия.**

**6.1**.**Исходный контроль знаний** (тестовые задания).

**Вариант 1** (в скобках указано количество правильных ответов).

001.(1) ПРИ ПАЛЬПАЦИИ НА ОСНОВАНИИ СЕРДЦА ВЫЯВЛЯЕТСЯ ДРОЖАНИЕ, СОВПАДАЮЩЕЕ С ПУЛЬСАЦИЕЙ НА a.carotis. ЭТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

1) митрального стеноза

2) митральной недостаточности

3) аортального стеноза

4) аортальной недостаточности

5) недостаточности трехстворчатого клапана

002.(1) ПУЛЬСАЦИЯ СОННОЙ АРТЕРИИ («ПЛЯСКА КАРОТИД») СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ

1) о недостаточности аортального клапана

2) о стенозе устья аорты

3) о миокардите

4) о митральном стенозе

003.(1) АОРТА ВЫСЛУШИВАЕТСЯ

1) мечевидный отросток

2) II м/р справа у грудины

3) II м/р слева у грудины

4) верхушка сердца

5) в точке Боткина

004.(1) АУСКУЛЬТАТИВНАЯ КАРТИНА I ТОНА ПРИ АОРТАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ

1) I тон усилен на верхушке

2) I тон ослаблен на верхушке

3) I тон не изменен

4) расщепление I тона

5) раздвоение I тона

005.(1) «СКАЧУЩИЙ» ПУЛЬС БЫВАЕТ ПРИ

1) артериальной гипертонии

2) артериальной гипотонии

3) аортальной недостаточности

4) аортальном стенозе

5) митральном стенозе

006.(1) ДЛЯ АОРТАЛЬНОГО СТЕНОЗА ХАРАКТЕРНО

1) симптом Мюссе

2) «пляска каротид»

3) систолический шум на аорте с иррадиацией на сосуды шеи

4) хлопающий I тон на верхушке

5)акцент II тона на легочной артерии

007.(1) НАЗОВИТЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОГО ПОРОКА СЕРДЦА

1) мускатная печень

2) амилоидоз сердца

3) гиалиноз капсулы селезенки

4) бурая атрофия печени

5) кровоизлияния в головной мозг

008.(4) ДЛЯ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ АОРТАЛЬНОГО СТЕНОЗА НЕ ХАРАКТЕРНО

1) в течение нескольких десятилетий жалобы могут отсутствовать

2) жалобы появляются сразу при формировании порока

3) стенокардия

4) обмороки

5) одышка при физической нагрузке

009.(3) АУСКУЛЬТАТИВНЫМИ ПРИЗНАКАМИ СОЧЕТАННОГО АОРТАЛЬНОГО ПОРОКА С ПРЕОБЛАДАНИЕМ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ, КРОМЕ

1) ослабление I, II тонов сердца

2) непрерывный систолодиастолический шум

3) четвертый тон

4) систолический и протодиастолический шумы

5) тон открытия митрального клапана

010. ДЛЯ ВНЕШНЕГО ВИДА БОЛЬНЫХ СО СТЕНОЗОМ УСТЬЯ АОРТЫ ХАРАКТЕРНО

1) диффузный цианоз кожных покровов

2) акроцианоз

3) бледность кожных покровов

4) симптом Мюссе

5) «пляска каротид»

**Вариант 2** (в скобках указано количество правильных ответов).

001.(1) ХАРАКТЕРИСТИКА II ТОН ПРИ СТЕНОЗЕ УСТЬЯ АОРТЫ

1) II тон ослаблен на аорте

2) II тон усилен на аорте

3) II тон расщеплен на аорте

4) II тон не изменен

5) II тон раздвоен на аорте

002.(1) СИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ ПРИ СТЕНОЗЕ УСТЬЯ АОРТЫ ПРОВОДИТСЯ

1) на легочную артерию

2) в точку Боткина-Эрба

3) на мечевидный отросток

4) в подмышечную впадину

5) на сосуды шеи

003.(1) СИМПТОМ МЮССЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

1) гипертонической болезни

2) стенозе устья аорты

3) митральном стенозе

4) недостаточности аортального клапана

5) митральной недостаточности

004.(1) ПРИ АОРТАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ «ТАЛИЯ СЕРДЦА»

1) становится более выраженной

2) менее выражена

3) не изменена

4) снижена

5) расположена выше

005.(1) ДИАСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ ПРИ АОРТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРОВОДИТСЯ

1) в межлопаточное пространство

2) в точку Боткина-Эрба

3) на мечевидный отросток

4) на сосуды шеи

5) в подмышечную область

006.(4) ДЛЯ АОРТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НЕ ХАРАКТЕРЕНО

1) пульсация зрачков

2) снижение пульсового давления

3) быстрый и высокий пульс

4) высокое систолическое давление

5) высокий сердечный выброс

007.(1) МЕСТО ПРОЕКЦИИ НА ПЕРЕДНЮЮ ГРУДНУЮ СТЕНКУ КЛАПАНА АОРТЫ

1) уровень левого II реберного хряща

2) на уровне III межреберного промежутка

3) уровень правого II реберного хряща

4) середина грудины на уровне II ребра

5) яремная ямка

008.(4) ДЛЯ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ АОРТАЛЬНОЙ РЕГУРГИТАЦИИ НЕ ХАРАКТЕРНО

1) длительное время жалобы могут отсутствовать

2) одышка

3) обязательное развитие мерцательной аритмии

4) стенокардия

5) обмороки

009.(1) МАКСИМАЛЬНАЯ ГИПЕРТРОФИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

1) недостаточности аортального клапана

2) стенозе устья аорты

3) недостаточности митрального клапана

4) митральном стенозе

5) недостаточности трикуспидального клапана

010.(1) АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ ПРИ АОРТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

1) не изменится

2) повышается только систолическое

3) повышается только диастолическое

4) повышается систолическое и понижается диастолическое

5) понижается систолическое и повышается диастолическое

**Вариант 3** (в скобках указано количество правильных ответов).

001.(1) ПРИ СТЕНОЗЕ УСТЬЯ АОРТЫ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ

1) систолический шум в подмышечной впадине

2) диастолический шум на верхушке

3) диастолический шум на аорте

4) систолический шум на аорте

5) систолодиастолический шум

002.(1) ПРИ АОРТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ

1) систолический шум у основания мечевидного отростка

2) диастолический шум на аорте

3) диастолический шум в подмышечной впадине

4) систолический шум на аорте

5) тон открытия митрального клапана

003.(1) ЛЕВАЯ ГРАНИЦА ОТНОСИТЕЛЬНОЙ СЕРДЕЧНОЙ ТУПОСТИ ПРИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КЛАПАНА АОРТЫ СМЕЩАЕТСЯ

1) вверх и влево

2) влево и вниз

3) вниз и вверх

4) вправо и вверх

5) не изменяется

004.(1) СИСТОЛИЧЕСКОЕ ДРОЖАНИЕ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ

1) митральной недостаточности

2) митральном стенозе

3) аортальной недостаточности

4) аортальном стенозе

5) трикуспидальном стенозе

005.(1) ХАРАКТЕРИСТИКА ПУЛЬСА ПРИ СТЕНОЗЕ УСТЬЯ АОРТЫ

1) не изменен

2) большой, скачущий

3) малый, медленный

4) высокий, медленный

5) медленный, большой

006.(4) УКАЖИТЕ СИМПТОМ НЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ СТЕНОЗА УСТЬЯ АОРТЫ

1) ослабление I тона на верхушке

2) проведение шума на сонные артерии

3) ромбовидный шум на ФКГ

4) снижение систолического давления

5) увеличение пульсового давления

007.(4) ЗАБОЛЕВАНИЕ, КОТОРОЕ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА

1) ревматизм

2) инфекционный эндокардит

3) гипертоническая болезнь

4) сифилис

5) атеросклероз аорты

008.(1) СИМПТОМ, ОБЪЕДИНЯЮЩИЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА И АОРТАЛЬНЫЙ СТЕНОЗ

1) бледность кожных покровов

2) симптом Мюссе

3) пульсация сонных, подключичных, височных, плечевых артерий

4) капиллярный пульс

5) эпигастральная пульсация

009.(2) ДЛЯ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА НЕ ХАРАКТЕРНЫ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

1) сердечная талия сглажена

2) сердечная талия резко выражена

3) тень аорты расширена

4) тень аорты узкая

5) сердечная талия не изменена

010.(3) КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ, КОТОРЫЕ НЕ ЗАВИСЯТ ОТ СНИЖЕНИЯ ДИАСТОЛИЧЕСКОГО ДАВЛЕНИЯ В АОРТЕ

1) двойной шум Траубе и Дюрозье на периферических сосудах

2) усиленный разлитой верхушечный толчок

3) капиллярный пульс

4) высокий скорый пульс

5) эпигастральная пульсация

**Вариант 4** (в скобках указано количество правильных ответов).

001.(1) ПРИ АОРТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

1) I тон усилен на верхушке

2) I тон ослаблен на верхушке

3) I тон не изменен

4) I тон расщеплен

5) I тон раздвоен

002.(1) ПРИ АОРТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

1) II тон ослаблен на аорте

2) II тон усилен на легочной артерии

3) акцент II тона на аорте

4) II тон расщеплен

5) II тон раздвоен

003.(1) ПРИ АОРТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ

1) не изменится

2) повышается только систолическое

3) повышается только диастолическое

4) повышается систолическое и понижается диастолическое

5) понижается систолическое и повышается диастолическое

004.(1) ПРИ СТЕНОЗЕ УСТЬЯ АОРТЕ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ СЛЕДУЮЩИЙ АУСКУЛЬТАТИВНЫЙ ФЕНОМЕН

1) систолический шум в области верхушки сердца, иррадиирующий в подмышечную область

2) диастолический шум на верхушке сердца, иррадиирующий на основание мечевидного отростка

3) систолический шум во 2 м/р справа от грудины, иррадиирующий на сонные артерии

4) диастолический шум во 2 м/р справа от грудины, иррадиирующий на сонные артерии

5) тон открытия митрального клапана

005.(1) ОСОБЕННОСТИ ПУЛЬСА ПРИ АОРТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

1) брадикардия

2) мерцательная аритмия

3) малый, медленный

4) высокий, скорый

5) твердый

006.(1) ДАЙТЕ ОЦЕНКУ КОРОТКОМУ ТИХОМУ ДИАСТОЛИЧЕСКОМУ ШУМУ НА ВЕРХУШКЕ, КОТОРЫЙ ПОЯВИЛСЯ У БОЛЬНОГО С НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ КЛАПАТОВ АОРТЫ

1) присоединение митрального стеноза

2) митрализация имеющегося порока

3) шум Грэхема-Стилла

4) шум Флинта

5) присоединение стеноза устья аорты

007.(1) ПУЛЬСОВОЕ ДАВЛЕНИЕ ПРИ СТЕНОЗЕ УСТЬЯ АОРТЫ

1) не изменяется

2) увеличивается

3) уменьшается

4) будет колеблющимся

5) будет стремится к нулю

008.(2) ДЛЯ АОРТАЛЬНОГО СТЕНОЗА НЕ ХАРАКТЕРНО

1) боли в сердце стенокардитического характера

2) мерцательная аритмия

3) синкопальные состояния

4) симптом Мюссе

5) «пляска каротид»

009.(1) МЕСТО ПРОЕКЦИИ НА ПЕРЕДНЮЮ ГРУДНУЮ СТЕНКУ КЛАПАНА АОРТЫ

1) уровень левого II реберного хряща

2) на уровне III межреберного промежутка

3) уровень правого II реберного хряща

4) яремная ямка

5) середина грудины на уровне II ребра

010(1) ПРИ АОРТАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ «ТАЛИЯ СЕРДЦА»

1) становится более выраженной

2) менее выражена

3) не изменена

4) снижается

5) повышается

**6.2. Итоговый контроль знаний** (тестовые задания)

**Вариант 1** (в скобках указано количество правильных ответов)

001.(2) ДАННЫЕ ОСМОТРА ПРИ АОРТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

1) без изменений

2) акроцианоз

3) отеки голеней

4) одышка в покое

5) пульсация сонных артерий

6) бледность кожи

002.(1) СИСТОЛИЧЕСКОЕ ДРОЖАНИЕ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ

1) митральной недостаточности

2) митральном стенозе

3) аортальной недостаточности

4) аортальном стенозе

5) трикуспидальном стенозе

003.(1) ДАННЫЕ ОСМОТРА ПРИ СТЕНОЗЕ УСТЬЯ АОРТЫ

1) без изменений

2) акроцианоз

3) отеки голеней

4) одышка в покое

5) пульсация артерий

6) анасарка

7) бледность кожи

004.(1) СИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ ПРИ СТЕНОЗЕ УСТЬЯ АОРТЫ ПРОВОДИТСЯ

1) на аорту

2) в точку Боткина-Эрба

3) на мечевидный отросток

4) в подмышечную область

5) на сосуды шеи

005.(3) АУСКУЛЬТАТИВНАЯ КАРТИНА СТЕНОЗА УСТЬЯ АОРТЫ

1) I тон усилен на верхушке

2) I тон ослаблен у верхушки

3) «щелчок открытия» митрального клапана

4) IIтон ослаблен на аорте

5) акцент II тона на аорте

6) диастолический шум на аорте

7) систолический шум на аорте

006.(2) ПРИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КЛАПАНА АОРТЫ ГРАНИЦЫ СЕРДЦА СМЕЩАЮТСЯ

1) вверх

2) влево

3) вниз

4) вправо

5) не изменяются

007.(5) АУСКУЛЬТАТИВНАЯ КАРТИНА АОРТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

1) I тон усилен на верхушке

2) I тон ослаблен у верхушки

3) «щелчок открытия» митрального клапана

4) IIтон ослаблен на аорте

5) систолический шум на верхушке

6) диастолический шум на аорте

7) диастолический шум на верхушке

008.(3) ХАРАКТЕРИСТИКА ПУЛЬСА ПРИ СТЕНОЗЕ УСТЬЯ АОРТЫ

1) не изменен

2) большой

3) малый

4) высокий

5) медленный

6) скачущий

7) ритмичный

009.(1) ДИАСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ ПРИ АОРТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРОВОДИТСЯ

1) на аорту

2) в точку Боткина-Эрба

3) на мечевидный отросток

4) в подмышечную область

5) на сосуды шеи

010.(1) ПРИ АОРТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ «ТАЛИЯ СЕРДЦА»

1) становится более выраженной

2) менее выражена

3) не изменена

4) снижается

5) повышается

**Вариант 2** (в скобках указано количество правильных ответов)

001.(1) ДАННЫЕ ОСМОТРА ПРИ СТЕНОЗЕ УСТЬЯ АОРТЫ

1) без изменений

2) акроцианоз

3) отеки голеней

4) одышка в покое

5) пульсация артерий

6) анасарка

7) бледность кожи

002.(1) ) СИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ ПРИ АОРТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРОВОДИТСЯ

1) на аорту

2) в точку Боткина-Эрба

3) на мечевидный отросток

4) в подмышечную область

5) на сосуды шеи

003.(3) ХАРАКТЕРИСТИКА ПУЛЬСА ПРИ СТЕНОЗЕ УСТЬЯ АОРТЫ

1) не изменен

2) большой

3) малый

4) высокий

5) медленный

6) скачущий

7) ритмичный

8) мерцательная аритмия

004.(5) АУСКУЛЬТАТИВНАЯ КАРТИНА АОРТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

1) I тон усилен на верхушке

2) I тон ослаблен у верхушки

3) «щелчок открытия» митрального клапана

4) IIтон ослаблен на аорте

5) систолический шум на верхушке

6) диастолический шум на аорте

7) диастолический шум на аорте

005.(2) ПРИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КЛАПАНА АОРТЫ ГРАНИЦЫ СЕРДЦА СМЕЩАЮТСЯ

1) вверх

2) влево

3) вниз

4) вправо

5) не изменяются

006.(3) АУСКУЛЬТАТИВНАЯ КАРТИНА СТЕНОЗА УСТЬЯ АОРТЫ

1) I тон усилен на верхушке

2) I тон ослаблен у верхушки

3) «щелчок открытия» митрального клапана

4) IIтон ослаблен на аорте

5) акцент IIтона на аорте

6) диастолический шум на аорте

7) систолический шум на верхушке

007.(2) АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ ПРИ СТЕНОЗЕ УСТЬЯ АОРТЫ

1) не изменится

2) повышается только систолическое

3) повышается только диастолическое

4) повышается систолическое и понижается диастолическое

5) понижается систолическое и повышается диастолическое

008.(1) СИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ ПРИ СТЕНОЗЕ УСТЬЯ АОРТЫ ПРОВОДИТСЯ

1) на аорту

2) в точку Боткина-Эрба

3) на мечевидный отросток

4) в подмышечную область

5) на сосуды шеи

009.(2) ДАННЫЕ ОСМОТРА ПРИ АОРТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

1) без изменений

2) акроцианоз

3) отеки голеней

4) одышка в покое

5) пульсация сонных артерий

6) бледность кожи

010.(1) СИСТОЛИЧЕСКОЕ ДРОЖАНИЕ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ

1) митральной недостаточности

2) митральном стенозе

3) аортальной недостаточности

4) аортальном стенозе

5) трикуспидальном стенозе

**Вариант 3** (в скобках указано количество правильных ответов)

001.(4) ПРИЗНАК НЕ ХАРАКТЕРЕНЫЙ ДЛЯ АОРТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

1) пульсация зрачков

2) снижение пульсового давления

3) быстрый и высокий пульс

4) высокое систолическое давление

5) высокий сердечный выброс

002.(1) МАКСИМАЛЬНАЯ ГИПЕРТРОФИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

1) недостаточности аортального клапана

2) стенозе устья аорты

3) недостаточности митрального клапана

4) митральном стенозе

5) стенозе трикуспидального клапана

003.(1) ДАННЫЕ ОСМОТРА ПРИ СТЕНОЗЕ УСТЬЯ АОРТЫ

1) без изменений

2) акроцианоз

3) отеки голеней

4) пульсация сонных артерий

5) анасарка

6) бледность кожи

004.(5)АУСКУЛЬТАТИВНАЯ КАРТИНА ПРИ АОРТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

1) I тон усилен на верхушке

2) I тон ослаблен у верхушки

3) «щелчок открытия» митрального клапана

4) IIтон ослаблен на аорте

5) систолический шум на верхушке

6) диастолический шум на аорте

7) диастолический шум на верхушке

005.(3) АУСКУЛЬТАТИВНАЯ КАРТИНА СТЕНОЗА УСТЬЯ АОРТЫ

1) I тон усилен на верхушке

2) I тон ослаблен у верхушки

3) «щелчок открытия» митрального клапана

4) IIтон ослаблен на аорте

5) акцент IIтона на аорте

6) диастолический шум на аорте

7) систолический шум на аорте

006.(2) АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ ПРИ СТЕНОЗЕ УСТЬЯ АОРТЫ

1) не изменится

2) повышается только систолическое

3) повышается только диастолическое

4) повышается систолическое

5) понижается диастолическое

007.(1) СИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ ПРИ СТЕНОЗЕ УСТЬЯ АОРТЫ ПРОВОДИТСЯ

1) на аорту

2) в точку Боткина-Эрба

3) на мечевидный отросток

4) в подмышечную область

5) на сосуды шеи

008.(2) ДАННЫЕ ОСМОТРА ПРИ АОРТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

1) без изменений

2) акроцианоз

3) отеки голеней

4) одышка в покое

5) пульсация сонных артерий

6) бледность кожи

009.(1)ДИАСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ ПРИ АОРТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРОВОДИТСЯ

1) на аорту

2) в точку Боткина-Эрба

3) на мечевидный отросток

4) в подмышечную область

5) на сосуды шеи

010.(3) ХАРАКТЕРИСТИКА ПУЛЬСА ПРИ СТЕНОЗЕ УСТЬЯ АОРТЫ

1) не изменен

2) большой

3) малый

4) высокий

5) медленный

6) скачущий

7) ритмичный

**Вариант 4** (в скобках указано количество правильных ответов)

001.(3) АУСКУЛЬТАТИВНАЯ КАРТИНА СТЕНОЗА УСТЬЯ АОРТЫ

1) I тон усилен на верхушке

2) I тон ослаблен у верхушки

3) «щелчок открытия» митрального клапана

4) IIтон ослаблен на аорте

5) акцент IIтона на аорте

6) диастолический шум на аорте

7) систолический шум на аорте

002.(2) АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ ПРИ СТЕНОЗЕ УСТЬЯ АОРТЫ

1) не изменится

2) повышается только систолическое

3) повышается только диастолическое

4) понижается систолическое

5) понижается диастолическое

003.(1) СИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ ПРИ СТЕНОЗЕ УСТЬЯ АОРТЫ ПРОВОДИТСЯ

1) на аорту

2) в точку Боткина-Эрба

3) на мечевидный отросток

4) в подмышечную область

5) на сосуды шеи

004.(2) ПРИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КЛАПАНА АОРТЫ ГРАНИЦЫ СЕРДЦА СМЕЩАЮТСЯ

1) вверх

2) влево

3) вниз

4) вправо

5) не изменяется

005.(3) ХАРАКТЕРИСТИКА ПУЛЬСА ПРИ СТЕНОЗЕ УСТЬЯ АОРТЫ

1) не изменен

2) большой

3) малый

4) высокий

5) медленный

6) скачущий

7) ритмичный

8) мерцательная аритмия

006.(5) АУСКУЛЬТАТИВНАЯ КАРТИНА ПРИ АОРТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

1) I тон усилен на верхушке

2) I тон ослаблен у верхушки

3) «щелчок открытия» митрального клапана

4) IIтон ослаблен на аорте

5) систолический шум на верхушке

6) диастолический шум на аорте

7) диастолический шум на верхушке

007.(1) ДАННЫЕ ОСМОТРА ПРИ СТЕНОЗЕ УСТЬЯ АОРТЫ

1) без изменений

2) акроцианоз

3) отеки голеней

4) пульсация артерий

5) анасарка

6) бледность кожи

008.(2) ДАННЫЕ ОСМОТРА ПРИ АОРТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

1) без изменений

2) акроцианоз

3) отеки голеней

4) одышка в покое

5) пульсация сонных артерий

6) бледность кожи

009.(1) ПРИЗНАК НЕ ХАРАКТЕРЕНЫЙ ДЛЯ АОРТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

1) пульсация зрачков

2) снижение пульсового давления

3) быстрый и высокий пульс

4) высокое систолическое давление

5) высокий сердечный выброс

010.(1)МАКСИМАЛЬНАЯ ГИПЕРТРОФИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

1) недостаточности аортального клапана

2) стенозе устья аорты

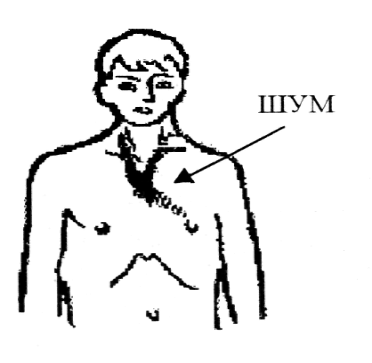
3) недостаточности митрального клапана

4) митральном стенозе

5) стенозе трикуспидального клапана

**Ситуационные задачи**

**Задача № 1**.

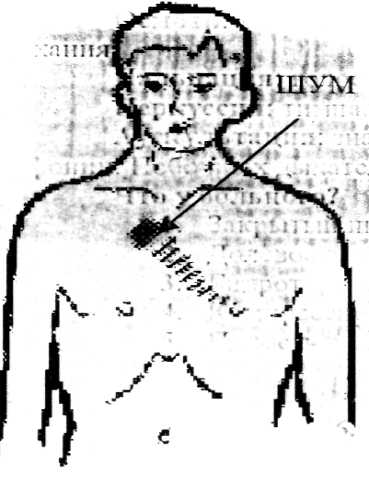
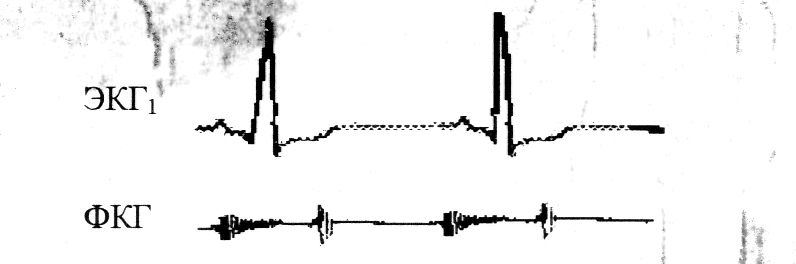


При обследовании у больного выявлено:

Во втором межреберье справа от грудины вы­слушивается грубый систолический шум нарастающе-убывающего характера, проводящийся на сосуды шеи и в точку Боткина.

1. При каком синдроме это может быть?
2. Какой ожидается звучность 1 тона?
3. Звучность 2 тона?
4. Ожидается ли дефицит пульса?
5. Основные свойства пульса при данном пороке?

**Задача № 2.**



При обследовании у больного выявлено:

Во втором межреберье справа от грудины вы­слушивается диастолический шум убывающего характе­ра, начинающийся сразу после II тона и занимающий 2/3 диастолы. Шум проводящийся в точку Боткина и на верхушку сердца. На ЭКГ гипертрофия левого желудочка, на ФКГ- снижение амплитуды 1 и 2 тона, диастолический шум.

1. При каком синдроме это может быть?
2. Какой ожидается звучность 1 тона?
3. Звучность 2 тона?
4. Ожидается ли дефицит пульса?
5. Основные свойства пульса при данном пороке?

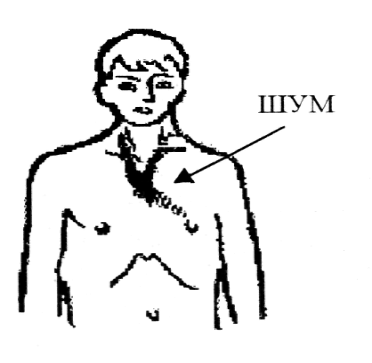
**Задача № 3**.

При обследовании у больного было выявлено:

На верхушке выслушивается диастолический шум, начи­нающийся через небольшой интервал после II тона, убывающего ха­рактера, продолжающийся всю диастолу. Шум имеет пресисталическое усиление, никуда не проводится. ЭКГ- гипертрофия левого желудочка, ФКГ- снижение амплитуды 1 и 2 тона диастолический шум в течение всей диастолы.

1. При каком синдроме это может быть?
2. Как называется пресистолическое усиление шума?
3. Какой будет конфигурация сердца?
4. Каким будет верхушечный толчок?
5. Каким будет сердечный толчок?

**Задача № 4.**



При обследовании у больного выявлено

Во втором межреберье справа от грудины вы­слушивается грубый систолический шум нарастающе-убывающего характера, проводящийся на сосуды шеи и в точку Боткина.

ЭКГ- признаки гипертрофии левого желудочка

ФКГ- систолический шум ромбовидной формы

1. О каком пороке следует думать?
2. Какой ожидается звучность первого тона?
3. Какой ожидается звучность 2 тона?
4. Предположительная локализация верхушечного толчка?
5. Наиболее характерные параметры пульса?

**Задача № 5**.

При пальпации на основании сердца выявляется дрожание, совпадающее с пульсацией на а. сагоtis.

1. Для какого порока сердца это характерно?
2. Какой ожидается звучность первого тона?
3. Какой ожидается звучность 2 тона?
4. Будет ли тон открытия митрального клапана?
5. Будет ли дефицит пульса?

**Задача №6.**

У больного с пороком сердца выявлена «пляска каротид»?

1. Для какого порока это характерно?
2. Какие основные свойства пульса при этом пороке?
3. Что такое симптом Мюссе?
4. Каким будет поперечник сердца?
5. Какой шум будет выслушиваться?

**Задача № 7.**

У больного с пороком сердца обнаружен скачущий пульс:

1. Для какого порока это характерно?
2. Какой шум будет выслушиваться?
3. Какой будет “талия” сердца?
4. Какими будут свойства верхушечного толчка?
5. Каким будет поперечник сердца?

**Задача № 8.**

Поступает больной с аортальным стенозом:

1. Каким может быть цвет кожных покровов?
2. Будет ли симптом Мюссе?
3. Какой шум будет выслушиваться?
4. Какими будут основные свойства пульса?
5. Какой будет звучность 2 тона?

**Задача № 9**.

Укажите характерные для аортального стеноза

1)жалобы

2)анамнестические данные

3)данные пальпации прекардиальной области

4)данные перкуссии

5)данные аускультации

**Задача № 10.**

Укажите характерные данные для сочетанного аортального порока с преобладанием недостаточности

1. при пальпации области сердца
2. перкуссии
3. аускультации
4. сборе основных жалоб
5. исследовании пульса

**7. Рекомендации по УИРС:**

- Эхо-КГ при аортальных пороках сердца

- Диагностика и принципы лечения инфекционного эндокардита

Рекомендации по подготовке УИРС: см. в пособии « Избранные темы пропедевтики внутренних болезней », под редакцией проф. Поликарпова Л.С., проф. Петровой М.М., КрасГМА, 2003.

**8.Рекомендуемая литература:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование, вид издания | Автор(-ы), составитель(-и), редактор(-ы) | Место издания, издательство, год |
| **Основная литература** | | | |
| 1. | [Пропедевтика внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=31615) : учеб.для мед. вузов | Н. А. Мухин, В. С. Моисеев | М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. |
| **Дополнительная литература** | | | |
| 1. | [Дополнительные методы обследования больного в терапевтической практике](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=1888) : учеб.пособие для студентов мед. вузов. Ч.2. | Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, Е. О. Карпухина [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2011. |
| 2. | [Дополнительные методы обследования больного в терапевтической практике](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=1889) : учеб.пособие для студентов мед. вузов. Ч.1. | Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, Е. О. Карпухина [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2011. |
| 3. | [Практикум по пропедевтике внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=21500) : учеб.пособие | ред. Ж. Д. Кобалава, В. С. Моисеев | М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. |
| 4. | [Пропедевтика внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=24744) : учеб.пособие к внеаудиторной работе для студентов 3 курса по спец. 060101- Лечебное дело, 060103- Педиатрия | сост. Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, А. Г. Иванов [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2009. |
| 5. | [Пропедевтика внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=30979) : учеб.пособие к аудиторной работе для студентов 3 курса по спец. 060101-Лечебное дело, 060103- Педиатрия. Ч.1.. - Режим доступа: polikarpov\_\_propedevtika\_stud\_3\_lech\_ped\_audit\_1\_1297665056.pdf | сост. Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, А. Г. Иванов [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2009. |
| 6. | [Пропедевтика внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=32404) : учеб.пособие к аудиторной работе для студентов 3 курса по спец. 060101-Лечебное дело, 060103- Педиатрия. Ч.2. | сост. Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, А. Г. Иванов [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2009. |

1. Занятие №24

Тема: «Симптоматология гипертонической болезни. Методы диагностики, формы и стадии гипертонической болезни, факторы риска АГ, классификация. Симптоматические гипетронии»

2. Форма организации занятия: клиническое практическое занятие.

**3. Значение изучения темы:** Артериальная гипертензия (АГ) одно из самых распространенных сердечно-сосудистых заболеваний. Ее осложнения – мозговой инсульт и инфаркт миокарда – занимают ведущее место в структуре общей смертности и инвалидности трудоспособного населения. АГ поражает миллионы людей во всем мире. Поэтому, *учебное значение данной* темы – дать понятие гипертонической болезни и симптоматической АГ (определение, этиология, классификация), обучить студентов расспросу, осмотру больных с АГ с элементами дифференциальной диагностики.

*Профессиональное значение темы*: подготовка квалифицированного специалиста, хорошо ориентирующегося в методах обследования больных с АГ.

*Личностное значение темы*: развитие ответственности будущего врача за проведение первичной профилактики заболевания.

**4. Цели обучения:**

- общая: обучающийся должен обладать общекультурными и профессиональными компетенциями

* способностью и готовностью анализировать социально-значимые проблемы и процессы, использовать на практике методы гуманитарных, естественнонаучных, медико-биологических и клинических наук в различных видах профессиональной и социальной деятельности (ОК-1);
* способностью и готовностью к логическому и аргументированному анализу, к публичной речи, ведению дискуссии и полемики, к редактированию текстов профессионального содержания, к осуществлению воспитательной и педагогической деятельности, к сотрудничеству и разрешению конфликтов, к толерантности (ОК-5);
* способностью и готовностью осуществлять свою деятельность с учетом принятых в обществе моральных и правовых норм, соблюдать правила врачебной этики, законы и нормативные правовые акты по работе с конфиденциальной информацией, сохранять врачебную тайну (ОК-8);
* способностью и готовностью реализовать этические и деонтологические аспекты врачебной деятельности в общении с коллегами, средним и младшим медицинским персоналом, взрослым населением и подростками, их родителями и родственниками (ПК-1);
* способностью и готовностью к формированию системного подхода к анализу медицинской информации, опираясь на всеобъемлющие принципы доказательной медицины, основанной на поиске решений с использованием теоретических знаний и практических умений в целях совершенствования профессиональной деятельности (ПК-3);
* способностью и готовностью проводить и интерпретировать опрос, физикальный осмотр, клиническое обследование, результаты современных лабораторно-инструментальных исследований, написать медицинскую карту стационарного больного с эндокринной патологией (ПК-5);
* способностью и готовностью к работе с медико-технической аппаратурой, используемой в работе с пациентами, владеть компьютерной техникой, получать информацию из различных источников, работать с информацией в глобальных компьютерных сетях; применять возможности современных информационных технологий для решения профессиональных задач (ПК-9);
* способностью и готовностью к постановке диагноза на основании результатов биохимических исследований биологических жидкостей и с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом (ПК-15);
* способностью и готовностью анализировать закономерности функционирования отдельных органов и систем, использовать знания анатомо-физиологических основ, основные методики клинико-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма взрослого человека и подростка для своевременной диагностики заболеваний и патологических процессов при заболеваниях желез внутренний секреции (ПК-16);
* способностью и готовностью выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы заболеваний, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом, анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах, использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ), выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний (ПК-17);
* способностью и готовностью анализировать и интерпретировать результаты современных диагностических технологий по возрастно-половым группам пациентов с учетом их физиологических особенностей организма человека для успешной лечебно-профилактической деятельности, провести диагностику физиологической беременности, участвовать в проведении судебно-медицинской экспертизы (ПК-18);
* способностью и готовностью использовать нормативную документацию, принятую в здравоохранении (законы Российской Федерации, технические регламенты, международные и национальные стандарты, приказы, рекомендации, терминологию, международные системы единиц (СИ), действующие международные классификации), а также документацию для оценки качества и эффективности работы медицинских организаций (ПК-27);
* способностью и готовностью изучать научно-медицинскую информацию, отечественный и зарубежный опыт по тематике исследования (ПК-31);

- учебная:

**знать:**

* современные методы клинического обследования больных с артериальной гипертонией.
* основы профилактической помощи, направленных на укрепление здоровья населения

**уметь:**

* определить статус пациента: собрать анамнез, провести опрос пациента и/или его родственников, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация прекардиальной области, измерение АД, определение артериального пульса);
* оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи;
* оценить социальные факторы, влияющие на состояние физического и психологического здоровья пациента; культурные, этические, религиозные, семейные факторы риска;
* поставить предварительный диагноз – синтезировать информацию о пациенте с целью определения патологии и причин, ее вызывающих;
* заполнять фрагмент истории болезни.

**владеть:**

* правильным ведением медицинской документации;
* методами общеклинического обследования больных с патологией сердечно-сосудистой системы (расспрос, осмотр, пальпация прекардиальной области, определение пульса, АД);

**5. План изучения темы.**

**5.1 Контроль исходного уровня знаний**  (тесты)

**5. 2 Основные понятия и положения темы** (таблица уровней АД, таблица стадий ГБ, стратификация риска)

**5.3 Самостоятельная работа по теме**

- курация больных,

- разбор курируемых больных

- заполнение фрагмента истории болезни.

**5.4 Итоговый контроль знаний** (решение ситуационных задач)

**6. Домашнее задание для уяснения темы**

**6.1. Контрольные вопросы по теме занятия**

1. Назовите основные патогенетические механизмы развития АГ?
2. Какие цифры АД следует отнести к норме?
3. Какие цифры АД следует считать повышенными при нормальном АД?
4. С какого уровня АД начинается АГ?
5. Как подразделяется АГ по уровню АД?
6. Какие стадии ГБ выделяют по классификации ВОЗ?
7. Какие жалобы характерны для синдрома артериальной гипертензии?
8. Что объективно можно найти у больного при синдроме артериальной гипертензии?
9. Какие исследования следует считать обязательными при

дифференциальной диагностике АГ?

1. Какие исследования при АГ являются вспомогательными?
2. Какие факторы риска развития АГ Вы знаете?
3. Перечислите пути профилактики АГ?
4. Назовите причины симптоматических АГ?
5. Что такое синдром злокачественной АГ?
6. Перечистите правила измерения АД?

16.Что такое симптоматические АГ?

17.Назовите варианты симптоматических АГ?

18.Какие заболевания сопровождаются развитием почечной АГ?

19.Что лежит в основе развития почечной АГ?

20.Приведите примеры заболеваний, сопровождающиеся сосудистыми

АГ?

21.Что такое коарктация аорты?

22.Какая эндокринная патология протекает с АГ?

23.Опишите внешний вид больного с болезнью (синдромом) Иценко-

Кушинга?

24.Назовите основной клинический признак при синдроме Кона?

25.Какие исследования следует считать обязательными при

дифференциальной диагностике АГ?

26.Назначение каких лекарственных препаратов может привести к

повышению АД?

**6.2. Тесты**

**Вариант 1.**

001.Расширение левой границы относительной сердечной тупости характерно для всех стадий ГБ.

1) верно

2) неверно.

002. ГЛЮКОКОРТИКОИДЫ

1) повышают АД

2) не влияют на АД

3) снижают АД

4) сначала понижают, затем повышают

5) сначала повышают, затем понижают.

003. фактор, не относящийся к факторам риска АГ

1) курение

2) злоупотребление алкоголем

3) избыточная масса тела

4) пониженная масса тела

5) отягощенная наследственность.

004. К высокому НОРМАЛЬНОМУ АД относится

1) АД > 120/80 мм рт.ст.

2) АД < 130/85 мм рт. ст.

3) АД 130/85 мм рт.ст.

4) АД 130-139/85-89 мм рт.ст.

5) АД <120/80 мм РТ.ст.

005. При высоком АД

1) pulsus durus

2) pulsus molis

3) pulsus difference

4) pulsus tardus

5) pulsus vacuus

006. ГБ 2 стадии предполагает

1) отсутствие изменений в органах-мишенях

2) перенесенный ИМ в анамнезе

3) перенесенный мозговой инсульт в анамнезе

4) гипертрофию левого желудочка

5) наличие приступов стенокардии.

007. Оптимальным АД считается

1) <120/80 мм рт.ст.

2) 120/80 мм рт. ст.

3) АД, при котором пациент чувствует себя комфортно

4) >120/80 мм рт.ст.

5) ≥120/80 мм рт.ст.

008. Изменения ЭКГ при ГБ 2 стадии

1) RV5>RV4

2) высокий зубец R в V1

3) наиболее высокий зубец R в III стандартном отведении

4) максимальный зубец R в V4

5) отсутствие зубца Р.

009. стадиЯ ГБ, при которой отсутствует

гипертрофия левого желудочка

1) 1 ст.

2) 2 ст.

3) 3 ст.

010. заболевание, не являющееся причиной

смерти при ГБ

1) острое нарушение мозгового кровообращения

2) инфаркт кишечника из-за фибриноидного некроза

3) почечная недостаточность

4) инфаркт миокарда

5) хроническая сердечная недостаточность.

**Вариант 2.**

001. механизм, не участвующий в повышении АД

1) увеличение сердечного выброса

2) задержка натрия

3) увеличение активности ренина

4) увеличение активности катехоламинов

5) повышение венозного давления.

002. ГБ 2 ст. характеризуется

1) быстрым развитием терминальной почечной недостаточности

2) протекает без поражения органов мишеней

3) отсутствием изменений на глазном дне

4) гипертрофией левого желудочка

5) наличием инфаркта миокарда в анамнезе.

003. признак, не являющийся проявлением

поражения почек при ГБ

1) никтурия,

2) снижение концентрационной способности почек,

3) протеинурия,

4) микрогематурия,

5) лейкоцитурия.

004. критерий 3 ст. ГБ

1) гипертрофия левого желудочка, без сердечной недостаточности

2) отсутствие изменений на глазном дне

3) кровоизлияния в сетчатку

4) микроальбуминурия

5) возраст старше 65 лет.

005. Неблагоприятный прогноз при АГ обуславливают

факторы

1) развитие гипертонии в молодом возрасте

2) сахарный диабет

3) табакокурение

4) АГ с высоким содержанием ренина

5) все перечисленное.

006. признак, не являющийся показанием для

проведении суточного мониторирования АД

1) повышенная лабильность АД при повторных измерения или по данным самоконтроля

2) высокие значения АД у пациентов с малым числом факторов риска и отсутствием характерных для АГ изменений органов-мишеней

3) желание пациента

4) нормальные значения АД у пациентов с большим числом факторов риска и наличием характерных для АГ изменений органов-мишеней

5) большие отличия в величине АД на приеме и по данным самоконтроля.

007. фактор, который не относится к

достоинствам суточного мониторирования АД

1) дает информацию об АД в течение «повседневной» дневной активности и ночные часы

2) позволяет уточнить прогноз сердечно-сосудистых осложнений

3) более тесно связано с изменениями в органах мишенях

4) позволяет диагностировать ИБС

5) более точно оценивает антигипертензивный эффект терапии, так как позволяет уменьшить эффект «белого халата»

008. фактор, который не относится к условиям

измерения АД

1) исключается употребление кофе и крепкого чая в течение 1ч перед исследованием

2) манжета накладывается на предплечье на 2см ниже локтевого сгиба

3) рекомендуется не курить в течение 30 мин до измерения АД

4) АД измеряется в покое после 5-минутного отдыха

5) если процедуре измерения АД предшествовала значительная физическая нагрузка, период отдыха следует продлить до 30 мин.

009. способ, который не предназначен для

выявления гипертрофии левого желудочка

1)определение верхушечного толчка

2) определение левой границы относительной сердечной тупости

3) определение правой границы относительной сердечной тупости

4) ЭКГ

5) ЭХО КГ.

010. оцените категорию АД – 142/114 мм рт.ст.

1)нормальное

2) высокое нормальное

3) артериальная гипертония 1 степени

4) атрериальная гипертония 2 степени

5) артериальная гипертония 3 степени.

**Вариант 3.**

001. способ, который не предназначен для

выявления гипертрофии левого желудочка

1)определение верхушечного толчка

2) определение левой границы относительной сердечной тупости

3) определение правой границы относительной сердечной тупости

4) ЭКГ

5) ЭХО КГ.

002. оцените категорию АД – 142/114 мм рт.ст.

1)нормальное

2) высокое нормальное

3) артериальная гипертония 1 степени

4) атрериальная гипертония 2 степени

5) артериальная гипертония 3 степени.

003.Расширение левой границы относительной сердечной тупости характерно для всех стадий ГБ.

1) верно

2) неверно.

004. ГЛЮКОКОРТИКОИДЫ

1) повышают АД

2) не влияют на АД

3) снижают АД

4) сначала понижают, затем повышают

5) сначала повышают, затем понижают.

005. фактор, который не относится к

достоинствам суточного мониторирования АД

1) дает информацию об АД в течение «повседневной» дневной активности и ночные часы

2) позволяет уточнить прогноз сердечно-сосудистых осложнений

3) более тесно связано с изменениями в органах мишенях

4) позволяет диагностировать ИБС

5) более точно оценивает антигипертензивный эффект терапии, так как позволяет уменьшить эффект «белого халата»

006. фактор, который не относится к условиям

измерения АД

1) исключается употребление кофе и крепкого чая в течение 1ч перед исследованием

2) манжета накладывается на предплечье на 2см ниже локтевого сгиба

3) рекомендуется не курить в течение 30 мин до измерения АД

4) АД измеряется в покое после 5-минутного отдыха

5) если процедуре измерения АД предшествовала значительная физическая нагрузка, период отдыха следует продлить до 30 мин.

007. фактор, не относящийся к факторам риска АГ

1) курение

2) злоупотребление алкоголем

3) избыточная масса тела

4) пониженная масса тела

5) отягощенная наследственность.

008. К высокому АД относится

1) АД > 120/80 мм рт.ст.

2) АД < 130/85 мм рт. ст.

3) АД 130/85 мм рт.ст.

4) АД 130-139/85-89 мм рт.ст.

5) АД <120/80 мм РТ.ст.

009. стадиЯ ГБ, при которой отсутствует

гипертрофия левого желудочка

1) 1 ст.

2) 2 ст.

3) 3 ст.

010. заболевание, не являющееся причиной

смерти при ГБ

1) острое нарушение мозгового кровообращения

2) инфаркт кишечника из-за фибриноидного некроза

3) почечная недостаточность

4) инфаркт миокарда

5) хроническая сердечная недостаточность.

**Вариант 4.**

001. заболевание, не являющееся причиной

смерти при ГБ

1) острое нарушение мозгового кровообращения

2) инфаркт кишечника из-за фибриноидного некроза

3) почечная недостаточность

4) инфаркт миокарда

5) хроническая сердечная недостаточность.

002. механизм, не участвующий в повышении АД

1) увеличение сердечного выброса

2) задержка натрия

3) увеличение активности ренина

4) увеличение активности катехоламинов

5) повышение венозного давления.

003. К высокому АД относится

1) АД > 120/80 мм рт.ст.

2) АД < 130/85 мм рт. ст.

3) АД 130/85 мм рт.ст.

4) АД 130-139/85-89 мм рт.ст.

5) АД <120/80 мм РТ.ст.

004. При высоком АД

1) pulsus durus

2) pulsus molis

3) pulsus difference

4) pulsus tardus

5) pulsus vacuus

005. фактор, который не относится к условиям

измерения АД

1) исключается употребление кофе и крепкого чая в течение 1ч перед исследованием

2) манжета накладывается на предплечье на 2см ниже локтевого сгиба

3) рекомендуется не курить в течение 30 мин до измерения АД

4) АД измеряется в покое после 5-минутного отдыха

5) если процедуре измерения АД предшествовала значительная физическая нагрузка, период отдыха следует продлить до 30 мин.

006. способ, который не предназначен для

выявления гипертрофии левого желудочка

1)определение верхушечного толчка

2) определение левой границы относительной сердечной тупости

3) определение правой границы относительной сердечной тупости

4) ЭКГ

5) ЭХО КГ.

007. критерий 3 ст. ГБ

1) гипертрофия левого желудочка, без сердечной недостаточности

2) отсутствие изменений на глазном дне

3) кровоизлияния в сетчатку

4) микроальбуминурия

5) возраст старше 65 лет.

008. Неблагоприятный прогноз при АГ обуславливают

факторы

1) развитие гипертонии в молодом возрасте

2) сахарный диабет

3) табакокурение

4) АГ с высоким содержанием ренина

5) все перечисленное.

009. При высоком АД

1) pulsus durus

2) pulsus molis

3) pulsus difference

4) pulsus tardus

5) pulsus vacuus/

010. ГБ 2 стадии предполагает

1) отсутствие изменений в органах-мишенях

2) перенесенный ИМ в анамнезе

3) перенесенный мозговой инсульт в анамнезе

4) гипертрофию левого желудочка

5) наличие приступов стенокардии.

**6.3**. **Ситуационные задачи.**

**Задача №1.**

В отделение поступил больной С. с жалобами на сильные головные боли, которые длятся 2-е сутки, головокружение, рвоту, ухудшение зрения, мелькание «мушек» перед глазами, на боли в области сердца, АД 210/104 мм рт.ст.

1. Что с больным?
2. Какова звучность 2 тона?

В случае если ранее у больного не регистрировалось высокое АД, что будет с:

1. Границами ОТС?
2. Шириной сосудистого пучка?
3. Конфигурацией сердца?

**Задача № 2.**

В кардиологическое отделение поступил больной Л., у которого в течение года цифры АД в пределах 240/140 мм рт.ст., лечение неэффективно. Периодически отмечает резкое ухудшение с подъемом АД до 300/150 мм рт.ст. и резким ухудшением зрения. При осмотре глазного дна выявляется отек сетчатки глаза, кровоизлияния, размытость контуров диска.

1. Что у больного?
2. Ожидаемые границы ОТС?
3. Ожидаемые границы АТС?
4. Звучность 1 тона?
5. Звучность 2 тона?

**Задача № 3.**

При обследовании больной А., 25 лет, было выявлено повышение АД до 156/92 мм рт.ст. У больной имеется ожирение. Изменений со стороны внутренних органов не выявлено.

1. Как Вы оцениваете цифры АД?
2. Возможная звучность первого тона?
3. Возможная звучность 2 тона?
4. Что может произойти с границами ОТС?
5. Наиболее вероятные изменения свойств пульса?

**Задача № 4.**

Поступил больной Д., 42 лет, с жалобами на головную боль, сердцебиение, боли в области сердца. Резкое ухудшение отмечает по утрам. Цифры АД 194/115 мм рт.ст. Раньше обследовался в клинике, патологии со стороны почек, ЦНС, сердца, эндокринных желез не обнаружено, болен в течение 10 лет. В настоящее время выявлена гипертрофия левого желудочка, изменение глазного дна, ишемическая болезнь сердца.

1. Что у больного?
2. Звучность 1 тона?
3. Звучность 2 тона?
4. Размеры поперечника сердца?
5. Свойства верхушечного толчка?

**Задача № 5.**

Больной 69 лет обратился для обычного медицинского осмотра. Жалоб нет. При осмотре АД 160/100 мм рт.ст., пульс 72 в 1 мин., ритмичный, температура нормальная. Исследование сосудов глазного дна выявляют сужение артериол и извитость сосудистого рисунка. Грудная клетка обычной формы, без особенностей. Усиление верхушечного толчка. Остальные физикальные данные без особенностей. На ЭКГ гипертрофия левого желудочка. В анализах электролитов и креатинина изменений нет.

1. Можно ли утверждать, что АД у больного повысилось случайно?
2. Следует ли утверждать, что необходимо дообследование, для выяснения причин АГ?
3. Предполагаемая локализация верхушечного толчка?
4. Предполагаемая звучность 1 тона?
5. Предполагаемая звучность 2 тона?

**Задача №6.**

Больной 69 лет обратился для обычного медицинского осмотра. Жалоб нет. При осмотре АД 160/60 мм рт.ст., пульс 72 в 1 мин., ритмичный, температура нормальная. Исследование сосудов глазного дна выявляют сужение артериол и извитость сосудистого рисунка. Грудная клетка обычной формы, без особенностей. Усиление верхушечного толчка. Остальные физикальные данные без особенностей. На ЭКГ гипертрофия левого желудочка. В анализах высокий уровень холестерина, триглицеридов.

1.Можно ли утверждать, что АД у больного повысилось случайно?

2.Назовите наиболее вероятную причину повышения АД?

3.Предполагаемая локализация верхушечного толчка?

4.Предполагаемая звучность 1 тона?

5.Предполагаемая звучность 2 тона?

**Задача № 7**.

Больной 32 лет поступил в клинику с высоким АД 240/112 мм рт.ст., с жалобами на головную боль, бледность кожных покровов, сердцебиение, боли в животе, тошноту, рвоту. В период криза наблюдается гипергликемия, выраженная слабость.

1. Следствием какой патологии может являться этот гипертонический криз?
2. Повышение уровня каких гормонов наблюдается при данной патологии?
3. Какой наиболее вероятно будет звучность 2 тона?
4. Почему наблюдается гипергликемия?
5. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?

**Задача № 8.**

У больной отмечается: внезапное появление головной боли на фоне резкого повышения АД, сопровождающееся тошнотой, тахикардией, бледностью кожных покровов, после приступа - полиурией?

1. Какова наиболее вероятная причина гипертонии?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
3. Что можно выявить при перкуссии сердца?
4. Каковы параметры пульса?
5. Возможно ли стабильно высокое АД при данном заболевании?

**Задача №9.**

Больной С. жалуется на сильные головные боли, которые длятся 2-е сутки, головокружение, мелькание «мушек» перед глазами, АД 160/120 мм рт.ст. В анамнезе хронический пиелонефрит.

1.Что с больным?

2.Какова звучность 2 тона?

3.Какие обследования необходимо провести больному?

4.Что ожидаете в ОАМ?

5.Что можно получить при объективном обследовании больного?

**Задача № 10.**

Больная жалуется на головную боль, головокружение. Больна в течение 5 лет. Настоящее ухудшение в течение полугода, нарастает мышечная слабость, увеличился диурез. АД 170/100 мм рт.ст.

1.Укажите наиболее вероятную причину гипертонии?

2. Повышение какого гормона наблюдается при этой патологии?

3. Какие обследования необходимо провести?

4. Чем можно объяснить мышечную слабость?

5. Назовите синонимы данного заболевания

7. **Список тем по УИРС.**

1.Немедикаментозные методы лечения АГ.

2. Суточное мониторирование АД

3. Изменения глазного дна при АГ.

4. Артериальные гипертензии при эндокринной патологии.

5. Коарктация аорты.

6. Особенности изменения АД при пороках сердца.

**8.Рекомендованная литература по теме занятия**:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование, вид издания | Автор(-ы), составитель(-и), редактор(-ы) | Место издания, издательство, год |
| **Основная литература** | | | |
| 1. | [Пропедевтика внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=31615) : учеб.для мед. вузов | Н. А. Мухин, В. С. Моисеев | М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. |
| **Дополнительная литература** | | | |
| 1. | [Дополнительные методы обследования больного в терапевтической практике](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=1888) : учеб.пособие для студентов мед. вузов. Ч.2. | Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, Е. О. Карпухина [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2011. |
| 2. | [Дополнительные методы обследования больного в терапевтической практике](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=1889) : учеб.пособие для студентов мед. вузов. Ч.1. | Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, Е. О. Карпухина [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2011. |
| 3. | [Практикум по пропедевтике внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=21500) : учеб.пособие | ред. Ж. Д. Кобалава, В. С. Моисеев | М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. |
| 4. | [Пропедевтика внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=24744) : учеб.пособие к внеаудиторной работе для студентов 3 курса по спец. 060101- Лечебное дело, 060103- Педиатрия | сост. Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, А. Г. Иванов [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2009. |
| 5. | [Пропедевтика внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=30979) : учеб.пособие к аудиторной работе для студентов 3 курса по спец. 060101-Лечебное дело, 060103- Педиатрия. Ч.1.. - Режим доступа: polikarpov\_\_propedevtika\_stud\_3\_lech\_ped\_audit\_1\_1297665056.pdf | сост. Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, А. Г. Иванов [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2009. |
| 6. | [Пропедевтика внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=32404) : учеб.пособие к аудиторной работе для студентов 3 курса по спец. 060101-Лечебное дело, 060103- Педиатрия. Ч.2. | сост. Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, А. Г. Иванов [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2009. |

**1.Занятие №** 25

**Тема: « ИБС. Симптоматология стенокардии и инфаркта миокарда».**

**2. Форма организации занятия:** клиническое, практическое.

**3. Значение изучения темы** ( актуальность изучаемой проблемы).

В развитых странах ИБС является главной причиной смерти в зрелом возрасте. В нашей стране смертность от сердечно-сосудистых заболеваний составляет у мужчин 52%, у женщин - 63% (Р.Г. Оганов, 1991). В структуре смертности от сердечно-сосудистых заболеваний два заболевания составляют 90% всех случаев смертей *-* это ишемическая болезнь сердца и мозговой инсульт. В основа этих заболеваний лежит атеросклероз.

**4.Цели обучения:**

-общая:

на основе теоретических знаний и практических умений обучающийся должен знать понятие атеросклероза, ИБС, ИМ (этиологию, клинику, диагностику), уметь дать интерпретацию осмотра, пальпации, перкуссии, аускультации у пациентов с ИБС, уметь обосновать предварительный диагноз, назначить дополнительные методы обследования, уметь интерпретировать полученные данные с элементами дифференциальной диагностики, иметь представление о принципах лечения ИМ.

Обучающийся должен овладеть следующими общекультурными (ОК) и профессиональными компетенциями (ОП):

* способностью и готовностью анализировать социально-значимые проблемы и процессы, использовать на практике методы гуманитарных, естественнонаучных, медико-биологических и клинических наук в различных видах профессиональной и социальной деятельности (ОК-1);
* способностью и готовностью к логическому и аргументированному анализу, к публичной речи, ведению дискуссии и полемики, к редактированию текстов профессионального содержания, к осуществлению воспитательной и педагогической деятельности, к сотрудничеству и разрешению конфликтов, к толерантности (ОК-5);
* способностью и готовностью осуществлять свою деятельность с учетом принятых в обществе моральных и правовых норм, соблюдать правила врачебной этики, законы и нормативные правовые акты по работе с конфиденциальной информацией, сохранять врачебную тайну (ОК-8);
* способностью и готовностью реализовать этические и деонтологические аспекты врачебной деятельности в общении с коллегами, средним и младшим медицинским персоналом, взрослым населением и подростками, их родителями и родственниками (ПК-1);
* способностью и готовностью к формированию системного подхода к анализу медицинской информации, опираясь на всеобъемлющие принципы доказательной медицины, основанной на поиске решений с использованием теоретических знаний и практических умений в целях совершенствования профессиональной деятельности (ПК-3);
* способностью и готовностью проводить и интерпретировать опрос, физикальный осмотр, клиническое обследование, результаты современных лабораторно-инструментальных исследований, написать медицинскую карту стационарного больного с эндокринной патологией (ПК-5);
* способностью и готовностью к работе с медико-технической аппаратурой, используемой в работе с пациентами, владеть компьютерной техникой, получать информацию из различных источников, работать с информацией в глобальных компьютерных сетях; применять возможности современных информационных технологий для решения профессиональных задач (ПК-9);
* способностью и готовностью к постановке диагноза на основании результатов биохимических исследований биологических жидкостей и с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом (ПК-15);
* способностью и готовностью анализировать закономерности функционирования отдельных органов и систем, использовать знания анатомо-физиологических основ, основные методики клинико-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма взрослого человека и подростка для своевременной диагностики заболеваний и патологических процессов при заболеваниях желез внутренний секреции (ПК-16);
* способностью и готовностью выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы заболеваний, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом, анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах, использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ), выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний (ПК-17);
* способностью и готовностью анализировать и интерпретировать результаты современных диагностических технологий по возрастно-половым группам пациентов с учетом их физиологических особенностей организма человека для успешной лечебно-профилактической деятельности, провести диагностику физиологической беременности, участвовать в проведении судебно-медицинской экспертизы (ПК-18);
* способностью и готовностью использовать нормативную документацию, принятую в здравоохранении (законы Российской Федерации, технические регламенты, международные и национальные стандарты, приказы, рекомендации, терминологию, международные системы единиц (СИ), действующие международные классификации), а также документацию для оценки качества и эффективности работы медицинских организаций (ПК-27);
* способностью и готовностью изучать научно-медицинскую информацию, отечественный и зарубежный опыт по тематике исследования (ПК-31);

**Студент должен знать**:

* ведение типовой учетно-отчетной медицинской документации в медицинских организациях;
* заболевания, связанные с неблагоприятными воздействиями климатических и социальных факторов;
* основы профилактической помощи, организацию профилактических мероприятий, направленных на укрепление здоровья населения;
* методы диагностики, диагностические возможности методов непосредственного исследования больного терапевтического профиля, современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных;

**Студент должен уметь**:

* заполнять историю болезни;
* определить статус пациента: собрать анамнез, провести опрос пациента и/или его родственников, провести физикальное обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация, измерение АД, определение артериального пульса);
* оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи;
* оценить социальные факторы, влияющие на состояние физического и психологического здоровья пациента; культурные, этические, религиозные, семейные факторы риска;

**Студент должен владеть**:

* правильным ведением медицинской документации;
* методами общеклинического обследования.

**5. План изучения темы:**

**5.1 Контроль исходного уровня знаний** (тестовые задания).

**5.2 Основные понятия и положения темы**: «ИБС»; «Стенокардия», «Принципы классификации стенокардий», «Клиника стенокардии».

**5.3 Самостоятельная работа**

-курация больных

-заполнение фрагмента истории болезни

-разбор полученных данных

**5.4 Итоговый контроль знаний** (тестовые задания)

**5.5. Домашнее задание для уяснения темы занятия**

**5.6 Ситуационные задачи**

**Контроль исходного уровня знаний** (один правильный ответ)

**Вариант 1.**

001 ТИПИЧНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ БОЛЕЙ ПРИ СТЕНОКАРДИИ

1) за грудиной

2) в левой половине грудной клетки, в области верхушки

сердца

3) в правой половине грудной клетки

4) в эпигастрии

5) в правой руке

002 ХАРАКТЕР БОЛЕЙ ПРИ СТЕНОКАРДИИ

1) приступообразные

2) постоянные

3) режущего характера

5) колющие

6) ноющие

003 СУБЪЕКТИВНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЕЙ ПРИ СТЕНОКАРДИИ

1) сжимающие

2) колющие

3) ноющие

4) тупые

5)сверлящие

004 ПРЕДПОЛОЖЕНИЕ О ХРОНИЧЕСКОЙ ИБС СТАНОВИТСЯ БОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ КОГДА

1) описан типичный ангинозный приступ

2) имеются симптомы недостаточности кровообращения

3) имеются факторы риска ИБС

4) выявлена кардиомегалия

5) выявлены ксантомы

005 НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ИБС В СОМНИТЕЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ ЯВЛЯЕТСЯ

1) ЭКГ

2) нагрузочный тест

3) фонокардиография

4) эхокардиография

5) тетраполярная реография

006 ЛАБОРАТОРНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ, КОТОРЫЙ ПОДТВЕРЖДАЕТ РАЗВИТИЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА В ПЕРВЫЕ 4 ЧАСА ОТ НАЧАЛА ЗАБОЛЕВАНИЯ

1) аспартатаминотрансфераза

2) креатинфосфокиназа

3) лактатдегидрогеназа

4) щелочная фосфатаза

5)ОАК

007 ДЛЯ КАРДИОГЕННОГО ШОКА НЕ ХАРАКТЕРНО

1) снижение АД менее 90/50 мм рт.ст.

2) тахикардия

3) акроцианоз

4) снижение общего периферического сосудистого сопротивления

5) олиоанурия

008 НАИБОЛЕЕ ТОЧНЫМ ЭКГ- ПРИЗНАКОМ ТРАНСМУРАЛЬНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ

1) негативный зубец Т

2) нарушения ритма и проводимости

3) наличие комплекса QS

4) смещение сегмента SТ

5) снижение амплитуды зубца R

009 ДИАГНОЗУ СТЕНОКАРДИИ НЕ СООТВЕТСТВУЕТ

1) иррадиация болей в нижнюю челюсть

2) возникновение болей при подъеме на лестницу (более 1 этажа)

3) длительность болей 40 минут и более

4) выявление стеноза коронарной артерии

5) боли сопровождаются чувством нехватки воздуха

010 НЕОТЛОЖНОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БОЛЬНОГО В КАРДИОЛОГИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР ТРЕБУЮТ

1) впервые возникшая стенокардия

2) стенокардия напряжения II функционального класса

3) стенокардия напряжения III функционального класса

4) колющие боли в области верхушки сердца

5) ноющие боли в области сердца

**Вариант 2.**

001 ФАКТОР, НЕ ПОВЫШАЮЩИЙ РИСК РАЗВИТИЯ ИБС

1) повышение уровня липопротеидов высокой плотности

2) сахарный диабет

3) артериальная гипертензия

4) наследственная отягощенность

5) курение

002 ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ВЫПОТА В ПОЛОСТИ ПЕРИКАРДА НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫ

1) радиоизотопное сканирование сердца

2) ЭКГ

3) коронароангиография

4) ЭхоКГ

5) рентгенологическое исследование органов грудной клетки

003 ПРЕДЛОЖЕНИЕ О ХРОНИЧЕСКОЙ ИБС СТАНОВИТСЯ БОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ КОГДА

1) описан типичный ангинозный приступ

2) имеются симптомы недостаточности кровообращения

3) имеются факторы риска ИБС

4) выявлена кардиомегалия

5) выявлена гепатомегалия

004 НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ЭКГ – ПРИЗНАК ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ СТЕНОКАРДИИ

1) горизонтальная депрессия SТ

2) подъем SТ

3) глубокие зубцы Р

4) зубцы QS

5) синусовая тахикардия

005 ТИПИЧНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ БОЛЕЙ ПРИ СТЕНОКАРДИИ

1) за грудиной

2) в левой половине грудной клетки, в области верхушки сердца

3) в правой половине грудной клетки

4) в эпигастрии

5) в правой руке

006 ПРИЗНАКОМ АНЕВРИЗМЫ ПРИ ИНФАРКТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

1) застывший подъем сегмента ST в стадии рубцевания

2) уширенный желудочковый комплекс

3) глубокие отрицательные зубцы Т

4) увеличение размеров сердца

007 ФАКТОР, НЕ ПОВЫШАЮЩИЙ РИСК ИБС

1) повышение уровня липопротеидов высокой плотности

2) сахарный диабет

3) артериальная гипертензия

4) наследственная отягощенность

5) курение

008 МЕСТО НАЧАЛА ВЕНЕЧНЫХ АРТЕРИЙ СЕРДЦА

1) аорта

2) легочный ствол

3) левый желудочек

4) подключичная артерия

5) общая сонная артерия

009 ПРИЧИНА СМЕРТИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИБС

1) кома

2) кардиогенный шок

3) острая сосудистая недостаточность

4) хроническая сердечно-сосудистая недостаточность

5) хроническая легочная недостаточность

010 ИБС- ЭТО

1) заболевание миокарда вследствие экзогенных интоксикаций

2) заболевание миокарда вследствие эндогенных интоксикаций

3) заболевание миокарда вследствие абсолютной или относительной недостаточности коронарного кровообращения

4) заболевание миокарда вследствие травмы

5) заболевание миокарда вследствие его воспаления

**Вариант 3**.

001 НЕВЕРНОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ В ОТНОШЕНИИ ФАКТОРОВ РИСКА ИБС

1) фактором риска является сахарный диабет

2) наследственность не имеет существенного значения

3) имеет значение гиперхолестеринемия

4) гипертония - фактор риска ИБС

5) частые стрессы - фактор риска ИБС

002ДЛЯ ЗАДНЕДИАФРАГМАЛЬНОЙ (НИЖНЕЙ) ЛОКАЛИЗАЦИИ ОСТРОГО ТРАНСМУРАЛЬНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ТИПИЧНО ПОЯВЛЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ НА ЭКГ В СЛЕДУЮЩИХ ОТВЕДЕНИЯХ

1) I , II, стандартных и aVL

2) II, III стандартных и V5-V6

3) I стандартном и V5-V6

4) V1-V4 и aVL

5) только в Avl

003 К ПРИЗНАКАМ КАРДИОГЕННОГО ШОКА ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА НЕ ОТНОСЯТСЯ

1) снижение АД ниже 80/50 мм рт.ст.

2) снижение диуреза ниже 20 мл/час

3) снижение объема циркулирующей крови

4) снижение сердечного выброса

004 ЭКГ – ДИАГНОСТИКУ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ЗАТРУДНЯЕТ

1) полная блокада правой ножки пучка Гиса

2) полная блокада левой ножки пучка Гиса

3) полная атриовентрикулярная блокада;

4) частая желудочковая экстрасистолия

005 ТИПИЧНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ БОЛЕЙ ПРИ СТЕНОКАРДИИ

1) за грудиной

2) в левой половине грудной клетки, в области верхушки сердца

3) в правой половине грудной клетки

4) в эпигастрии

5) в правой руке

006 НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ЭКГ – ПРИЗНАК ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ СТЕНОКАРДИИ

1) горизонтальная депрессия SТ

2) подъем SТ

3) глубокие зубцы Р

4) зубцы QS

007 ЛАБОРАТОРНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ, КОТОРЫЙ ПОДТВЕРЖДАЕТ РАЗВИТИЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА В ПЕРВЫЕ 4 ЧАСА ОТ НАЧАЛА ЗАБОЛЕВАНИЯ

1) аспартатаминотрансфераза

2) креатинфосфокиназа

3) лактатдегидрогеназа

4) щелочная фосфатаза

008 ПРИЧИНА ИНФАРКТА МИОКАРДА

1) сдавление опухолью коронарных сосудов

2) тромбоз коронарных артерий

3) воспаление коронарных артерий

4) воспаление коронарных вен

5) жировая дистрофия миокарда

009 ВСЕ ИЗМЕНЕНИЯ КРОВИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ОСТРОЙ СТАДИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА,КРОМЕ

1) увеличение уровня миоглобина

2) появление С - реактивного белка

3) увеличение активности щелочной фосфатазы

010 СИМПТОМ ТИПИЧНЫЙ ДЛЯ СИНДРОМА ДРЕССЛЕРА

1) повышение температуры тела

2) перикардит

3) плеврит

4) увеличение количества эозинофилов в периферической крови

5) все перечисленное

**Вариант 4.**

001 НАИБОЛЕЕ ТОЧНЫМ ЭКГ- ПРИЗНАКОМ ТРАНСМУРАЛЬНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ

1) негативный зубец Т

2) нарушения ритма и проводимости

3) наличие комплекса QS

4) смещение сегмента SТ

5) снижение амплитуды зубца R

002 КАК СЛЕДУЕТ КВАЛИФИЦИРОВАТЬ УХУДШЕНИЕ В ТЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ, УСЛИ НА 4 НЕДЕЛЕ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ВОЗНИКЛИ ИНТЕНСИВНЫЕ СЖИМАЮЩИЕ БОЛИ ЗА ГРУДИНОЙ, ПОЯВИЛАСЬ ОТРИЦАТЕЛЬНАЯ ДИНАМИКА НА ЭКГ, И ВНОВЬ ПОВЫСИЛАСЬ АКТИВНОСТЬ АСТ, АЛТ, КФК-МВ?

1) тромбоэмболия легочной артерии

2) рецидивирующий инфаркт миокарда

3) повторный инфаркт миокарда

4) развитие синдрома Дресслера

003 ИБС - ЭТО

1) заболевание миокарда вследствие экзогенных интоксикаций

2) заболевание миокарда вследствие эндогенных интоксикаций

3) заболевание миокарда вследствие абсолютной или относительной недостаточности коронарного кровообращения

4) заболевание миокарда вследствие травмы

5) заболевание миокарда вследствие его воспаления

004 ПРИЧИНА СМЕРТИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИБС

1) кома

2) кардиогенный шок

3) острая сосудистая недостаточность

4) хроническая сердечно-сосудистая недостаточность

5) хроническая легочная недостаточность

005 ОТЛОЖЕНИЕ КАКИХ ЛИПОПРОТЕИДОВ В СТЕНКАХ КРОВЕНОСНЫХ СОСУДОВ ВЫЗЫВАЕТ АТЕРОСКЛЕРОЗ

1) липопротеидов низкой плотности

2) липопротеидов высокой плотности

3) хиломикронов

006 МЕСТО НАЧАЛА ВЕНЕЧНЫХ АРТЕРИЙ СЕРДЦА

1) аорта

2) легочный ствол

3) левый желудочек

007 ПОТРЕБЛЕНИЕ КАКИЗ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРОДУКТОВ ПРИВОДИТ К ПОВЫШЕНИЮ СОДЕРЖАНИЯ ТРИГЛИЦЕРИДОВ В КРОВИ

1) мясо

2) кондитерские изделия

3) икра лосося

4) куриные яйца

5) листья салата

008 ИНФАРКТ ЗАДНЕБОКОВОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ВЫЯВЛЯЕТСЯ В ОТВЕДЕНИЯХ

1) aVL, V5-V6

2) II, III стандартных и aVF

3) V1-V3

4) II, III стандартных и aVF; V5-V6

5) V3-V6

009 ФАКТОР, НЕ ПОВЫШАЮЩИЙ РИСК РАЗВИТИЯ ИБС

1) повышение уровня липопротеидов высокой плотности

2) сахарный диабет

3) артериальная гипертензия

4) наследственная отягощенность

5) курение

010 В ПОНЯТИЕ « РЕЗОРБЦИОННО-НЕКРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ» НЕ ВХОДИТ

1) повышение температуры тела

2) увеличение уровня щелочной фосфатазы

3) нейтрофильный сдвиг

4) увеличение СОЭ

5) обнаружение С - реактивного белка

**Итоговый контроль знаний**

**Вариант 1** (в скобках указано количество правильных ответов)

001 (1) ЭКГ – ПРИЗНАКАМИ СТЕНОКАРДИИ И КОРОНАРНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА

1) удлинение интервала Q-Т

2) удлинение интервала Р-Q

3) зубец Q амплитудой больше трети зубца R и длительностью более 0,03 сек

4) изменение конечной части желудочкового комплекса и зубца Т

5) «застывший» подъем сегмента ST выше 2 мм от изолинии

002 (3) ДИАГНОЗУ СТЕНОКАРДИИ СООТВЕТСТВУЕТ

1) иррадиация болей в нижнюю челюсть

2) длительность болей 40 минут и более

3) выявление стеноза коронарной артерии

4) наличие факторов риска ИБС

5) возникновение болей при подъеме на лестницу (более

одного этажа)

003 (2) ДИАГНОЗУ СПОНТАННОЙ СТЕНОКАРДИИ НЕ СООТВЕТСТВУЕТ

1) стенокардия покоя

2) впервые возникшая стенокардия напряжения

3) стабильная стенокардия

4) стенокардия Принцметала

5) вариантная стенокардия

004 (1) УСЛОВИЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ БОЛИ ПРИ СТЕНОКАРДИИ

1) физическая нагрузка

2) сильные эмоции

3) обильный прием пищи

4) холод

5) ходьба против ветра

6) курение

7) все перечисленное верно

005 (2) НАЗОВИТЕ ЭКВИВАЛЕНТЫ СТЕНОКАРДИИ

1) одышка

2) болевой синдром

3) отеки

4) резкая утомляемость при нагрузке

5)боли внизу живота

006 (1) ПОЗВОЛЯЕТ ЛИ ЭКГ- ДИАГНОСТИКА ОТДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ НЕСТАБИЛЬНУЮ СТЕНОКАРДИЮ ОТ МЕЛКООЧАГОВОГО (без зубца Q) ИНФАРКТА МИОКАРДА

1) да

2) нет

3) в некоторых случаях

4)несомненно «да»

5)несомненно «нет»

007 (3) ДИАГНОЗУ СТЕНОКАРДИИ НЕ СООТВЕТСТВУЕТ

1) загрудинная боль

2) продолжительность боли от 1 до 15 мин

3) боль имеет убывающий характер

4) прекращение боли от приема нитроглицерина, или прекращения физической нагрузки;

5) характер боли колющий

008 (3) ПРИЗНАК, КОТОРЫЙ НЕ ВХОДИТ В ПОНЯТИЕ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ

1) впервые возникшая стенокардия

2) прогрессирующая стенокардия напряжения

3) стенокардия, впервые возникшая в покое

4) стенокардия покоя, вариантная стенокардия

5) стенокардия IIIФК

009 (3) К ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ СТЕНОКАРДИИ

1) приступы стенокардии появились не более 1 месяца назад

2) приступы стенокардии стали появляться в покое или в ночное время

3) приступы стенокардии при подъеме на 2-3 этаж

4) увеличение количества и продолжительности приступов стенокардии напряжения

5) появление приступов после перенесенного инфаркта миокарда

010 (3)БЕЗБОЛЕВУЮ ИШЕМИЮ МИОКАРДА МОЖНО ДИАГНОСТИРОВАТЬ С ПОМОЩЬЮ

1) суточное мониторирование ЭКГ

2) эхокардиография

3) сывороточные маркеры повреждения миокарда

4) стресс-ЭхоКГ

5) велоэргометрия

**Вариант 2**

001 (3) ПРИ ОСМОТРЕ БОЛЬНОГО С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА МОЖНО ВЫЯВИТЬ

1) бледность кожных покровов

2) холодные конечности

3) набухание шейных вен

4) отеки

5) вишневый цвет кожных покровов

002 (1) ПОЗВОЛЯЕТ ЛИ ЭКГ- ДИАГНОСТИКА ОТДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ НЕСТАБИЛЬНУЮ СТЕНОКАРДИЮ ОТ МЕЛКООЧАГОВОГО (без зубца Q) ИНФАРКТА МИОКАРДА

1) да

2) нет

3) в некоторых случаях

4)несомненно «да»

5)несомненно «нет»

003 (2) К ЭКВИВАЛЕНТАМ СТЕНОКАРДИИ ОТНОСИТСЯ

1) одышка

2) болевой синдром

3) отеки

4) резкая утомляемость при нагрузке

5)боли внизу живота

004 (1) УСЛОВИЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ БОЛИ ПРИ СТЕНОКАРДИИ

1) физическая нагрузка

2) сильные эмоции

3) обильный прием пищи

4) холод

5) ходьба против ветра

6) курение

7) все перечисленное верно

005 (3) ДИАГНОЗУ СПОНТАННОЙ СТЕНОКАРДИИ СООТВЕТСТВУЕТ

1) стенокардия покоя

2) впервые возникшая стенокардия напряжения

3) стабильная стенокардия

4) стенокардия Принцметала

5) вариантная стенокардия

006 (3) БЕЗБОЛЕВУЮ ИШЕМИЮ МИОКАРДА МОЖНО ДИАГНОСТИРОВАТЬ С ПОМОЩЬЮ

1) суточное мониторирование ЭКГ

2) эхокардиография

3) сывороточные маркеры повреждения миокарда

4) стресс-ЭхоКГ

5) велоэргометрия

007 (3) К ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ СТЕНОКАРДИИ ОТНОСЯТСЯ

1) приступы стенокардии появились не более 1 месяца назад

2) приступы стенокардии стали появляться в покое или в ноч­ное время

3) приступы стенокардии при подъеме на 2-3 этаж

4) увеличение количества и продолжительности приступов стенокардии напряжения

5) появление приступов после перенесенного инфаркта миокарда

008 (3) В ПОНЯТИЕ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ ВХОДИТ

1) впервые возникшая стенокардия

2) прогрессирующая стенокардия напряжения

3) стенокардия, впервые возникшая в покое

4) стенокардия покоя, вариантная стенокардия

5)стенокардия III ФК

009 (3) ДИАГНОЗУ СТЕНОКАРДИИ СООТВЕТСТВУЕТ

1) загрудинная боль

2) продолжительность боли от 1 до 15 мин

3) боль имеет убывающий характер

4) прекращение боли от приема нитроглицерина или прекращения физической нагрузк

5) характер боли колющий

010 (3) БЕЗБОЛЕВУЮ ИШЕМИЮ МИОКАРДА МОЖНО ДИАГНОСТИРОВАТЬ С ПОМОЩЬЮ

1) суточное мониторирование ЭКГ

2) эхокардиография

3) сывороточные маркеры повреждения миокарда

4) стресс-ЭхоКГ

5) велоэргометрия

**Вариант 3**

001 (3) К ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ СТЕНОКАРДИИ ОТНОСЯТСЯ

1) приступы стенокардии появились не более 1 месяца назад

2) приступы стенокардии стали появляться в покое или в ноч­ное время

3) приступы стенокардии при подъеме на 2-3 этаж

4) увеличение количества и продолжительности приступов стенокардии напряжения

5) появление приступов после перенесенного инфаркта миокарда

002 (3) В ПОНЯТИЕ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ НЕ ВХОДИТ

1) впервые возникшая стенокардия

2) прогрессирующая стенокардия напряжения

3) стенокардия, впервые возникшая в покое

4) стенокардия покоя, вариантная стенокардия

5)стенокардия 1ФК

003 (3) ДИАГНОЗУ СТЕНОКАРДИИ НЕ СООТВЕТСТВУЕТ

1) загрудинная боль

2) продолжительность боли от 1 до 15 мин

3) боль имеет убывающий характер

4) прекращение боли от приема нитроглицерина или прекращения физической нагрузки

5) характер боли колющий

004 (1) ПОЗВОЛЯЕТ ЛИ ЭКГ- ДИАГНОСТИКА ОТДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ НЕСТАБИЛЬНУЮ СТЕНОКАРДИЮ ОТ МЕЛКООЧАГОВОГО (без зубца Q) ИНФАРКТА МИОКАРДА

1) да

2) нет

3) в некоторых случаях

005 (1) УСЛОВИЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ БОЛИ ПРИ СТЕНОКАРДИИ

1) физическая нагрузка

2) сильные эмоции

3) обильный прием пищи

4) холод

5) ходьба против ветра

6) курение

006 (1) К ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ СТЕНОКАРДИИ ОТНОСЯТСЯ

1) приступы стенокардии появились не более 1 месяца назад

2) приступы стенокардии стали появляться в покое или в ноч­ное время

3) приступы стенокардии при подъеме на 2-3 этаж

4) увеличение количества и продолжительности приступов стенокардии напряжения

5) появление приступов после перенесенного инфаркта миокарда

007 (1) БОЛЬНОЙ 45 ЛЕТ ПОСТУПИЛ В КЛИНИКУ С СИМПТОМАТИКОЙ ОСТРОГО ПЕРЕДНЕ - ПЕРЕГОРОДОЧНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА. ЧЕРЕЗ 10 ЧАСОВ ПОЧУВСТВОВАЛ «ЗАМИРАНИЕ» В РАБОТЕ СЕРДЦА, УСИЛИЛАСЬ СЛАБОСТЬ, ПОЯВИЛОСЬ ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ. НА ЭКГ:РИТМ СИНУСОВЫЙ, ПУЛЬС 78 В МИНУТУ. ПЕРИОДИЧЕСКИ ПОЯВЛЯЮТСЯ ПО 2-3 ШИРОКИХ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ КОМПЛЕКСА ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ 0,18СЕК, НЕПРАВИЛЬНОЙ, ПОЛИМОРФНОЙ ФОРМЫ, ПОСЛЕ КОТОРЫХ ИМЕЮТСЯ ПОЛНЫЕ КОМПЕНСАТОРНЫЕ ПАУЗЫ. КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА ИМЕЕТ МЕСТО

1) полная атриовентрикулярная блокада

2) желудочковая тахикардия

3) желудочковая экстрасистолия

008 (1) ДИАГНОЗУ СТЕНОКАРДИИ СООТВЕТСТВУЕТ

1) загрудинная боль

2) продолжительность боли от 1 до 15 мин

3) боль имеет убывающий характер

4) прекращение боли от приема нитроглицерина или прекращения физической нагрузки

5) характер боли колющий

009 (1) К ЭКВИВАЛЕНТАМ СТЕНОКАРДИИ ОТНОСИТСЯ

1) одышка

2) болевой синдром

3) отеки

4) резкая утомляемость при нагрузке

010 (1) ДИАГНОЗУ СПОНТАННОЙ СТЕНОКАРДИИ НЕ СООТВЕТСТВУЕТ

1) стенокардия покоя

2) впервые возникшая стенокардия напряжения

3) стабильная стенокардия

4) стенокардия Принцметала

5) вариантная стенокардия

**Вариант 4**.

001 (3) К ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ СТЕНОКАРДИИ ОТНОСЯТСЯ

1) приступы стенокардии появились не более 1 месяца назад

2) приступы стенокардии стали появляться в покое или в ноч­ное время

3) приступы стенокардии при подъеме на 2-3 этаж

4) увеличение количества и продолжительности приступов стенокардии напряжения

5) появление приступов после перенесенного инфаркта миокарда

002 (3) ДИАГНОЗУ СТЕНОКАРДИИ СООТВЕТСТВУЕТ

1) загрудинная боль

2) продолжительность боли от 1 до 15 мин

3) боль имеет убывающий характер

4) прекращение боли от приема нитроглицерина или прекращения физической нагрузк

5) характер боли колющий

003 (3) ДИАГНОЗУ СПОНТАННОЙ СТЕНОКАРДИИ СООТВЕТСТВУЕТ

1) стенокардия покоя

2) впервые возникшая стенокардия напряжения

3) стабильная стенокардия

4) стенокардия Принцметала

5) вариантная стенокардия

004 (2) К ЭКВИВАЛЕНТАМ СТЕНОКАРДИИ ОТНОСИТСЯ

1) одышка

2) болевой синдром

3) отеки

4) резкая утомляемость при нагрузке

5) боли внизу живота

005 (3) ПРИ ОСМОТРЕ БОЛЬНОГО С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА МОЖНО ВЫЯВИТЬ

1) бледность кожных покровов

2) холодные конечности

3) набухание шейных вен

4) отеки

5) вишневый цвет кожных покровов

006 (1) ПОЗВОЛЯЕТ ЛИ ЭКГ- ДИАГНОСТИКА ОТДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ НЕСТАБИЛЬНУЮ СТЕНОКАРДИЮ ОТ МЕЛКООЧАГОВОГО (без зубца Q) ИНФАРКТА МИОКАРДА

1) да

2) нет

3) в некоторых случаях

4) несомненно «да»

5) несомненно «нет»

007 (1) УСЛОВИЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ БОЛИ ПРИ СТЕНОКАРДИИ

1) физическая нагрузка

2) сильные эмоции

3) обильный прием пищи

4) холод

5) ходьба против ветра

6) курение

7) все перечисленное верно

008 (3) БЕЗБОЛЕВУЮ ИШЕМИЮ МИОКАРДА МОЖНО ДИАГНОСТИРОВАТЬ С ПОМОЩЬЮ

1) суточное мониторирование ЭКГ

2) эхокардиография

3) сывороточные маркеры повреждения миокарда

4) стресс-ЭхоКГ

5) велоэргометрия

009 (3) С ПОМОЩЬЮ КАКИХ МЕТОДОВ МОЖНО ДИАГНОСТИРОВАТЬ БЕЗБОЛЕВУЮ ИШЕМИЮ МИОКАРДА

1) суточное мониторирование ЭКГ

2) эхокардиография

3) сывороточные маркеры повреждения миокарда

4) стресс-ЭхоКГ

5) велоэргометрия

010 (3) НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ -ЭТО

1) впервые возникшая стенокардия

2) прогрессирующая стенокардия напряжения

3) стенокардия, впервые возникшая в покое

4) стенокардия покоя, вариантная стенокардия

5) стенокардия III ФК

**Ситуационные задачи**

**Задача 1.**

Больной А.. 30 лет анамнез - здоров до вызова скорой помощи и поступления в клинику. На фоне психоэмоциональной перегрузки у больного появились боли за грудиной жгучего характера. Больной принял нитроглицерин. Боли не купировались. Была вызвана скорая помощь, которая прибыла через 40 минут. По прибытию врача кардио­лога больного оставались загрудинные боли. Больному оказана ме­дицинская помощь, боли купировались. При поступлении в клинику у больного боли в области сердца не отмечались. На ЭКГ подъем сегмента SТ в II, III, aVF; Депрессия сегмента ST в I и aVL

1)Что у больного?

2)Поможет ли определиться с диагнозом R-графия грудной клетки?

3) Поможет ли определиться с диагнозом ОАК?

4) Поможет ли определиться с диагнозом определение КФК, МВ-КФК?

5) Поможет ли определиться с диагнозом эхокардиоскопия?

**Задача 2.**

Больной К., 45 лет страдает гипертонической болезнью 2 ст. в те­чение 3 лет. В течение последнего года он стал отмечать боли при физической нагрузке при подъёме выше второго этажа, которые купи­руются в покое.

1)Что у больного?

2)Оправдано ли ожидание патологического зубца Q на ЭКГ?

3) Оправдано ли ожидание в ОАК лейкоцитоза?

4) Оправдано ли ожидание в БАК повышение уровня кардиоспецефических ферментов?

5) Поможет ли в диагностике ВЭМ?

**Задача 3.**

57 - летний больной жалуется, что в течение года 1-2 раза в месяц под утро возникают загрудинные боли сжимающего характера, отдающие под левую лопатку, которые проходят в течение получаса после приема нитроглицерина. При холтеровском мониторировании, в момент приступа подъем ST в отведениях V 5-6 8 мм на следующий день ST - на изолинии.

1)Какая патология у больного?

2) Оправдано ли ожидание патологического зубца Q на ЭКГ?

3) Оправдано ли ожидание в ОАК лейкоцитоза?

4) Оправдано ли ожидание в БАК повышение уровня кардиоспецефических ферментов?

5) Поможет ли в диагностике ВЭМ?

**Задача 4.**

Больной, 40 лет, жалобы на длительные ноющие боли прекардиальной области, нечетко связанные с волнениями ощущения «прокола» в левой половине грудной клетки. При осмотре патологии на ЭКГ не выявлено, ЭКГ без особенностей.

1)С какого исследования следует начать обследование пациента?

2) Оправдано ли ожидание патологического зубца Q на ЭКГ?

3) Оправдано ли ожидание в ОАК лейкоцитоза?

4) Оправдано ли ожидание в БАК повышение уровня кардиоспецефических ферментов?

5) Поможет ли в диагностике ВЭМ?

**Задача 5.**

Больной, 46 лет, ночью стали возникать приступы загрудинных болей, во время которых на ЭКГ регистрировался преходящий подъем сегмента SТ.

1) Ваш вероятный диагноз?

2) Оправдано ли ожидание патологического зубца Q на ЭКГ?

3) Оправдано ли ожидание в ОАК лейкоцитоза?

4) Оправдано ли ожидание в БАК повышение уровня кардиоспецефических ферментов?

5) Поможет ли в диагностике ВЭМ?

**Задача 6.**

Больной, 49 лет, доставлен в клинику с острым инфарктом миокарда, появилась одышка, тахипноэ, снижение ЛД до 100/70 мм рт. ст., тахикардия до 120 в минуту, в нижних отделах легких появились влажные хрипы. В 3-4 межреберье по левому краю грудины стал выслушиваться интенсивный систолический шум с ритмом галопа, насыщение крови кислородом в правом желудочке увеличено.

1) Наиболее вероятный диагноз?

2) Что означает появление влажных хрипов в легких?

3) Что такое ритм галопа?

4) Какой ожидается звучность 1 тона?

5) Какой ожидается звучность 2 тона?

**Задача 7.**

У 45 - летнего мужчины после большой физической нагрузки развились резкие, давящие боли за грудиной. Больной при поступлении несколько заторможен, ЧД 26 в минуту. в легких жесткое дыхание, хрипов нет, тоны сердца глухие, пульс 115 в минуту, слабого наполнения, АД 95/75 мм рт. ст. Печень не пальпируется, отеков нет, на ЭКГ - подъем ST в отведениях I, aVL, V 5-6 снижение ST в отведениях III,V 1-2.

1)Вероятный диагноз?

2) Какой ожидается звучность 1 тона?

3) Какой ожидается звучность 2 тона?

4) Каким образом в уточнении диагноза поможет ОАК?

5) Каким образом в уточнении диагноза поможет повышение уровня кардиоспецефических ферментов?

**Задача 8.**

Больная 48 лет, жалуется на разнообразные боли в левой половине грудной клетки: ноющие, колющие, прокалывающие. Связи болей с физической нагрузкой нет. Патологии на ЭКГ не выявлено. Физикальные данные без особенностей.

1) Какую патологию можно заподозрить у больной?

2) Помогает ли в диагностике Холтер-ЭКГ?

3) Поможет ли в диагностике ВЭМ?

4) Каким образом в уточнении диагноза поможет ОАК?

5) Каким образом в уточнении диагноза поможет повышение уровня кардиоспецефических ферментов?

**Задача 9.**

У женщины 48 лет, страдающей гипертонической болезнью, с отягощенным по ИБС анамнезом стали возникать приступы загрудинных болей сжимающего характера. На ЭКГ во время приступа регистрируются отрицательные зубцы Т в V2-V4, легкая депрессия ST

1)Вероятный диагноз?

2) Каким образом в уточнении диагноза поможет повышение уровня кардиоспецефических ферментов?

3) Каким образом в уточнении диагноза поможет ОАК?

4)Помогает ли в диагностике ЭХО-КГ?

5)Помогает ли в диагностике R-графия грудной клетки?

**Задача 10.**

В стационар доставлена больная, 68 лет, у которой в течение 5 лет регистрируются давящие, сжимающие боли за грудиной при физических нагрузках. АД, фиксируемое за этот период времени, в пределах 140-180/ 90-110 мм.рт.ст. К врачам не обращалась. Регулярно не лечилась

1)Вероятный диагноз?

2)Помогает ли в диагностике Холтер-ЭКГ?

3)Помогает ли в диагностике ЭКГ?

4)Помогает ли в диагностике ЭХО-КГ?

5) Ожидаемая звучность тонов сердца?

**7 . Рекомендации по УИРС**:

- ЭХОКГ при ИБС

- Велоэргометрия

- Новое в этиологии ИБС

**8.Рекомендуемая литература**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование, вид издания | Автор(-ы), составитель(-и), редактор(-ы) | Место издания, издательство, год |
| **Основная литература** | | | |
| 1. | [Пропедевтика внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=31615) : учеб.для мед. вузов | Н. А. Мухин, В. С. Моисеев | М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. |
| **Дополнительная литература** | | | |
| 1. | [Дополнительные методы обследования больного в терапевтической практике](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=1888) : учеб.пособие для студентов мед. вузов. Ч.2. | Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, Е. О. Карпухина [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2011. |
| 2. | [Дополнительные методы обследования больного в терапевтической практике](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=1889) : учеб.пособие для студентов мед. вузов. Ч.1. | Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, Е. О. Карпухина [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2011. |
| 3. | [Практикум по пропедевтике внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=21500) : учеб.пособие | ред. Ж. Д. Кобалава, В. С. Моисеев | М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. |
| 4. | [Пропедевтика внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=24744) : учеб.пособие к внеаудиторной работе для студентов 3 курса по спец. 060101- Лечебное дело, 060103- Педиатрия | сост. Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, А. Г. Иванов [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2009. |
| 5. | [Пропедевтика внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=30979) : учеб.пособие к аудиторной работе для студентов 3 курса по спец. 060101-Лечебное дело, 060103- Педиатрия. Ч.1.. - Режим доступа: polikarpov\_\_propedevtika\_stud\_3\_lech\_ped\_audit\_1\_1297665056.pdf | сост. Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, А. Г. Иванов [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2009. |
| 6. | [Пропедевтика внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=32404) : учеб.пособие к аудиторной работе для студентов 3 курса по спец. 060101-Лечебное дело, 060103- Педиатрия. Ч.2. | сост. Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, А. Г. Иванов [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2009. |

#### 1.Занятие №26.

**Тема: « Итоговая курация. Разбор курируемых больных. Написание истории болезни».**

**2.Форма организации занятия:** клиническое практическое.

**3.Значение изучения темы**: Без освоения умения провести полноценный расспрос, наружный осмотр, оценить данные пальпации, перкуссии, аускультации невозможно говорить о серьезной диагностике, а значит и о лечении пациента. Однако недостаточно провести полное обследование больного и интерпретировать полученные данные, необходимо уметь правильно оформить его историю болезни. Без освоения этого раздела деятельности невозможно говорить о профессионализме врача.

**4.Цели обучения**:

-общая: обучающиеся должны обладать общекультурными (ОК) и профессиональными компетенциями (ПК):

* способностью и готовностью анализировать социально-значимые проблемы и процессы, использовать на практике методы гуманитарных, естественнонаучных, медико-биологических и клинических наук в различных видах профессиональной и социальной деятельности (ОК-1);
* способностью и готовностью к логическому и аргументированному анализу, к публичной речи, ведению дискуссии и полемики, к редактированию текстов профессионального содержания, к осуществлению воспитательной и педагогической деятельности, к сотрудничеству и разрешению конфликтов, к толерантности (ОК-5);
* способностью и готовностью осуществлять свою деятельность с учетом принятых в обществе моральных и правовых норм, соблюдать правила врачебной этики, законы и нормативные правовые акты по работе с конфиденциальной информацией, сохранять врачебную тайну (ОК-8);
* способностью и готовностью реализовать этические и деонтологические аспекты врачебной деятельности в общении с коллегами, средним и младшим медицинским персоналом, взрослым населением и подростками, их родителями и родственниками (ПК-1);
* способностью и готовностью проводить и интерпретировать опрос, физикальный осмотр, клиническое обследование, результаты современных лабораторно-инструментальных исследований, написать медицинскую карту стационарного больного с эндокринной патологией (ПК-5);
* способностью и готовностью проводить патофизиологический анализ клинических синдромов, обосновывать патогенетически оправданные методы (принципы) диагностики, лечения, реабилитации и профилактики среди взрослого населения и подростков с учетом их возрастно-половых групп (ПК-6);
* способностью и готовностью к работе с медико-технической аппаратурой, используемой в работе с пациентами, владеть компьютерной техникой, получать информацию из различных источников, работать с информацией в глобальных компьютерных сетях; применять возможности современных информационных технологий для решения профессиональных задач (ПК-9);
* способностью и готовностью к постановке диагноза на основании результатов биохимических исследований биологических жидкостей и с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом (ПК-15);
* способностью и готовностью анализировать закономерности функционирования отдельных органов и систем, использовать знания анатомо-физиологических основ, основные методики клинико-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма взрослого человека и подростка для своевременной диагностики заболеваний и патологических процессов при заболеваниях желез внутренний секреции (ПК-16);
* способностью и готовностью выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы заболеваний, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом, анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах, использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ), выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний (ПК-17);
* способностью и готовностью анализировать и интерпретировать результаты современных диагностических технологий по возрастно-половым группам пациентов с учетом их физиологических особенностей организма человека для успешной лечебно-профилактической деятельности, провести диагностику физиологической беременности, участвовать в проведении судебно-медицинской экспертизы (ПК-18);
* способностью и готовностью использовать нормативную документацию, принятую в здравоохранении (законы Российской Федерации, технические регламенты, международные и национальные стандарты, приказы, рекомендации, терминологию, международные системы единиц (СИ), действующие международные классификации), а также документацию для оценки качества и эффективности работы медицинских организаций (ПК-27);
* способностью и готовностью изучать научно-медицинскую информацию, отечественный и зарубежный опыт по тематике исследования (ПК-31);

**Студент должен знать:**

* Ведение типовой учетно-отчетной медицинской документации в медицинских организациях;
* Заболевания, связанные с неблагоприятными воздействиями климатических и социальных факторов;
* Основы профилактической помощи, организации профилактических мероприятий, направленных на укрепления здоровья населения;
* Методы диагностики, диагностические возможности методов непосредственного исследования больного терапевтического профиля.

**Студент должен уметь:**

* Определить статус пациента: собрать анамнез, провести опрос пациента и /или его родственников, провести осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию внутренних органов;
* Оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи;
* Оценить социальные факторы, влияющие на состояние физического и психологического здоровья пациента; культурные, этические, религиозные, семейные факторы риска;
* Заполнять историю болезни.

**Студент должен владеть**:

* Правильным ведением медицинской документации.
* Методами общеклинического обследования (расспрос, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация).

**5.План изучения темы**:

**5.1. Контроль исходного уровня знаний** .

5**.2. Основные понятия и положения темы:** Схема обследования больного в терапевтической практике.

**А. ДАННЫЕ РАССПРОСА.**

**ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О БОЛЬНОМ.**

1. Фамилия, имя, отчество.

2. Возраст, пол.

3. Национальность.

4. Образование.

5. Место работы, учебы.

6. Занимаемая должность.

7. Адрес постоянного места жительства.

8. Полис обязательного медицинского страхования.

9. Полис добровольного медицинского страхования.

10.Дата поступления в клинику ( для неотложных и экстренных больных -

часы, минуты).

11. Кем направлен больной.

12. Диагноз при направлении.

13. Диагноз приемного отделения.

14. Диагноз клинический.

15. Дата курации.

**ЖАЛОБЫ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ** ( основные и второстепенные).

*Органы дыхания.*

1. **Кашель**: сухой или с мокротой; время появления кашля (утром, вечером, ночью); постоянный или периодический.

2. **Мокрота:** количество в течение суток: характер, цвет, запах.

3. **Кровохарканье:** количество крови (прожилками или чистая кровь),цвет крови (алая, "малиновое желе", темная, ржавая).

4. **Боли в грудной клетке:** характер боли (тупая, острая, ноющая, колющая и т.д.); локализация и иррадиация боли; связь боли с дыханием, кашлем; что облегчает боль.

5. **Одышка:** постоянная, в покое или при физическом напряжении, ходьбе, в зависимости от положения в постели, при разговоре; характер одышки (инспираторная, экспираторная, смешанная).

6. **Приступы удушья:** время и обстоятельства их появления, связь с физической нагрузкой, с вдыханием запахов; длительность, чем сопровождается (кашлем - сухим или с мокротой, характер мокроты, громкими свистящими хрипами в груди), поведение и положение больного при этом, эффективность применяемой терапии (если применялись гормоны, указать когда использовались впервые, с какого времени принимает постоянно).

*Сердечно-сосудистая система.*

1. **Боли в области сердца:** постоянные или периодические; локализация (загрудинные, в области верхушки сердца и др.); их характер ( ноющие, сжимающие, тупые, сопровождающиеся ощущением тоски, чувством страха смерти); интенсивность и иррадиация; продолжительность, частота болевых приступов; причины и обстоятельства появления болей (при физическом напряжении, во время сна и т.д.) или беспричинные; поведение больного во время приступов болей, что облегчает боли.

2. **Сердцебиение:** характер (постоянное или приступами), длительность; причины возникновения (при физическом напряжении или в покое, при перемене положения тела, при волнении и т.д.).

3. **Ощущение перебоев сердца.**

4. **Ощущение пульсации** ( в каких частях тела).

5. **Одышка:** постоянная, в покое или при физическом напряжении, в зависимости от положения в постели, при разговоре.

6. **Удушье:** время и обстоятельства появления приступов удушья, поведение и положение больного при этом, эффективность применяемой терапии.

7. **Кровохарканье:** характер (прожилки крови, плевки крови, пенистая с розовым оттенком мокрота во время приступа удушья).

8. **Отеки:** локализация (на ногах, лице или других местах), время их появления (утром, к вечеру).

9. **Явления спазма сосудов:** перемежающая хромота, ощущение "мертвого" пальца, чем они вызываются, от чего проходят.

10.**Головные боли** ( см. Нервная система).

*Система пищеварения.*

1. **Боли в животе:** локализация, иррадиация болей; отношение к приему пищи (до еды, после еды, через сколько времени после еды, голодные, ночные боли); не уменьшаются ли боли сразу же после приема пищи; облегчает ли боли рвота; зависимость боли от характера пищи (грубой, жирной, острой и т.д.). Характер боли ( острая, ноющая, в виде приступов или постепенно нарастающая). Длительность болей, чем сопровождаются. Не появляется ли после приступа боли желтуха, потемнение мочи, моча цвета пива, обесцвеченный кал; чувство тяжести и распирания в подложечной области, вздутие живота, отхождение газов.

2. **Диспепсические расстройства:**

2.1 **Изжога**, связь с приемом и характером пищи, что облегчает изжогу.

2.2 **Отрыжка**: горькая, кислая, с запахом "тухлых яиц", пищей, воздухом; время появления, выраженность.

2.3 **Тошнота**: зависимость от приема пищи и характера пищи.

2.4 **Рвота**: после приема пищи (сейчас же или через определенный срок), зависимость от приема пищи, натощак. Характер рвотных масс (съеденной пищей накануне, желчью, цвета кофейной гущи, с примесью свежей крови и т.д.), запах (кислый, неприятный, гнилостный, без запаха). Облегчает ли рвота самочувствие больного.

2.5. **Вкус во рту**: кислый, горький, сладковатый, металлический.

2.6 **Насыщаемость**: обычная, быстрая, постоянное ощущение голода.

3. **Глотание и прохождение пищи:** болезненное, затрудненное. Какая пища не проходит ( твердая, жидкая).

4. **Аппетит:** хороший, пониженный, извращенный, отвращение к пище.

5. **Слюнотечение.**

6. **Сухость во рту, жажда** (сколько выпивает жидкости).

7. **Характер стула:** регулярный, самостоятельный или после каких-либо мероприятий (слабительные, клизмы); запоры (сколько дней бывает задержка стула); поносы, с чем связаны, сколько раз в сутки бывает стул. бывают ли ложные болезненные позывы (тенезмы); характер стула (жидкий, водянистый, кашицеобразный, в виде рисового отвара и проч.); цвет кала, зловонность, примеси (кровь, слизь, гной, остатки пищи, глисты).

8. **Кровотечение** из заднего прохода, выхождение геморроидальных узлов, выпадение прямой кишки, жжение, зуд, боли в области заднего прохода.

9. **Похудение** (в связи с заболеванием): с какого времени, на сколько кг.

10. **Кожный зуд** (в какое время суток, постоянство).

*Система мочеотделения.*

1.**Боли в поясничной области:** их характер (тупые, острые, приступообразные), связь с мочеиспусканием, иррадиация, длительность, от чего боли появляются или усиливаются, чем сопровождаются, что облегчает боли.

2. **Мочеиспускание:** свободное, с усилием, обычной струей, тонкой, прерывистой струей; количество мочи за сутки, частота мочеиспускания, особенно ночного. Резь, жжение, боли во время мочеиспускания.

3.**Цвет мочи:** нормальный, темный и т.д.; наличие крови во время мочеиспускания ( в начале мочеиспускания, во всех порциях, в конце мочеиспускания, моча цвета "мясных помоев"); частые позывы на мочеиспускание; наличие непроизвольного мочеиспускания.

4. **Отеки:** локализация, плотность, цвет, время появления (утром, к вечеру).

5. **Кожный зуд.**

6. **Диспептические расстройства.**

*Опорно-двигательная система.*

1. **Боли** в конечностях, мышцах, суставах (в каких именно); характер боли, летучесть, связь с переменой погоды.

2. **Припухлость** суставов, каких именно, покраснение кожных покровов над суставом.

3. **Затруднение движений в суставах,** в каких именно, скованность по утрам. Боли и затруднение при движениях в позвоночнике (в каких отделах), иррадиация болей.

*Эндокринная система.*

1. **Нарушение роста и телосложения.**

2. **Нарушение веса** (ожирение, истощение).

3. **Изменение кожи** (чрезмерная потливость или сухость, шелушение, появление багровых полос).

4. **Нарушение волосяного покрова** (избыточное развитие его на несвойственных данному полу местах, выпадение волос).

5. **Дисгормональные проявления** (дисменорея и бесплодие у женщин, импотенция у мужчин, нарушение полового влечения).

6. **Количество выпиваемой и выделяемой жидкости** (полиурия до 3-4 литров и более).

*Органы кроветворения.*

1. **Кровотечение** (из носа, десен, кишечника, маточное кровотечение, появление кровоподтеков на коже).

2. **Боли в горле** (появление некротической ангины).

3. **Кожный зуд, обильный пот, увеличение лимфатических узлов.**

4. **Чувство жжения на кончике и по краям языка.**

5. **Извращение вкуса** (желание есть мел, уголь, глину).

6. **Сердцебиение, одышка.**

*Нервная система и органы чувств.*

1. **Настроение**, его смена; повышенная раздражительность.

2. **Память** (на настоящие и прошлые события), внимание.

3. **Сон** (глубина, продолжительность, характер сновидений, бессонница (принимает ли лекарственные препараты)).

4. **Головная боль:** интенсивность, локализация, периодичность, что облегчает или купирует головную боль, сопутствующие симптомы при головной боли.

5. **Головокружение:** характер, условия появления, сопутствующие явления.

6. **Слабость в конечностях, дрожание, судороги, нарушение кожной чувствительности** (гипостезия, гиперстезия, парастезия).

7. **Нарушения органов чувств, речи** и т.д.

*Общее самочувствие больного* (второстепенные жалобы, характерные для поражения любых органов и систем).

1. **Недомогание, слабость, необычная утомляемость, снижение работоспособности.**

2. **Повышение температуры** (максимальные цифры, пределы ее колебаний в течение суток, характер лихорадки и длительность лихорадочного периода, что снижает температуру).

3. **Ознобы** ( характер).

4. **Потливость** ( интенсивность, время появления).

* Полученные от больного жалобы должны быть подвергнуты критической оценке и стилистической обработке.

**ANAMNESIS MORBI** (ИСТОРИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ).

(Возникновение, течение и развитие настоящего заболевания от момента первых его проявлений до настоящего времени; заканчивается днем курации).

1. Когда, где, при каких обстоятельствах заболел. Что предшествовало началу заболевания (физическое или умственное переутомление, переохлаждение, психические травмы и др.).

2. Как началось заболевание, остро или постепенно. С чем связывает больной свое заболевание.

3. Подробно описать начальные симптомы заболевания, появление новых симптомов и дальнейшее их развитие до момента обследования больного.

4. Мероприятия диагностического и лечебного характера, ранее проведенные (по возможности используется амбулаторная карта и другие документы). Известные больному исследования, диагноз, сроки лечения при каждом обострении, характер лечения и его эффективность. Характеристика периода, предшествующего настоящему обращению за медицинской помощью. Трудоспособность за период настоящего заболевания. Влияние проводимого лечения. Подробно описать начало и развитие симптомов последнего обострения, предполагаемые причины обострения заболевания. Длительность ремиссий и соблюдение больным режима.

5. При подозрении на инфекционное заболевание собирается эпидемиологический анамнез:

* был ли контакт с инфекционными больными, длительно лихорадящими больными, больными животными или трупами животных;
* не подвергался ли укусам насекомых: клещей, вшей, комаров – где, когда;
* наличие в жилище домашних животных, грызунов, насекомых; характер контакта с ними;
* возможности инфицирования в связи с профессией, водопользованием, питанием;
* был ли в последние месяцы в отъезде, где, когда, как долго; не приезжал ли кто-либо в семью больного в последние месяцы, откуда;
* соблюдение правил личной гигиены и профилактические прививки: какие, когда, кратность.

6. Мотивы госпитализации (уточнение диагноза; отсутствие эффекта от лечения на до госпитальном этапе; обострение заболевания).

7. Сведения о пребывании на больничном листе по данному заболеванию последние 12 месяцев (анамнез ВТЭ).

**ANAMNESIS VITAE** ( ИСТОРИЯ ЖИЗНИ БОЛЬНОГО).

1. Место рождения. В какой семье вырос.

2. Материально-бытовые условия в раннем возрасте (где и в каких условиях рос и развивался). Когда начал учиться, сколько времени учился.

3. Трудовой анамнез: когда начал работать, характер и условия работы, профессиональные вредности. Последующие изменения работы и места жительства.

4. Условия труда в настоящее время (профессиональные вредности). Работает в помещении или на открытом воздухе. Характеристика рабочего помещения (температура, ее колебания, сквозняки, сырость, характер освещения, пыль, контакт с вредными веществами). Продолжительность рабочего времени, перерывы в работе. Использование выходных дней и очередного отпуска.

5. Бытовые условия: численность семьи и общий бюджет. Жилищные условия (общая площадь и количество проживающих лиц, какой этаж, температура в квартире, наличие или отсутствие сырости).

6. Характер питания (питается дома или в столовой, характер принимаемой пищи, регулярность и частота приемов).

7. Пребывание на свежем воздухе, занятия физкультурой и спортом.

8. Половая жизнь: когда начал жить половой жизнью, половая жизнь в настоящее время; для женщин - когда начались менструации и их характер. Нарушения менструального цикла. Если закончились менструации, то когда. Течение климакса. Количество беременностей у больной, были ли выкидыши, количество родов.

9. Для мужчин - был ли на военной службе, если не был, указать по какой причине; участие в боевых действиях.

10. Перенесенные ранее заболевания: травматические повреждения, ранения, контузии и операции. Подробно опросить больного о всех перенесенных заболеваниях, начиная с раннего детства до поступления в клинику, с указанием возраста больного, длительности, тяжести, проводившегося лечения в стационаре, на дому. Отдельно опросить о перенесенных венерических заболеваниях. Не было ли ранее заболевания, похожего на настоящее и когда.

11. Семейный анамнез и данные о наследственности: состояние здоровья или причины смерти с указанием продолжительности жизни родителей и других близких родственников. Особое внимание обратить на туберкулез, злокачественные новообразования, заболевания сердечно-сосудистой системы, сифилис, алкоголизм, психические заболевания, эндокринные заболевания и нарушения обмена веществ.

12. Вредные привычки: курит ли, с какого возраста и как много, курение натощак, ночью; употребляет ли спиртные напитки, с какого возраста, как часто и в каком количестве; употребление наркотиков.

13. Аллергологический анамнез: жалобы, встречающиеся при аллергических состояниях - жжение, зуд кожи, слизистых, высыпания на коже различного характера, внезапный местный отек каких-либо частей тела, зуд в носу, приступы чихания, заложенность носа (дыхание через нос невозможно), внезапный насморк с водянистыми выделениями, зуд глаз, слезотечение, светобоязнь, внезапное затруднение дыхания в покое, приступы удушья, сердцебиения, приступообразные боли в животе, внезапная тошнота, рвота, понос, связанные с определенной пищей, чувство тяжести в голове, головная боль, мигрень, нарушение сна.

Влияние на заболевание или его обострение:

- факторов окружающей среды, времени года, суток, сырости, охлаждения, перегревания на солнце;

- физические нагрузки, профессиональные вредности (какие именно), определенные места (дома, на работе);

- различной пищи (мясо, рыба, яйца, грибы, молоко, ягоды, плоды цитрусовых, овощи, орехи, мед, вина и др. алкогольные напитки, кофе, чай, какао);

- различных запахов (цветов, пыльцы, трав, сена, деревьев, бытовой химии, парфюмерии);

- контакты с шерстью животных, перьями птиц, домашней пылью, мебелью, коврами, книгами, одеждой;

- беременности, менструаций, кормление ребенка.

Реакции:

- на введение лекарств, лекарственная непереносимость, вакцин, сывороток (каких);

- на контакты с химическими веществами (какими именно), косметическими средствами, средствами от насекомых и т.д.;

- на укусы пчел, комаров, блох, клопов и др. насекомых;

- признаки различных аллергических реакций - отек Квинке, крапивница, анафилактический шок и т.д. Эффект от применения антигистаминных и десенсибилизирующих средств.

Перенесенные аллергические заболевания (наличие аллергических болезней: бронхиальная астма, крапивница, отек Квинке, полинозы, мигрень, экзема, дерматит, сывороточная болезнь, ложный круп, анафилактический шок, эксудативный диатез). Наличие у больного очагов хронической инфекции.

Б. **ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО.**

**STATUS PRAESENS** (ОБЩИЙ ВИД БОЛЬНОГО).

1. Сознание: ясное, измененное (гиперфункция - возбуждение, эйфория, бред, галлюцинации; гипофункция - ступор, сопор, кома).

2. Положение больного (активное, пассивное, вынужденное).

3. Общее состояние (удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое).

4. Голова: форма – правильная, ассиметрия, долихоцефалия, брахицефалия; размеры – среднего размера, крупная, микроцефалия.

5. Выражение лица: возбужденное, безразличное. страдальческое, лихорадочное, маскообразное (facies Hyppocratica, facies mitralis, facies basedovica, маска Паркинсона, акромегалическое лицо, микседематозное лицо и т.д.).

6. Шея: обычной формы, деформирована.

7. Осанка, походка.

8. Телосложение: правильное (а-, гипер-, нормостеническое) или неправильное. Вес (кг), рост (см), ИМТ (кг/м\*).

9. Температура.

*Кожные покровы и придатки кожи.*

1. Цвет: нормальный, красный, бледный, желтушный, центральный цианоз, землистый, багровый, вишневый, кофе с молоком, темно-коричневый или бронзовый (с указанием места данной окраски).

2. Депигментация кожи (лейкодерма) с указанием ее локализации.

3. Напряжение и эластичность кожи: умеренная, повышенная, пониженная.

4. Подкожные кровоизлияния и их локализация.

5. Степень влажности: умеренная, повышенная, пониженная; сухость кожи, шелушение (локализация).

6. Высыпания: эритема, пятно, розеола, папула, пустула, волдырь, чешуйки, струп, эрозия, трещины, язвы (с обязательным указанием локализации).

7. Рубцы (локализация, цвет, болезненность, подвижность).

8. Варикозное расширение вен (нижних конечностей, живота).

9. Ногти: форма (неизмененные, в виде «часовых стекол», утолщенные, ложкообразные и пр.), цвет, блеск, исчерченность, ломкость.

10. Волосы: густые, редкие, тусклые, гнездное или диффузное облысение, выпадение бровей.

*Слизистые оболочки.*

( губ, носа, глаз, век, неба).

1. Цвет: розовый, бледный, цианотический, желтушный, вишнево-красный.

2. Энантема - высыпание на слизистых оболочках, область и характер высыпания.

3. Подробно описать налеты на языке.

4. Подробно описать налеты на миндалинах и тканях зева (распространенность, окраска, отношение к подлежащим тканям, характер окружающей слизистой оболочки).

*Подкожная клетчатка.*

1. Развитие подкожно-жирового слоя: удовлетворительное, слабое, чрезмерное. Места наибольшего отложения жира (на животе, руках, бедрах). Общее ожирение. Кахексия.

2. Отеки: их консистенция (мягкие, плотные), выраженность (пастозность, умеренно выраженные, резко выраженные), распределение (лицо, конечности, живот, поясница, обширные отеки- анасарка), цвет кожи над отечной тканью (бледная, синюшная).

*Лимфатические узлы.*

1. Локализация пальпируемых узлов (подчелюстные, шейные, затылочные, надключичные, подключичные, подмышечные, локтевые, кубитальные, паховые).

2. Величина в сантиметрах.

3. Консистенция: твердая, мягкая. однородная, неоднородная.

4. Спаянность узлов с окружающей клетчаткой и между собой.

5. Болезненность при пальпации.

6. Состояние кожи над лимфатическими узлами: не изменена, гиперемирована, изъязвлена, наличие свищей, рубцов.

*Мышцы.*

1. Степень развития мускулатуры: нормальная, слабая, атрофия мышц (местная, общая).

2. Тонус: умеренный, повышенный (ригидность), пониженный.

3. Наличие контрактур.

4. Болезненность мышц при пальпации.

*Кости.*

1. Деформация, искривление.

2. Акромегалия - чрезмерное увеличение ступней, кистей и пальцев, челюстей или всего скелета.

3. "Барабанные" пальцы, утолщение периферических фаланг пальцев рук и ног.

4. Болезненность при пальпации и поколачивании (грудины, ребер, трубчатых костей, позвонков, плоских костей, черепа).

*Суставы.*

1. Конфигурация: не изменена, отечность, деформация (с указанием, каких именно суставов).

2. Гиперемия кожи и местное повышение температуры в области сустава.

3. Движения: активные и пассивные, свободные, ограниченные.

4. Болезненность при пальпации и при пассивных движениях.

5. Хруст, флюктуация.

*Исследование нервной системы.*

1. Обоняние, вкус.

2. Органы зрения (глазные щели, подвижность глазных яблок, косоглазие, нистагм). Величина зрачков, анизокория, реакция зрачков на свет, аккомодация, конвергенция. Острота зрения.

3. Слух и вестибулярный аппарат.

4. Координация движений. Судороги, дрожание.

5. Дермографизм (цвет, стойкость).

6. Ригидность затылочных мышц.

*Органы дыхания.*

1. Нос: затрудненность дыхания, участие крыльев носа в акте дыхания.

2. Голос: нормальный, сиплый и проч.

3. Осмотр и пальпация грудной клетки:

- тип дыхания (грудной, брюшной, смешанный);

- глубина и ритм дыхания (поверхностное, глубокое, ритмичное, дыхание

Куссмауля, Чейна-Стокса, Биота);

- число дыхательных движений в минуту;

- форма грудной клетки: нормальная (а-, гипер-, нормостеническая), бочко-

образная, воронкообразная, паралитическая и проч.;

- ассимметрия грудной клетки: выпячивание или западание одной половины

грудной клетки;

- искривление позвоночника: лордоз, кифоз, сколиоз, кифосколиоз, кифолордоз;

- западание над- и подключичных пространств;

- ширина межреберных промежутков;

- положение лопаток: нормальное прилегание, отставание их (крыловидные ло-

патки);

- симметричность движений грудной клетки при дыхании: равномерное дви-

жение, отставание той или другой половины грудной клетки.

4. Пальпация:

- болезненность при пальпации с указанием локализации;

- определение резистентности грудной клетки;

- определение голосового дрожания;

- трение плевры на ощупь.

5. Перкуссия легких:

- данные сравнительной перкуссии: характер перкуторного звука и его измене-

ния над различными областями грудной клетки ( ясный легочный, притупленный, тупой, коробочный, тимпанический, притупленный тимпанит);

- данные топографической перкуссии (по всем пунктам вначале выполняется

топографическая перкуссия правого, а затем левого легкого):

а) высота стояния верхушек легких спереди и сзади;

б) ширина полей Кренига;

в) определение нижних границ легких ( с указанием - в вертикальном или

горизонтальном положении больного):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Опознавательная линия | справа | слева |
| L. parasternalis |  |  |
| L. mediaclavicularis |  |  |
| L. axilaris anterior |  |  |
| L. axilaris media |  |  |
| L. axilaris posterior |  |  |
| L. scapularis |  |  |
| L. paravertebralis |  |  |

- определение подвижности легочных краев на вдохе и выдохе (по топогра-

фическим линиям);

- определение пространства Траубе (сохранено или отсутствует).

6. Аускультация легких:

- характер основного дыхательного шума в разных местах грудной клетки;

- хрипы (их локализация, количество, характер звучности, калибр влажных

хрипов);

- шум трения плевры;

- крепитация;

- шум плеска;

- бронхофония.

*Органы кровообращения.*

1. Осмотр и пальпация области сердца и сосудов:

- выпячивание сердечной области (сердечный горб);

- видимая пульсация (верхушечный толчок, надчревная пульсация и др.);

- верхушечный толчок: его локализация, характер (положительный, отри-

цательный), сила ( нормальный, усиленный, ослабленный), ширина (локали-

зованный, разлитой), высота (приподнимающийся, куполообразный);

- сердечный толчок;

- пресистолическое дрожание при стенозе левого предсердно-желудочкового

отверстия ("кошачье мурлыканье"), систолическое дрожание при стенозе

устья аорты и легочной артерии, при открытом боталловом протоке, при

аневризме аорты; шум трения перикарда.

2. Перкуссия сердца:

- границы относительной и абсолютной сердечной тупости;

- поперечник сердечной тупости: справа в 1V м/р + слева в Vм/р = сумма (в сантиметрах);

- определение конфигурации сердца;

- ширина сосудистого пучка (в сантиметрах).

3. Аускультация сердца, оценка тонов в 5-ти классических точках:

- тоны: ритмичность, звучность (ясные, глухие), изменение тембра; усиление

или ослабление одного из тонов с указанием локализации, расщепление,

раздвоение тонов, ритм галопа, ритм перепела;

- частота сердечных сокращений;

- шумы: их характер, отношение к фазам сердечной деятельности, места их

максимального выслушивания, проводимость. Симптом Сиротинина-Куковерова.

4. Исследование артерий:

- видимая пульсация артерий (сонных, в яремной ямке, артерий конечности);

- степень плотности (мягкие или плотные артерии, степень извилистости,

локализация);

- пульс: симптом Савельева-Попова, наполнение, напряжение, величина, форма, ритмичность, частота, наличие дефицита пульса;

- капиллярный пульс;

- данные аускультации артерий (выслушивание сонной и бедренной артерий-

двойной тон Траубе, двойной шум Виноградова- Дюрозье);

- измерение артериального давления (в мм рт. ст.) на верхних и нижних конечностях.

5. Состояние вен:

- набухание и видимая пульсация шейных вен;

- венный пульс (положительный, отрицательный), шум волчка.

*Органы пищеварения.*

1. Полость рта: запах изо рта (гнилостный, ацетона, мочевины, алкоголя и др.)

2. Язык: величина, окраска, влажность, характер и выраженность сосочкового слоя, наличие налетов, трещин, язв.

3. Зубы: подвижность, кариозные изменения, протезы и др.

4. Десны: окраска, разрыхленность, изъязвления, некрозы, геморрагии, гнойные выделения, болезненность.

5. Мягкое и твердое небо: окраска, налеты, геморрагии и др.

6. Зев (окраска, патологические изменения).

7. Миндалины: величина, цвет, состояние лакун.

8. Исследование живота (стоя и лежа):

- конфигурация: обычная, увеличение живота (равномерное или неравномер-

ное), втянутый живот, симметричность живота;

- состояние средней линии живота, пупка, паховых областей;

- видимая перистальтика;

- участие брюшной стенки в дыхательных движениях;

- наличие расширенных подкожных вен (локализация, выраженность, направ-

ление тока крови);

- окружность живота на уровне пупка (в см);

- ориентировочная поверхностная пальпация: степень напряженности брюшной стенки, локализация напряжения, болезненность, зоны гиперстезии, расхождение прямых мышц живота, наличие грыж белой линии живота, перитонеальный симптом Щеткина- Блюмберга;

- глубокая скользящая методическая пальпация по Образцову-Стражеско:кишечника (определить локализацию, форму, толщину, подвижность, болезненность, консистенцию, урчание, поверхность различных отделов толстого кишечника); желудка (большой кривизны, привратника; определить нижнюю границу желудка пальпаторно- аускультативным

методом);

- данные перкуссии живота, наличие свободной жидкости (асцит) и ее уровень,шум плеска;

- аускультация кишечника ( выслушивание перистальтики, шума трения брю-

шины).

9. Печень:

- видимое увеличение области печени и ее пульсация;

- пальпация: свойства края, болезненность, консистенция, поверхность (глад-

кая, бугристая);

- перкуссия: размеры по Курлову;

- определение симптомов: Ортнера, Курвуазье, Кера, френикус, точка болез-

ненности желчного пузыря.

10. Селезенка:

- видимое увеличение области селезенки;

- пальпация;

- перкуссия (длинник, поперечник в см);

- аускультация (шум трения брюшины над селезенкой).

*Органы мочевыделения.*

1. Осмотр поясничной области (наличие припухлости поясничной области,

сглаживание контуров, выбухание, гиперемия кожи).

2. Пальпация почек (их свойства), смещаемость лежа и стоя.

3. Болевые точки мочеточников.

4. Болезненность при постукивании поясничной области (симптом Пастернацкого).

5. Данные пальпации и перкуссии мочевого пузыря.

*Эндокринная система.*

1. Нарушение роста, телосложения и пропорциональности отдельных частей тела.

2. Исхудание, ожирение (степень выраженности, преимущественная локализация).

3. Состояние кожи (влажность, истончение, огрубление, стрии, гиперпигментация).

4. Осмотр и пальпация щитовидной железы; ее величина, консистенция, болезненность, подвижность.

5. Глазные симптомы (экзофтальм, симптомы Грефе, Мебиуса, Кохера, Штельвага).

6. Вторичные половые признаки (явления гирсутизма, евнухоидизма, вирилизма, феминизации), состояние молочных желез.

7. Соответствие физического и умственного развития возрасту.

**В. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ.**

(Последовательность установления предварительного диагноза).

1. Выявление ведущих жалоб, характерных для заболевания (например, кашель, мокрота, одышка и пр.).

2. Выявление данных анамнеза, приведших или способствующих появлению данной патологии (например, переохлаждение, вредные привычки и др.).

3. Указание объективных изменений со стороны органов и систем (например: отставание одной половины грудной клетки при дыхании, изменение голосового дрожания, перкуторного звука, данных аускультации и т.д.).

4. Группировка выявленных признаков заболевания в синдромы (группы признаков, имеющих общий механизм возникновения (например, синдром инфильтрации легочной ткани).

5. Назначение дополнительных исследований (лабораторных, функциональных, инструментальных) для подтверждения данной патологии.

**5.3.Самостоятельная работа по теме**:

- курация больных;

- оформление истории болезни;

**5.4.Итоговый контроль знаний:**

- разбор курируемых больных

**6. Домашнее задание для уяснения темы следующего задания:** зачет по методике обследования больного

**7. Рекомендации по УИРС - не предусмотрены.**

**8.Рекомендуемая литература:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование, вид издания | Автор(-ы), составитель(-и), редактор(-ы) | Место издания, издательство, год |
| **Основная литература** | | | |
| 1. | [Пропедевтика внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=31615) : учеб.для мед. вузов | Н. А. Мухин, В. С. Моисеев | М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. |
| **Дополнительная литература** | | | |
| 1. | [Дополнительные методы обследования больного в терапевтической практике](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=1888) : учеб.пособие для студентов мед. вузов. Ч.2. | Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, Е. О. Карпухина [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2011. |
| 2. | [Дополнительные методы обследования больного в терапевтической практике](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=1889) : учеб.пособие для студентов мед. вузов. Ч.1. | Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, Е. О. Карпухина [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2011. |
| 3. | [Практикум по пропедевтике внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=21500) : учеб.пособие | ред. Ж. Д. Кобалава, В. С. Моисеев | М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. |
| 4. | [Пропедевтика внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=24744) : учеб.пособие к внеаудиторной работе для студентов 3 курса по спец. 060101- Лечебное дело, 060103- Педиатрия | сост. Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, А. Г. Иванов [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2009. |
| 5. | [Пропедевтика внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=30979) : учеб.пособие к аудиторной работе для студентов 3 курса по спец. 060101-Лечебное дело, 060103- Педиатрия. Ч.1.. - Режим доступа: polikarpov\_\_propedevtika\_stud\_3\_lech\_ped\_audit\_1\_1297665056.pdf | сост. Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, А. Г. Иванов [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2009. |
| 6. | [Пропедевтика внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=32404) : учеб.пособие к аудиторной работе для студентов 3 курса по спец. 060101-Лечебное дело, 060103- Педиатрия. Ч.2. | сост. Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, А. Г. Иванов [и др.] | Красноярск :КрасГМУ, 2009. |