



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
**«Рязанский государственный медицинский университет  
имени академика И.П. Павлова»**  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)

**Кафедра внутренних болезней**

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ К ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ  
ПО ВНУТРЕННИМ БОЛЕЗНЯМ**  
для студентов, обучающихся по Специальности/Направлению  
подготовки - 32.05.01 Медико-профилактическое дело

## ЗАНЯТИЕ 1

**ТЕМА: Предмет и задачи пропедевтики внутренних болезней.**

**Схема истории болезни. Расспрос больного.**

**ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ: Ознакомить студентов с клиникой, планом обследования больного, изучить методологию диагноза. Научить студентов правильно проводить расспрос.**

## ЗАНЯТИЕ 2

**ТЕМА: Общий осмотр больных. Термометрия. Самостоятельный расспрос и осмотр больных студентами (анамнеза и данных осмотра).**

### Контрольные вопросы

1. Перечислить разделы схемы истории болезни.
2. Подчеркнуть значение выдающихся отечественных клиницистов (Г. А. Захарьина, С.П.Боткина) в разработке метода анамнестического исследования.
3. Методика расспроса жалоб больных.
4. Методика расспроса истории настоящего заболевания.
5. Разделы истории жизни больного.
6. Схема общего осмотра больного.
7. Степени нарушения сознания.
8. Виды положения больного.
9. Изменения кожных покровов.
10. Исследования подкожно-жирового слоя. Отеки, механизм развития, отличие почечных и сердечных отеков, методы их выявления.
11. Конституционные типы.
12. Техника измерения температуры.
13. Основные типы температурных кривых.

### Задания для самоподготовки

*Выберите правильный ответ на тестовые задания*

1. Жалобы на общую слабость, одышку, кашель с отделением слизистогнойной мокроты. Объективно: температура тела  $37,2 - 37,5^{\circ} \text{C}$ . Положение активное.

Определите состояние больного:

- 1) тяжелое
  - 2) средней тяжести
  - 3) удовлетворительное
  - 4) терминальное
2. Жалобы на озноб, резкую потливость, тошноту, интенсивную опоясывающую боль в верхней части живота, сухость во рту.

Объективно: положение пассивное, бледность кожных покровов, температура 38,3<sup>0</sup>С, живот вздут, болезненный в эпигастрии и левом подреберье.

Определите состояние больного:

- 1) удовлетворительное
- 2) средней тяжести
- 3) тяжелое
- 4) терминальное

3. Больной просит о помощи, стонет из-за резкой боли в правом подреберье, иррадиирующей в правую надключичную ямку, отмечает однократную рвоту, ознобы и повышение температуры до 40<sup>0</sup>С, крайне беспокоен, не находит себе места, язык сухой, обложен.

Определите состояние больного:

- 1) удовлетворительное
- 2) средней тяжести
- 3) тяжелое
- 4) терминальное

4. Больной не реагирует на окружающее, не отвечает на вопросы, стонет, лицо серовато-синюшное, пастозное, взгляд безразличный, глаза слезящиеся. Имеются распространенные массивные отеки (анасарка), скопление жидкости в полостях (брюшной, плевральной).

Определите состояние больного:

- 1) удовлетворительное
- 2) средней тяжести
- 3) тяжелое
- 4) терминальное – предагональное

5. Больной внезапно падает, он неподвижен, кожные покровы бледные, холодные, покрыты потом, дыхание поверхностное, взгляд блуждающий, зрачки широкие, реакция на свет замедлена, вены спавшиеся, АД понижено. Через 30 –40 минут пребывания в горизонтальном положении под влиянием рефлекторного воздействия нашатырного спирта, холодной воды, струи прохладного воздуха сознание восстанавливается.

Определите сознание больного:

- 1) ступор
- 2) сопор
- 3) кома
- 4) обморок
- 5) бред

6. Больной дезориентирован в окружающем, беспокоен, усиленно жестикулирует, порывается бежать, выкрикивает угрозы в адрес отсутствующих лиц.

Определите состояние больного:

- 1) ступор
- 2) сопор
- 3) кома
- 4) обморок
- 5) бред
7. Больной постоянно находится в состоянии, похожем на сон (глаза закрыты, лицо амимично), только на окрик или торможение он пробуждается (неосмысленно отвечает на вопросы, глотает пищу или воду, поворачивается в постели) и снова отключается.

Определите сознание больного:

- 1) кома
- 2) ступор
- 3) обморок
- 4) бред
- 5) сопор
8. Больной длительно находится без сознания, на окружающее не реагирует (в том числе на инъекции), на вопросы не отвечает, рефлексы отсутствуют.

Определите сознание больного:

- 1) кома
- 2) ступор
- 3) обморок
- 4) бред
- 5) сопор
9. Больной высокого роста, конечности длинные, грудная клетка узкая, длина ее больше длины брюшной стенки. Шея, кисти рук и пальцы длинные, тонкие.

Определите тип телосложения больного:

- 1) гиперстенический
- 2) астенический
- 3) нормостенический
10. Больной небольшого роста, упитанный, массивный, длина туловища преобладает над длиной конечностей, грудная клетка широкая, кисти рук широкие, пальцы тупые, короткие.

Определите тип телосложения больного:

- 1) нормостенический
- 2) астенический
- 3) гиперстенический

### **ЗАНЯТИЕ 3**

**ТЕМА: Осмотр грудной клетки в норме. Определение голосового дрожания. Техника перкуссии. Характер перкуторных звуков.**

## **Сравнительная и топографическая перкуссия. Экскурсия нижних краев легких.**

### **Контрольные вопросы**

1. Формы грудной клетки в норме.
2. Физические принципы голосового дрожания.
3. Физические основы перкуссии.
4. История возникновения метода перкуссии.
5. Виды перкуссии.
6. Физическая характеристика тупого звука.
7. Физическая характеристика тимпанического звука.
8. Физическая характеристика ясного легочного звука.
9. Дать определение сравнительной перкуссии легких.
10. Какие возможности сравнительной перкуссии легких.
11. Правила проведения сравнительной перкуссии легких (спереди, сзади, в боковых отделах).
12. Характер перкуторных звуков, выявляемых при сравнительной перкуссии легких у здоровых людей (одинаков ли перкуторный звук спереди и сзади, в нижних и верхних отделах легких)
13. Определение топографической перкуссии,
14. Возможность топографической перкуссии.
15. Линии на грудной клетке, по которым проводят топографическую перкуссию.
16. Определение полей Кренига.
17. Определение высоты стояния верхушек легких спереди и сзади.
18. Определение нижних границ справа по всем линиям.
19. Определение нижних границ слева по всем линиям.
20. Определение подвижности нижнего легочного края.
21. Диагностическое значение определения подвижности нижнего легочного края.

## **ЗАНЯТИЕ 4**

### **ТЕМА: Аускультация легких в норме.**

#### **Контрольные вопросы**

1. Общие правила выслушивания.
2. Непосредственная аускультация.
3. Опосредованная аускультация.
4. Кто предложил стетоскоп для выслушивания?
5. Какие инструменты применяются для выслушивания легких?

6. Места и последовательность выслушивания.
7. Основные дыхательные шумы.
8. Механизм образования везикулярного дыхания.
9. Механизм образования бронхиального дыхания.
10. Физиологическое усиление или ослабление везикулярного дыхания.
11. Бронхофония.

## **ЗАНЯТИЕ 5**

**ТЕМА: Исследование органов дыхания в патологии (расспрос, осмотр, пальпация, перкуссия).**

### **Контрольные вопросы**

1. Основные жалобы больных с заболеваниями органов дыхания.
2. Патогенез кашля.
3. Патогенез болей в грудной клетке при заболеваниях органов дыхания.
4. Патогенез и виды одышки.
5. Факторы, способствующие и провоцирующие возникновение заболеваний органов дыхания.
6. Патологические формы грудной клетки.
7. Искривления позвоночника, их виды.
8. Изменение голосового дрожания.
9. Какой перкуторный звук будет при уплотнении легочной ткани?
10. Какой перкуторный звук будет при наличии воздуха в плевральной полости?
11. Какой перкуторный звук будет при наличии жидкости в плевральной полости?
12. Какой перкуторный звук будет при наличии полости в легком?
13. Какой перкуторный звук будет при ателектазе?

### **Задания для самоподготовки**

1. Как называется одышка, при которой периоды дыхательных движений, одинаковых по глубине, чередуются с паузами от нескольких секунд до 1 мин?
  - 1) дыхание Чейна-Стокса
  - 2) дыхание Биота
  - 3) дыхание Куссамуля
  - 4) дыхание Грокка
2. Какой вид нарушения дыхания вызывает бронхоспазм:
  - 1) инспираторная одышка

- 2) дыхание Куссмауля
  - 3) экспираторная одышка
  - 4) стридорозное дыхание
3. Голосовое дрожание при воспалительном уплотнении легочной ткани:
- 1) усилено
  - 2) не проводится
  - 3) ослаблено
  - 4) не изменено
4. Назовите 2 случая, для которых характерно ослабление голосового дрожания:
- 1) воспалительное уплотнение доли легкого
  - 2) полость в легком
  - 3) сдавление легочной ткани (компрессионный ателектаз)
  - 4) очаговое воспалительное уплотнение легких
  - 5) скопление жидкости в плевральной полости
  - 6) закупорка бронха (обтурационный ателектаз)
5. Назовите 2 случая, для которых характерно усиление голосового дрожания:
- 1) повышенная воздушность легочной ткани
  - 2) скопление жидкости в плевральной полости
  - 3) скопление газа в плевральной полости
  - 4) закупорка бронха
  - 5) воспалительное уплотнение легкого
  - 6) полость в легком
6. Коробочный перкуторный звук над легкими характерен для:
- 1) эмфиземы
  - 2) туберкулеза
  - 3) абсцесса
  - 4) пневмосклероза
7. Притупление перкуторного звука над легкими характерно для:
- 1) пневмонии
  - 2) абсцесса
  - 3) пневмоторакса
  - 4) эмфиземы
8. Тимпанический перкуторный звук над легкими характерен для:
- 1) полости, сообщающейся с бронхом
  - 2) полости, не сообщающейся с бронхом
  - 3) пневмоторакса
  - 4) эмфиземы
9. Опущение нижней границы легкого наблюдается при:
- 1) эмфиземе
  - 2) пневмосклерозе
  - 3) гидротораксе

- 4) крупозной пневмонии
10. Уменьшение подвижности нижнего края легких характерно для:
- 1) эмфиземы
  - 2) очаговой пневмонии
  - 3) туберкулеза
  - 4) абсцесса
11. Расширение полей Кренига наблюдается при:
- 1) эмфиземе легких
  - 2) туберкулезе легких
  - 3) пневмосклерозе
  - 4) опухоли легкого

## **ЗАНЯТИЕ 6**

**ТЕМА: Аускультация легких в патологии.**

### **Контрольные вопросы.**

1. Основные дыхательные шумы. Механизм образования везикулярного и бронхиального дыхания.
2. Разновидности везикулярного дыхания.
3. Разновидности бронхиального дыхания.
4. Причины, ведущие к появлению бронхиального дыхания.
5. Классификация побочных дыхательных шумов. Классификация влажных хрипов и механизм их возникновения, клиническое значение.
7. Классификация сухих хрипов и механизм их возникновения, клиническое значение.
8. Крепитация, механизм возникновения, клиническое значение.
9. Понятие о шуме трения плевры, причины его появления.
10. Отличие мелкопузырчатых хрипов от крепитации.
11. Отличие крепитации от шума трения плевры
12. Отличие мелкопузырчатых хрипов от шума трения плевры
13. Причины, ведущие к усилению или ослаблению бронхофонии.

### **Вопросы для самоподготовки:**

Дайте правильный ответ на тестовые задания.

1. Жесткое дыхание характерно для:
  - 1) бронхита
  - 2) абсцесса легкого
  - 3) эмфиземы
  - 4) пневмосклероза
2. Выберите причины, при которых выслушивается ослабленное везикулярное дыхание:



- 1) повышение воздушности легочной ткани
  - 2) скопление жидкости в плевральной полости
  - 3) воспалительной инфильтрации легочной ткани
  - 4) бронхите
3. Крепитация наиболее характерна для:
- 1) крупозной пневмонии
  - 2) очаговой пневмонии
  - 3) бронхита
  - 4) ателектаза легких
4. Сухие свистящие хрипы наиболее характерны для патологического процесса:
- 1) в легочной ткани
  - 2) воспалении бронхов крупного калибра
  - 3) воспалении бронхов мелкого калибра
  - 4) воспалении плевры
5. Характер влажных хрипов зависит от:
- 1) калибра бронхов
  - 2) характера воспалительного секрета
  - 3) локализации воспаления в легочной ткани
  - 4) локализации воспаления в плевральной полости
6. Шум трения плевры возникает:
- 1) при воспалении бронхов
  - 2) при очаговой пневмонии
  - 3) при плевритах
  - 4) при крупозной пневмонии

## **ЗАНЯТИЕ 7**

### **ТЕМА: Основные легочные синдромы.**

#### **Контрольные вопросы.**

1. Синдром уплотнения в легких.
2. Синдром наличия жидкости в плевральной полости.
3. Синдром наличия воздуха в плевральной полости.
4. Синдром наличия полости в легких, сообщающейся с бронхом.
5. Синдром обтурационного ателектаза.
6. Синдром эмфиземы легких.
7. Синдром бронхоспазма.

## Вопросы для самоподготовки:

1. Дайте ответ на следующие задания.

1.1 Кашель, мокрота гнойная с запахом, отделяется в большом объеме, температура 38 – 39<sup>0</sup>С. Правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. Голосовое дрожание справа у угла лопатки усилено. Перкуторно – тимпанит, аускультативно – дыхание бронхиальное, влажные крупнопузырчатые хрипы. Бронхофония усилена.

О каком патологическом синдроме можно думать?

1.2 Одышка при физической нагрузке, тупые постоянные боли справа под лопаткой. Перкуторный звук на этом участке тупой. Справа от 4-го до 6-го ребра голосовое дрожание не проводится, дыхание не прослушивается, бронхофония резко ослаблена.

О каком патологическом синдроме можно думать?

1.3 Одышка при физической нагрузке. Кашель сухой много лет. Грудная клетка бочкообразная, ригидная. Голосовое дрожание резко ослаблено. При перкуссии – коробочный звук, более выражен в нижнебоковых отделах. Дыхание резко ослабленное, везикулярное. Бронхофония ослаблена.

О каком патологическом синдроме можно думать?

1.4 Кашель, мокрота слизисто-гнойная, температура 37,8<sup>0</sup>С. Слева по средней и задней подмышечной линии на ограниченном участке притупление легочного звука. Дыхание смешанное, прослушиваются влажные звучные мелкопузырчатые хрипы. Голосовое дрожание и бронхофония усилены.

О каком патологическом синдроме можно думать?

1.5 Жалобы на постоянную одышку. Грудная клетка бочкообразная, в дыхании принимают участие межреберные мышцы. Голосовое дрожание ослаблено по всем легочным полям, перкуторный звук коробочный, аускультативно – дыхание везикулярное, ослабленное.

О каком патологическом синдроме можно думать?

1.6 Кашель, скудная мокрота ржавого цвета, боли в левой половине грудной клетки, которая отстает в акте дыхания. Голосовое дрожание слева ниже 4-го ребра сзади усилено. Перкуторно - тупой звук. Дыхание бронхиальное. Бронхофония усилена.

О каком патологическом синдроме можно думать?

1.7 Кашель, мокрота гнойная, отделяется больше при изменении положения тела. Грудная клетка активно участвует в акте дыхания. Голосовое дрожание слева под ключицей от 3-го до 5-го ребра усилено. Здесь же при перкуссии звук тимпанический. Дыхание амфорическое, крупнопузырчатые влажные хрипы. Бронхофония усилена.

О каком патологическом синдроме можно думать?

1.8 Жалобы на одышку, надсадный кашель по ночам. Осмотр грудной клетки – западение и отставание в дыхании пораженной половины грудной клетки. Голосовое дрожание и бронхофония в зоне поражения отсутствуют, перкуторный звук тупой, дыхание не выслушивается.

Назовите патологический синдром.

1.9 Резко выраженная одышка в покое. Положение вынужденное, лежит на правом боку. Правая половина отстает в акте дыхания. Голосовое дрожание от 2-го и 4-го ребра спереди резко усилено, перкуторно здесь же – притупленный тимпанит. Дыхание бронхиальное, бронхофония усилена. Ниже 4-го ребра абсолютно тупой звук, дыхание не прослушивается, голосовое дрожание и бронхофония не проводятся.

О каких патологических синдромах можно думать?

## **ЗАНЯТИЕ 8**

**ТЕМА: Очаговая и крупозная пневмонии, плевриты.**

### **Контрольные вопросы.**

1. Этиопатогенез и клиника очаговой пневмонии.
2. Этиология крупозной пневмонии.
3. Какие Вы знаете стадии патологического процесса в легком при крупозной пневмонии?
4. Жалобы больных с крупозной пневмонией.
5. Физикальные данные у больного с крупозной пневмонией (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация).
6. Результаты дополнительных методов исследования при пневмонии (рентгенологическая картина, общий анализ крови, мокроты, на флору и определение чувствительности к антибиотикам).
7. Жалобы больного с сухим плевритом.
8. Физикальные данные при сухом плеврите (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация).
9. Назовите главный симптом, указывающий на наличие у больного сухого плеврита.
10. Жалобы больного с экссудативным плевритом. Физикальные данные у больного с экссудативным плевритом (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация).
11. Данные дополнительных методов исследования (общий анализ крови, мокроты, рентгенологическая картина) у больного с экссудативным плевритом.
12. Клиническое значение плевральной пункции.
13. Как надо проводить плевральную пункцию?

14. Как отличить экссудат от трансудата?

### Задания для самоподготовки

1. Выберите правильный ответ на тестовые задания.

1.1 Крепитация при крупозной пневмонии характерна:

- 1) для 1-й и 3-й клинической стадии
- 2) для 1-й и 2-й клинической стадии
- 3) для 2-й и 3-й клинической стадии
- 4) для 3-й клинической стадии

1.2 В 1-ю стадию крупозной пневмонии дыхание аускультативно:

- 1) бронхиальное
- 2) усиленное везикулярное
- 3) ослабленное везикулярное
- 4) не прослушивается

1.3 Во 2-ю стадию крупозной пневмонии дыхание аускультативно:

- 1) ослабленное везикулярное
- 2) бронхиальное
- 3) усиленное везикулярное
- 4) не изменено

1.4 Голосовое дрожание при экссудативном плеврите:

- 1) не определяется
- 2) усилено
- 3) ослаблено
- 4) не изменено

1.5 При каком заболевании может выделиться 500 мл и более мокроты в сутки?

- 1) при остром бронхите
- 2) при крупозной пневмонии
- 3) при абсцессе легкого
- 4) при экссудативном плеврите

2. Решите ситуационные задачи.

2.1 Кашель, скудная мокрота ржавого цвета, боли в левой половине грудной клетки, усиливающиеся при глубоком дыхании и кашле. Левая половина отстает в акте дыхания, голосовое дрожание слева ниже 4-го ребра сзади усилено. Перкуторно – тупой звук. Аускультативно – дыхание бронхиальное, бронхофония усилена.

О каком заболевании можно думать? Объясните механизм всех субъективных и объективных симптомов.

2.2 Кашель, мокрота слизисто-гнойная, температура – 37,8<sup>0</sup>С. Слева по средней и задней подмышечным линиям на ограниченном участке притупление легочного звука. Дыхание смешанное, прослушиваются

влажные звучные мелкопузырчатые хрипы. Голосовое дрожание и бронхофония на ограниченном участке усилены.

О какой патологии можно думать? Объясните механизм всех физикальных симптомов.

2.3 Кашель сухой, боли в правой половине грудной клетки усиливаются при глубоком дыхании и при кашле, температура 39<sup>0</sup>С. Правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. Голосовое дрожание справа ниже 4-го ребра несколько усилено, перкуторно на этом участке притупленный тимпанит, дыхание ослабленное, везикулярное, нежная крепитация.

О какой патологии можно думать? Объясните механизм всех физикальных симптомов. Назначьте план обследования.

2.4 Кашель, мокрота гнойная, отделяется больше при изменении положения тела. Грудная клетка активно участвует в акте дыхания. Голосовое дрожание слева под ключицей и до 4-го ребра усилено. Здесь же при перкуссии звук тимпанический. Аускультативно – дыхание амфорическое, крупнопузырчатые влажные хрипы. Бронхофония усилена.

О какой патологии можно думать? Объясните механизм всех приведенных симптомов.

3. Решите ситуационную задачу:

3.1. Жалобы на интенсивную смешанную одышку, особенно в положении на левом боку, постоянную боль в левой половине грудной клетки. Объективно: левая половина грудной клетки отстает в акте дыхания, здесь же отмечается выбухание межреберных промежутков; голосовое дрожание слева ниже лопатки не проводится, перкуторный звук бедренный, тупой, с верхней косой линией (Дамуазо). Аускультативно дыхание слева ниже угла лопатки не прослушивается.

Для какого патологического процесса в дыхательной системе это характерно?

Объясните механизмы появления всех изложенных субъективных и объективных симптомов.

Назначьте план дополнительного обследования.

4. Оцените результаты исследования плеврального пунктата:

4.1 Количество – 50 мл, светлый, прозрачный, относительная плотность – 1010, белок – 1,5 г/л; лейкоциты – 10-12 в п/зр., проба Ривальта отрицательная

4.2 Количество – 100 мл, светлый, мутный, относительная плотность – 1022, белок – 6,3 г/л, проба Ривальта положительная, лейкоциты – 25-30 в п/зр.

## ЗАНЯТИЕ 9

### ТЕМА: Бронхиальная астма и эмфизема легких.

#### Контрольные вопросы.

1. Этиология бронхиальной астмы, факторы риска.
2. Каков механизм приступа удушья при бронхиальной астме?
3. Физикальные данные у больного с бронхиальной астмой (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация).
4. Данные дополнительных методов исследования (общий анализ крови, мокроты, рентгенологическая картина) у больных с бронхиальной астмой.
5. Значение исследования функции внешнего дыхания у больных с бронхиальной астмой.
6. Какие причины могут вызвать эмфизему легких? Жалобы больных эмфиземой легких.
7. Физикальные данные у больных с эмфиземой легких (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация).
8. Рентгенологическая картина при эмфиземе легких.
9. Что может выявить спирография у больных с эмфиземой легких?

#### Задания для самоподготовки:

1. Решите ситуационные задачи.
  - 1.1 Жалобы на кашель с отделением слизистой мокроты, повышение температуры до  $37,3^{\circ}\text{C}$ , слабость. Голосовое дрожание умеренное, симметричное с обеих сторон. Перкуторно – ясный легочный звук. Аускультативно – жесткое дыхание, единичные сухие и влажные мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах легких.  
Для какого патологического процесса в дыхательной системе это характерно? Объясните механизм появления жесткого дыхания и хрипов.
  - 1.2 Одышка при физической нагрузке. Кашель сухой много лет. Грудная клетка бочкообразная, ригидная. Голосовое дрожание резко ослаблено. При перкуссии коробочный звук, более выраженный в нижнебоковых отделах. Аускультативно – дыхание резко ослабленное, везикулярное. Бронхофония ослаблена.  
О каком патологическом состоянии Вы думаете? Объясните механизмы ослабления голосового дрожания и бронхофонии, появления коробочного перкуторного звука и ослабления везикулярного дыхания. Составьте план дополнительного обследования.
  - 1.3 Одышка, приступы удушья с затрудненным выдохом. Кашель сухой, в

конец приступа отделяется скудная вязкая стекловидная мокрота. При перкуссии над всей поверхностью грудной клетки звук легочный, в нижнебоковых отделах – с коробочным оттенком. Дыхание над всей поверхностью легких жесткое, масса сухих свистящих хрипов на всем протяжении. Голосовое дрожание, бронхофония в нижнебоковых отделах ослаблены.

О какой патологии можно думать? Назовите тип одышки. Объясните особенности кашля и характера мокроты.

1.4 Для какого патологического состояния наиболее характерен данный анализ мокроты: цвет – белый, характер – вязкая. При микроскопии лейкоциты – 13 – 14 в п/зр, эритроциты – 0, эпителий – 18-20 в п/зр, кристаллы Шарко-Лейдена – (++) , спирали Куршмана – (++)

- 1) хронический бронхит
- 2) бронхоэктатическая болезнь
- 3) бронхиальная астма
- 4) легочное сердце

2. Оценить анализы мокроты.

2.1 Характер – слизисто-гнойный, вязкая, эпителий цилиндрический – 4-9 в п/зр., лейкоциты – 12-16 в п/зр

2.2 Белая, вязкая, стекловидная, эпителий – 3-5 в п/зр, лейкоциты – 4-8 в п/зр., эозинофилы – 3-6 в п/зр., спирали Куршмана – (++) , кристаллы Шарко-Лейдена – (+).

## **ЗАНЯТИЕ 10**

### **ТЕМА: Коллоквиум по системе дыхания.**

#### **Студенту предлагается:**

Письменно или устно ответить на 3 из 29 вопросов:

1. Жалобы больных с заболеваниями органов дыхания, краткая характеристика.
2. Кашель, механизм возникновения, диагностическое значение.
3. Патологические типы дыхания.
4. Осмотр грудной клетки, патологические формы грудной клетки.
5. Пальпация грудной клетки, голосовое дрожание, диагностическое значение.
6. Бронхофония, клиническое значение.
7. Топографическая перкуссия, клиническое значение.
8. Сравнительная перкуссия, клиническое значение.
9. Везикулярное дыхание, разновидности, клиническое значение.
10. Бронхиальное дыхание, механизм возникновения, разновидности.
11. Классификация хрипов.

12. Механизм возникновения влажных хрипов, их диагностическое значение.
13. Механизм возникновения сухих хрипов, диагностическое значение.
14. Шум трения плевры.
15. Крепитация, характеристика, механизм возникновения.
16. Кровохарканье, легочное кровотечение, диагностическое значение.
17. Методика проведения и диагностическое значение плевральной пункции.
18. Хронические бронхиты, этиология, симптоматология.
19. Бронхиальная астма, этиология, факторы риска, симптоматология.
20. Эмфизема легких, этиология, симптоматология.
21. Крупозная пневмония, этиология, симптоматология.
22. Очаговая пневмония, этиология, симптоматология.
23. Экссудативный плеврит, этиология, симптоматология.
24. Сухой плеврит, этиология, симптоматология.
25. Пневмоторакс, этиология, симптоматология.
26. Абсцесс легкого, этиология, симптоматология.
27. Пневмосклероз, этиология, симптоматология.
28. Бронхоэктатическая болезнь, этиология, симптоматология.
29. Основные легочные синдромы.

I. Дать оценку анализам мокроты, крови, плевральной жидкости.

II. Подобрать клинические симптомы для следующих синдромов поражения органов дыхания:

1. Синдром уплотнения легочной ткани.
2. Синдром наличия жидкости в плевральной полости.
3. Синдром полного обтурационного ателектаза легкого.
4. Синдром наличия воздуха в плевральной полости.
5. Синдром острого спазма мелких бронхов.
6. Синдром повышенной воздушности легочной ткани.
7. Синдром наличия полости в легком, соединенной с бронхом.
8. Синдром наличия вязкого секрета в бронхах.
9. Синдром наличия жидкого секрета в бронхах.

## **ЗАНЯТИЕ 11**

**ТЕМА: Исследование сердечно-сосудистой системы в норме (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация сердца).**

### **Контрольные вопросы**

1. Каким отделом сердца образован верхушечный толчок?
2. Характеристика верхушечного толчка.



3. Чем образован правый контур сердца?
4. Чем образован левый контур сердца?
5. Чем образована абсолютная тупость сердца?
6. Что такое относительная тупость сердца?
7. Ширина сосудистого пучка в норме.
8. Поперечник сердца в норме.
9. Где проходят правая, верхняя и левая границы относительной тупости сердца в норме и чем они образованы?
10. Назовите проекции клапанов сердца на грудную клетку.
11. Назовите стандартные точки аускультации сердца.
12. Правила аускультации сердца.
13. Как образуется первый и второй тоны сердца?
14. Как отличить при аускультации первый тон от второго?

### **Задания для самоподготовки**

1. Проекция митрального клапана на переднюю поверхность грудной клетки:
  - 1) место прикрепления 3-го ребра к левому краю грудины
  - 2) место прикрепления 4-го ребра к левому краю грудины
  - 3) на середине линии, соединяющей точку прикрепления 3-го ребра к грудины слева с точкой прикрепления 4-го ребра к правому краю грудины
  - 4) на грудине, на уровне прикрепления 3-го ребра, чуть влево от срединной линии
2. Место наилучшего выслушивания митрального клапана:
  - 1) 2-е межреберье слева от грудины
  - 2) основание мечевидного отростка
  - 3) место прикрепления 4-го ребра к грудине (слева от грудины)
  - 4) верхушка сердца
3. Место выслушивания аортального клапана:
  - 1) 2-е межреберье слева от грудины
  - 2) основание мечевидного отростка
  - 3) 2-е межреберье справа от грудины
  - 4) верхушка сердца
4. Место наилучшего выслушивания клапанов легочного ствола:
  - 1) 2-е межреберье слева от грудины
  - 2) основание мечевидного отростка
  - 3) место прикрепления 4-го ребра к грудине слева
  - 4) верхушка сердца
5. Место наилучшего выслушивания трехстворчатого клапана:
  - 1) 2-е межреберье слева от грудины
  - 2) 2-е межреберье справа от грудины

- 3) основание мечевидного отростка
- 4) верхушка сердца
6. Место наилучшего выслушивания 1-го тона:
  - 1) на верхушке сердца
  - 2) у основания мечевидного отростка
  - 3) во 2-м межреберье у левого края грудины
  - 4) во 2-м межреберье у правого края грудины
7. Из каких компонентов преимущественно складывается 1-й тон?
  - 1) смыкания клапанов аорты и легочного ствола
  - 2) клапанного (смыкание створок 2- и 3-створчатых клапанов), мышечного (напряжение мышцы сердца), сосудистого (напряжение стенок аорты и легочного ствола)
  - 3) предсердного компонента, вследствие большого градиента крови в предсердиях и желудочках в диастолу и быстрого перехода крови из предсердий в желудочки
8. Из каких компонентов преимущественно складывается 2-й тон:
  - 1) смыкания створок 2- и 3- створчатого клапанов
  - 2) смыкания клапанов аорты и легочного ствола
  - 3) напряжение стенок аорты и легочного ствола
  - 4) напряжения мышцы сердца

## **ЗАНЯТИЕ 12**

**ТЕМА: Исследование сердечно-сосудистой системы в патологии  
(расспрос, осмотр, пальпация, перкуссия).**

### **Контрольные вопросы**

1. Основные жалобы больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.
2. Патогенез одышки у сердечных больных, ее разновидности.
3. Как надо характеризовать боли, возникающие в области сердца или за грудиной?
4. Патогенез и характер отеков при сердечно-сосудистой патологии.
5. Синдром «диастолического или систолического дрожания» у верхушки сердца, механизм возникновения и методика его определения.
6. Синдром «систолического дрожания» у основания сердца, механизм возникновения.
7. Причины, ведущие к смещению правой границы относительной тупости сердца.
8. Причины, ведущие к смещению верхней границы относительной тупости сердца.
9. Причины, ведущие к смещению левой границы относительной тупости сердца.

10. Какие Вы знаете конфигурации сердца в патологии? Нарисуйте их.
11. Причины, ведущие к увеличению границ абсолютной тупости сердца.
12. Причины, ведущие к уменьшению границ абсолютной тупости сердца.
13. В каких случаях происходит расширение сосудистого пучка?

**Задания для самоподготовки:**

Выберите правильный ответ в тестовых заданиях.

- 1.Центральный цианоз обусловлен:
  - 1) замедлением кровотока
  - 2) повышенной утилизацией кислорода тканями
  - 3) нарушением нормальной оксигенации крови
  - 4) замедлением кровотока и повышенной утилизацией кислорода тканями
- 2.Периферический цианоз обусловлен:
  - 1) нарушением оксигенации крови
  - 2) застоем в малом круге кровообращения
  - 3) замедлением кровотока
  - 4) замедлением кровотока и повышением утилизации кислорода тканями
- 3.«Воротник Стокса» характерен для:
  - 1) правожелудочковой недостаточности
  - 2) тромбоэмболии легочной артерии
  - 3) экссудативного перикардита
  - 4) сухого перикардита
- 4.Основным механизмом сердечных отеков является:
  - 1) повышение онкотического давления
  - 2) понижение онкотического давления
  - 3) повышение гидростатического давления в капиллярах
  - 4) повышенное выделение ренина
- 5.Синюшность пальцев, мочек ушей (акроцианоз) характерна для:
  - 1) застойных явлений в малом круге кровообращения
  - 2) застойных явлений в большом круге кровообращения
  - 3) острой сосудистой недостаточности
  - 4) дыхательной недостаточности
6. Когда возникает систолическое дрожание грудной клетки во 2-м межреберье справа от грудины?
  - 1) при сужении левого атриовентрикулярного отверстия (митральный стеноз)
  - 2) приступе стенокардии – стенозе коронарных артерий, питающих сердечную мышцу
  - 3) воспалительных изменениях в миокарде

- 4) стенозе устья аорты
7. Отеки при хронической недостаточности кровообращения:
  - 1) появляются в первую очередь на лице, особенно на веках, утром, а в конце дня исчезают
  - 2) появляются вначале на ногах к вечеру, а к утру исчезают
  - 3) отсутствует зависимость распространения отеков от времени суток и частей тела
8. Какое положение примет больной при приступе сердечной астмы?
  - 1) полусидячее положение в постели с опущенными ногами
  - 2) горизонтальное положение без подушки
  - 3) коленно-локтевое

Решите ситуационные задачи:

9. Больная 66 лет жалуется на приступы удушья по ночам, из-за которых вынуждена садиться на постели. 5 лет назад перенесла инфаркт миокарда, периодически отмечается повышение артериального давления. О каком патологическом синдроме можно думать? Объясните механизм возникших симптомов.
10. Вместе с подругой Вы готовились к экзамену, переутомились. Войдя вслед за Вами в экзаменационную аудиторию, она побледнела и внезапно потеряла сознание. Конечности холодные, вены спавшиеся. О каком патологическом синдроме можно думать?
11. Больной А., 32 года, в течение 10 лет страдает ревматизмом, периодически лечился в амбулаторных условиях, от госпитализации категорически отказывался. Около 2 месяцев назад стали появляться отеки стоп и нижних третей голеней, которые к утру исчезали. О каком патологическом синдроме можно думать? Объясните механизм возникших симптомов.

## **ЗАНЯТИЕ 13**

**ТЕМА: Аускультация сердца в патологии. Физиологическое и патологическое изменение тонов.**

### **Контрольные вопросы**

1. Характеристика нормальных тонов сердца.
2. Физиологическое усиление, ослабление и расщепление первого тона.
3. Физиологическое усиление, ослабление и расщепление второго тона.
4. Физиологическое усиление, ослабление обоих тонов сердца.
5. Патологическое усиление, ослабление первого тона.
6. Патологическое усиление, ослабление второго тона.
7. Патологическое усиление, ослабление обоих тонов сердца.

8. Патологическое расщепление, раздвоение первого тона у верхушки сердца.
9. Патологическое расщепление, раздвоение второго тона.
10. Тон открытия митрального клапана.
11. Образование физиологического и патологического третьего тона сердца.
12. Что такое ритм перепела?
13. Что такое ритм галопа?
14. Как отличить первый тон от второго при тахикардии или эмбриокардии?

### **Задания для самоподготовки**

1. Патологическое ослабление обоих тонов сердца характерно при:
  - 1) дуффузном миокардите
  - 2) тиреотоксикозе
  - 3) скоплении жидкости в полости перикарда
  - 4) повышении влияния симпатической нервной системы на сердце
2. Ослабление 1 тона на верхушке сердца наиболее характерно для:
  - 1) недостаточности митрального клапана
  - 2) сужения левого атриовентрикулярного отверстия
  - 3) недостаточности аортального клапана
  - 4) сужении отверстия легочного ствола
3. Ослабление 2 тона над аортой наблюдается при:
  - 1) недостаточности аортального клапана
  - 2) гипертонической болезни
  - 3) снижении артериального давления
  - 4) сужении левого атриовентрикулярного отверстия
4. При нарушении проведения импульса по ножке (левой или правой) пучка Гисса систола желудочка, где ножка не заблокирована, начинается раньше, чем того желудочка, в котором она заблокирована. При аускультации выявляются изменения тонов.  
Как называется этот феномен?
  - 1) «ритм перепела»
  - 2) «ритм галопа» пресистолический
  - 3) «ритм галопа» протодиастолический
  - 4) расщепление и раздвоение 1-го тона
5. Диастолическое наполнение полости левого желудочка увеличено: вместо 60 – 80 мл достигает 120 мл, стенки левого желудочка растянуты, фаза сильно удлинена.  
Что выслушивается на верхушке сердца?
  - 1) громкий 1-й тон (хлопающий)
  - 2) расщепление 1-го тона

- 3) трехчленный ритм галопа
  - 4) ослабление 1-го тона
6. Ослабление I - го тона наблюдается, как правило, при следующих пороках сердца, кроме:
- 1) недостаточности митрального клапана
  - 2) недостаточности трехстворчатого клапана
  - 3) недостаточности аортального клапана
  - 4) стеноза левого атриовентрикулярного отверстия
  - 1) аортального стеноза
7. Трехчленный ритм галопа образуется при:
- 1) инфаркте миокарда
  - 2) пролапсе митрального клапана
  - 3) митральном стенозе
  - 4) при нарушении внутрижелудочковой проводимости
9. Наиболее достоверным признаком стеноза левого атриовентрикулярного отверстия является:
- 1) увеличение левой границы сердца
  - 2) наличие «щелчка открытия» митрального клапана
  - 3) Facies mitrales
  - 4) сглаженность талии сердца при рентгенологическом исследовании

## **ЗАНЯТИЕ 14**

### **ТЕМА: Шумы сердца. Механизм возникновения, классификация, характеристика.**

#### **Контрольные вопросы**

1. Классификация шумов.
2. Как образуются функциональные шумы?
3. Как образуются органические шумы?
4. Отличие функциональных шумов от органических.
5. Характеристика шумов.
6. Механизм образования шума трения перикарда.
7. Дайте характеристику шуму трения перикарда.
8. Что такое плевроперикардальный шум?
9. Дайте характеристику плевроперикардальному шуму.
10. Понятие о клапанных и мышечных шумах сердца, их отличие друг от друга.
11. Какие звуковые явления слышны при аускультации сосудов в норме и патологии?
12. В каких положениях больного и при каких условиях надо выслушивать шумы сердца?

### Задания для самоподготовки:

1. В начале диастолы на верхушке сердца выслушивается шум.
  - А. Как называется подобный шум?
    - 1) систолический
    - 2) протодиастолический
    - 3) мезодиастолический
    - 4) пресистолический
  - Б. Каков механизм его образования?
    - 1) регургитация (обратный ток) крови из левого желудочка в левое предсердие
    - 2) обратный ток крови из аорты в левый желудочек
    - 3) обратный ток крови из легочного ствола в правый желудочек
    - 4) сужение левого атриовентрикулярного отверстия
2. Диастолический шум при митральном стенозе:
  - 1) иррадирует в левую подмышечную область
  - 2) лучше выслушивается в положении на правом боку
  - 3) сопровождается третьим тоном
  - 4) лучше выслушивается в положении на левом боку в фазе выдоха
3. При митральной недостаточности характерны все признаки, кроме:
  - 1) хлопающий первый тон на верхушке
  - 2) систолический шум на верхушке
  - 3) увеличение границ сердца влево
  - 4) снижение сердечного выброса
4. Протодиастолический шум при митральном стенозе возникает вследствие:
  - 1) активной систолы предсердий
  - 2) митральной регургитации
  - 3) увеличения градиента давления «левое предсердие – левый желудочек»
5. Какой шум выслушивается при аортальном стенозе:
  - 1) пансистолический
  - 2) протосистолический
  - 3) мезосистолический
  - 4) диастолический
6. Пациент 19-ти лет направлен на обследование с предположительным диагнозом митрального порока сердца. При осмотре был выявлен систолический шум на верхушке сердца. Какой метод обследования наиболее информативен для подтверждения или исключения диагноза порока сердца?
  - 1) ЭКГ
  - 2) эхокардиография
  - 3) фонокардиография

- 4) рентгеноскопия грудной клетки
7. У больного 42 лет обнаружено значительное смещение границ относительной тупости сердца влево, усиление верхушечного толчка, выраженный симптом систолического дрожания во 2-м межреберье справа от грудины и там же ослабление 2-го тона. Какой из нижеперечисленных аускультативных феноменов непременно должен иметь место у данного больного?
- 1) систолический шум на верхушке
  - 2) диастолический шум на верхушке
  - 3) систолический шум над аортой
  - 4) диастолический шум над аортой
  - 5) систолический шум у мечевидного отростка

## **ЗАНЯТИЕ 15**

**ТЕМА: Исследование сосудов, пульса, артериального и венозного давления, скорости кровотока.**

### **Контрольные вопросы**

1. Жалобы больных с заболеванием сосудов.
2. Какие симптомы можно обнаружить у больного с заболеванием сосудов при общем осмотре?
3. В каких местах следует проверять пульсацию артерий?
4. Методика исследования пульса на лучевой артерии.
5. Понятие о частоте пульса.
6. Понятие о ритме пульса.
7. Понятие о наполнении и напряжении пульса и факторы их обуславливающие.
8. Величина, форма пульса.
9. Что такое дефицит пульса и при каких патологических состояниях он встречается? Привести примеры.
10. Какие Вы знаете аритмии сердца, выявляемые по пульсу?
11. Понятие о «разном», «перемежающем» и «пародоксальном» пульсе.
12. Аускультация сосудов.
13. Как надо измерять артериальное давление?
14. Какие факторы влияют на величину артериального давления?
15. У каких больных повышается или понижается артериальное давление?
16. Как и какое артериальное давление (систолическое или диастолическое) можно измерять без стетофонендоскопа?
17. Методика измерения венозного давления.
18. Какие факторы влияют на величину венозного давления?
19. Какие Вы знаете способы определения скорости кровотока?



20. Диагностическое значение капилляроскопии.

**Задания для самоподготовки:**

1. Наполнение пульса определяется:
  - 1) разностью между числом сердечных сокращений и пульсовых волн за одну и ту же минуту
  - 2) силой, с которой нужно прижимать артерию, чтобы прекратилось распространение пульсовых волн
  - 3) количеством циркулирующей в артериях крови, систолическим объемом сердца
2. Напряжение пульса определяется:
  - 1) разностью между числом сердечных сокращений и числом пульсовых волн за одну и ту же минуту
  - 2) силой, с которой нужно прижимать артерию, чтобы прекратилось распространение пульсовых волн
  - 3) количеством циркулирующей в артериях крови, систолическим объемом сердца
3. Дефицит пульса определяется:
  - 1) разностью между числом сердечных сокращений и пульсовых волн за одну и ту же минуту
  - 2) силой, с которой нужно прижимать артерию, чтобы прекратилось распространение пульсовой волны
  - 3) количеством циркулирующей в артериях крови, систолическим объемом сердца
4. Истинная пульсация печени характерна для:
  - 1) гипертрофии левого желудочка
  - 2) гипертрофии правого желудочка
  - 3) недостаточности трехстворчатого клапана
  - 4) застоя крови в печени
5. Систолическое артериальное давление преимущественно зависит от:
  - 1) периферического сосудистого сопротивления
  - 2) ударного систолического выброса
  - 3) частоты пульса
  - 4) объема циркулирующей крови
6. Диастолическое артериальное давление преимущественно зависит от:
  - 1) периферического сосудистого сопротивления
  - 2) ударного систолического выброса
  - 3) частоты пульса
  - 4) объема циркулирующей крови

## ЗАНЯТИЕ 16

**ТЕМА: Электрокардиография. ЭКГ здорового человека.**

### Контрольные вопросы

1. История возникновения электрокардиографии.
2. Физические основы электрокардиологии.
3. Какие отведения применяются для снятия электрокардиограммы?
4. Какие отведения фиксируют разность потенциалов с передней, задней, боковой стенок миокарда, межжелудочковой перегородки, верхушки?
5. Из каких зубцов и интервалов состоит электрокардиограмма здорового человека?
6. Продолжительность каких зубцов и интервалов отражает функцию проводимости.
7. ЭКГ—признаки правильного синусового ритма.
8. Понятие об электрической оси сердца.
9. ЭКГ —признаки нормального положения электрической оси сердца.
10. Методика расшифровки ЭКГ.

### Задания для самоподготовки

1. Нарисуйте нормальную ЭКГ и укажите, какому периоду возбуждения миокарда соответствуют зубцы Р, Т, комплекс QRS и интервалы PQ, ST, QT. Укажите нормальную величину и продолжительность зубцов, интервалов и комплексов.

## ЗАНЯТИЕ 17

**ТЕМА: Электрокардиограмма в патологии.**

### Контрольные вопросы

1. ЭКГ—признаки синусовой тахикардии.
2. ЭКГ — признаки синусовой брадикардии.
3. ЭКГ—признаки синусовой аритмии.
4. ЭКГ — признаки предсердной экстрасистолии.
5. ЭКГ — признаки атриовентрикулярной экстрасистолии
6. ЭКГ—признаки желудочковой экстрасистолии.
7. Понятие о политопной экстрасистолии, аллоритмии.

8. Понятие о пароксизмальной тахикардии, ее виды.
9. ЭКГ—признаки трепетания предсердия.
10. ЭКГ—признаки мерцания предсердий.
11. ЭКГ-признаки синоаурикулярной блокады.
12. ЭКГ—признаки предсердной блокады.
13. ЭКГ—признаки неполной атриовентрикулярной блокады.
14. Клинические и электрокардиографические признаки полной атриовентрикулярной блокады.
15. ЭКГ—признаки внутрижелудочковой блокады (блокада ножек пучка Гиса, волокон Пуркинье).
16. Электрокардиографические признаки отклонения электрической оси сердца влево.
17. ЭКГ—признаки отклонения электрической оси сердца вправо.
18. ЭКГ—признаки гипертрофии предсердий.
19. ЭКГ—признаки гипертрофии правого желудочка.
20. ЭКГ — признаки гипертрофии левого желудочка.

#### **Задания для самоподготовки:**

1. Нарисуйте характерные изменения ЭКГ при:
  - гипертрофии предсердий («P-mitrale” и “P-pulmonale”)
  - гипертрофии левого и правого желудочков
  - пароксизмальной тахикардии
  - мерцательной аритмии
  - трепетания предсердий
  - предсердной экстрасистолии
  - узловой экстрасистолии
  - лево- и правожелудочковой экстрасистолии
  - синоатриальной и внутрисердечной блокаде
  - атриовентрикулярной блокаде 1, 2, 3 степени
  - блокаде левой и правой ножек пучка Гиса

## **ЗАНЯТИЕ 18**

**ТЕМА: Ревматизм. Митральные пороки сердца: недостаточность митрального клапана, стеноз левого атриовентрикулярного отверстия.**

#### **Контрольные вопросы**

1. Этиология и патогенез ревматизма.
2. Какие фазы патологического процесса в соединительной ткани при

ревматизме Вы знаете? Какая фаза обратима?

3. Жалобы больных с ревмокардитом.

4. Физикальные данные у больных с ревмокардитом (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация).

5. Результаты дополнительных методов исследования у больных ревматизмом (общий анализ крови, СРБ, серомукоид, сиаловые кислоты, общий белок и белковые фракции, фибриноген, титры антистрептолизина О, антистрептогиалуронидазы, антистрептокиназы, рентгенологическая картина со стороны сердца, ЭКГ, ФКГ).

6. Внесердечные проявления ревматизма.

7. Как нарушается внутрисердечная гемодинамика при митральной недостаточности?

8. Как изменяются границы относительной тупости при недостаточности митрального клапана?

9. Какой самый важный симптом указывает на митральную недостаточность?

10. Как изменяется ЭКГ при митральной недостаточности?

11. Рентгенологическая картина при митральной недостаточности.

12. Как нарушается внутрисердечная гемодинамика при митральном стенозе?

13. Жалобы больных с митральным стенозом.

14. Какие симптомы выявляются при общем осмотре и осмотре области сердца у больных с митральным стенозом?

15. Каким методом обследования можно определить симптом «кошачье мурлыканье»? Механизм его образования.

16. Какая конфигурация сердца у больного митральным стенозом?

17. Расскажите аускультативную картину при митральном стенозе.

18. Как изменяется ЭКГ, при митральном стенозе?

19. Рентгенологическая картина при митральном стенозе.

20. Что можно обнаружить у больного с митральным стенозом при ультразвуковом исследовании сердца?

#### **Задания для самоподготовки**

Выберите правильный ответ на тестовые задания

1. При ревматическом эндокардите чаще поражается:

- 1) митральный клапан
- 2) аортальный клапан
- 3) трехстворчатый клапан
- 4) клапан легочного ствола

2. Для ревматического артрита наиболее характерны:

- 1) множественность поражения суставов
- 2) симметричность поражения суставов
- 3) летучесть
- 4) поражение преимущественно мелких суставов

3. Подкожные ревматические узелки чаще располагаются:
  - 1) в затылочной области
  - 2) на сгибательных поверхностях суставов
  - 3) на разгибательных поверхностях суставов
  - 4) на голени
4. Из приведенных анализов наиболее характерным для ревматизма является:
  - 1) повышение СОЭ
  - 2) наличие С-реактивного белка
  - 3) диспротеинемия
  - 4) высокие титры антител к антигенам стрептококка
5. Нарисуйте схему гемодинамики митрального стеноза и митральной недостаточности
6. Больной предъявляет жалобы на: одышку, сердцебиение, кровохарканье, приступы удушья в ночное время, осиплость голоса, дисфагию. Из анамнеза: частые ангины, ОРЗ. Ранее отмечались припухлость, покраснение и болезненность суставов. При осмотре: акроцианоз, цианоз щек, губ, кончика носа, мочек ушей. Определяется сердечный толчок, пресистолическое дрожание в области верхушки сердца. Пульс малый, ассиметричный. При перкуссии: смещение границ относительной сердечной тупости вверх и вправо, митральная конфигурация сердца. При аускультации: «хлопающий» 1-й тон на верхушке, акцент 2-го тона на легочной артерии; тон открытия митрального клапана и диастолический шум на верхушке. Шум Грехема - Стилла на легочной артерии. ЭКГ: признаки гипертрофии правого желудочка и левого предсердия.  
Каков, по вашему мнению, диагноз? Какие механизмы лежат в основе всех перечисленных симптомов? Составьте план дальнейшего обследования больного.
7. Больной предъявляет жалобы на: одышку, сердцебиение при физическом напряжении, в анамнезе – частые ангины. При осмотре - легкий цианоз губ. Пальпация: усиленный, смещенный влево и вниз верхушечный толчок. Перкуссия: смещение границ относительной сердечной тупости влево и вверх, митральная конфигурация сердца. Аускультация: ослабление 1-го тона на верхушке и акцент 2-го тона на легочной артерии. Систолический шум на верхушке. АД 130/85 мм.рт.ст. ЭКГ: признаки гипертрофии левого желудочка. После 1-го тона на верхушке систолический шум.  
О каком заболевании можно думать? Какие механизмы лежат в основе всех перечисленных симптомов? Назовите ЭКГ-признаки гипертрофии левого желудочка. Составьте план дальнейшего обследования больного.
8. Выберите правильный ответ на тестовые задания.
  - 8.1 К наиболее характерным признакам застоя в малом круге

кровообращения при митральных пороках сердца относятся:

- 1) одышка, слабость, цианоз
- 2) одышка, сердцебиение, цианоз
- 3) одышка, кашель, сердцебиение, цианоз
- 4) одышка, кашель, цианоз

8.2 Акцент 2-го тона над легочной артерией свидетельствует:

- 1) стенозу легочного ствола
- 2) недостаточности клапанов легочного ствола
- 3) легочной гипертензии

8.3 Основным рентгенологическим признаком митральной конфигурации сердца является:

- 1) увеличение дуги левого желудочка
- 2) отклонение контрастированного пищевода по дуге большого радиуса
- 3) отклонение контрастированного пищевода по дуге малого радиуса
- 4) сглаженность сердечной талии

8.4 При митральной недостаточности поступление крови в аорту:

- 1) уменьшается
- 2) увеличивается
- 3) не изменяется
- 4) изменяется незначительно

8.5 У больных с митральной недостаточностью верхушечный толчок:

- 1) ослаблен
- 2) усилен
- 3) не изменен
- 4) отрицательный

8.6 Перкуторные границы сердца при митральной недостаточности:

- 1) смещены влево и вверх
- 2) смещены влево, вверх и вправо
- 3) смещены вправо и влево
- 4) не изменены

8.7 При митральной недостаточности 1-й тон на верхушке аускультативно:

- 1) усилен
- 2) ослаблен
- 3) «хлопающий»
- 4) не изменен

8.8 Систолический шум при митральной недостаточности проводится:

- 1) по левому краю грудины
- 2) на сосуды шеи
- 3) в левую подмышечную область
- 4) в межлопаточное пространство

8.9 Систолический шум при митральной недостаточности лучше выслушивается в положении больного:

- 1) сидя

- 2) лежа на левом боку
- 3) лежа на правом боку
- 4) лежа на спине

8.10 Симптом Ортнера (потеря голоса - афония) при митральном стенозе обусловлен:

- 1) сдавлением левой подключичной артерии
- 2) сдавлением левой подключичной вены
- 3) сдавлением возвратного нерва
- 4) сдавлением трахеи

8.11 Симптом Попова ( ассиметричность пульса на левой и правой руках) при митральном стенозе обусловлен:

- 1) сдавлением левой подключичной артерии
- 2) сдавлением левой подключичной вены
- 3) сдавлением возвратного нерва
- 4) спазмом легочных артериол

8.12 К наиболее характерным изменениям в большом круге кровообращения при митральном стенозе относятся:

- 1) феномен централизации кровообращения
- 2) артериальная гипертензия
- 3) артериальная гипотония
- 4) симптом Бейнбриджа

8.13 Гемодинамические расстройства в малом круге кровообращения при митральном стенозе обусловлены:

- 1) снижением ударного объема сердца
- 2) правожелудочковой недостаточностью
- 3) левожелудочковой недостаточностью
- 4) повышением давления в левом предсердии

8.14 Сердечный толчок при митральном стенозе обусловлен:

- 1) гипертрофией левого предсердия
- 2) гипертрофией правого желудочка
- 3) «хлопающим» 1-м тоном
- 4) выбуханием легочного ствола

8.15 Пальпаторный симптом дрожания при митральном стенозе формирует:

- 1) систолический шум
- 2) продиастолический шум
- 3) пресистолический шум
- 4) мезодиастолический шум

8.16 «Мелодию» митрального стеноза составляют:

- 1) «хлопающий» 1-й тон, 2-й тон, щелчок открытия митрального клапана, диастолический шум
- 2) «хлопающий» 1-й тон, 2-й тон, щелчок открытия митрального клапана, систолический шум

8.17 «Ритм перепела» при митральном стенозе формируют:

- 1) «хлопающий» 1-й тон, щелчок открытия митрального клапана, диастолический шум
- 2) «хлопающий» 1-й тон, 2-й тон, щелчок открытия митрального клапана
- 3) «хлопающий» 1-й тон, 2-й тон, щелчок открытия митрального клапана, диастолический шум
- 4) «хлопающий» 1-й тон, акцент 2-го тона над легочной артерией

8.18 Появлению мерцательной аритмии при митральном стенозе способствует:

- 1) растяжение правого предсердия
- 2) растяжение левого предсердия
- 3) легочная гипертензия
- 4) замедление внутрисердечного кровотока

## **ЗАНЯТИЕ 19**

**ТЕМА: Аортальные пороки сердца: недостаточность аортального клапана, стеноз устья аорты. Недостаточность трехстворчатого клапана. Недостаточность кровообращения.**

### **Контрольные вопросы**

1. Этиология аортальной недостаточности.
2. Как нарушается внутрисердечная гемодинамика при аортальной недостаточности?
3. Жалобы больных при этом пороке.
4. Физикальные данные у больного с аортальной недостаточностью (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация).
5. Результаты лабораторных методов исследования (общий анализ крови, СРБ, серомукоид, сиаловые кислоты, общий белок и белковые фракции, фибриноген, титры антистрептолизина О, антистрептогиалуронидазы, антистрептокиназы, посев крови на стерильность) у больного с аортальной недостаточностью.
6. Результаты инструментальных методов исследования (общий анализ крови, СРБ, серомукоид, сиаловые кислоты, общий белок и белковые фракции, фибриноген, титры антистрептолизина О, антистрептогиалуронидазы, антистрептокиназы, рентгенологическая, электрокардиографическая, фонокардиографическая картина).
7. Что можно определить со стороны клапанного аппарата при ультразвуковом исследовании сердца с аортальной недостаточностью?
8. Этиология стеноза устья аорты.
9. Как изменяется внутрисердечная гемодинамика при стенозе устья



аорты?

10. Жалобы больных при этом пороке.
11. Физикальные данные у больного со стенозом устья аорты (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация).
12. Результаты лабораторных методов исследования (общий анализ крови, СРБ, серомукоид, сиаловые кислоты, общий белок и белковые фракции, фибриноген, титры антистрептолизина О, антистрептогалактонидазы, антистрептокиназы, посев крови на стерильность).
13. Рентгенологическая, электрокардиографическая и фонокардиографическая картина при стенозе устья аорты.
14. Что можно обнаружить, при ультразвуковом исследовании сердца у больного со стенозом устья аорты?
15. Причины недостаточности трехстворчатого клапана.
16. Как нарушается внутрисердечная гемодинамика при недостаточности трехстворчатого клапана?
17. Жалобы больных при недостаточности трехстворчатого клапана.
18. Физикальные данные у больных с недостаточностью трехстворчатого клапана (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация).
19. Классификация сердечной недостаточности.
20. Клиника левожелудочковой недостаточности.
21. Клиника правожелудочковой недостаточности.

#### **Задания для самоподготовки:**

1. Выберите правильный ответ на тестовые задания:
  - 1.1 Боли в области сердца стенокардитического характера при аортальной недостаточности обусловлены:
    - 1) гипертрофией левого желудочка
    - 2) низким диастолическим давлением в аорте
    - 3) гипертрофией левого желудочка и низким диастолическим давлением в аорте
    - 4) рефлексорными процессами
  - 1.2 Феномен централизации кровообращения наиболее характерен для:
    - 1) митрального стеноза
    - 2) митральной недостаточности
    - 3) аортального стеноза
    - 4) аортальной недостаточности
  - 1.3 «Аортальная конфигурация сердца» представлена:
    - 1) гипертрофированным левым желудочком и выбуханием дуги аорты
    - 2) гипертрофированным левым желудочком и подчеркнутой сердечной талией
    - 3) выбуханием дуги аорты и сглаженной сердечной талией

- 4) гипертрофией левого желудочка и сглаженной сердечной талией
- 1.4 Бледность кожных покровов при аортальной недостаточности обусловлена:
  - 1) спазмом периферических сосудов
  - 2) снижением ударного объема сердца
  - 3) малым наполнением артерий во время диастолы
  - 4) резким колебанием давления в артериях в систолу и диастолу
- 1.5 Симптом Квинке при аортальной недостаточности проявляется в виде:
  - 1) расширения и сужения зрачка в такт пульсу
  - 2) проявления добавочного тона над крупными артериями
  - 3) пульсацией ногтевого ложа при легком надавливании на конец ногтя
  - 4) разницей уровня давления на руках и ногах свыше 20 мм.рт.ст.
- 1.6 Симптом Мюссе при аортальной недостаточности обусловлен:
  - 1) уменьшением ударного объема сердца
  - 2) резким колебанием давления во время систолы и диастолы
  - 3) уменьшением кровенаполнения коронарных артерий в период диастолы
- 1.7 В основе «митриализации» аортальных пороков лежит:
  - 1) гипертрофия левого желудочка
  - 2) растяжение стенок левого желудочка
  - 3) дилатация левого желудочка
  - 4) легочная гипертензия
- 1.8 Пульс при аортальном стенозе:
  - 1) большой, скорый
  - 2) большой, медленный
  - 3) малый, скорый
  - 4) малый, медленный
- 1.9 Пульс при аортальной недостаточности:
  - 1) частый, малый, скорый
  - 2) частый, большой, скачущий
  - 3) частый, большой, медленный
  - 4) частый, малый, медленный
- 1.10 Для аортального стеноза наиболее характерны:
  - 1) систолический шум на аорте и «систолическое дрожание»
  - 2) систолический шум на верхушке и усиленный верхушечный толчок
  - 3) усиленный верхушечный толчок и малый пульс
  - 4) систолический шум на аорте и малый пульс
- 1.11 При аортальной недостаточности ослабление 1-го тона на верхушке обусловлено:
  - 1) гипертрофией левого желудочка

- 2) ослаблением сосудистого компонента
- 3) отсутствием периода замкнутых клапанов
- 4) замедлением кровотока

1.12 При аортальной недостаточности 2-й тон на аорте:

- 1) усилен
- 2) ослаблен
- 3) расщеплен
- 4) не изменен

1.13 Убывающий характер диастолического шума на аорте при аортальной недостаточности обусловлен:

- 1) падением давления в аорте
- 2) замедлением кровотока
- 3) падением давления в аорте и замедлением кровотока
- 4) уменьшением давления в левом желудочке

1.14 Шум Флинта при аортальной недостаточности обусловлен:

- 1) высоким пульсовым давлением
- 2) формированием относительного митрального стеноза
- 3) функциональным расширением аорты

Решите ситуационные задачи:

2. Жалобы: головокружение, головные боли, боли в области сердца давящего, сжимающего характера, приступы удушья. Осмотр: выраженная бледность кожных покровов. Пальпация: усиленный, смещенный влево и вниз верхушечный толчок, определяется систолическое дрожание в области сердца над аортой, пульс малый, медленный. Перкуссия: смещение границ относительной сердечной тупости влево, аортальная конфигурация сердца. Аускультация: ослабление 1-го тона на верхушке и 2-го тона на аорте. Систолический шум во втором межреберье справа от грудины, проводится на сонную артерию и в межлопаточное пространство.

Каково ваше мнение по диагнозу? Какие механизмы лежат в основе всех перечисленных симптомов?

3. Жалобы: одышка, приступы удушья, боли в области сердца, чувство распространенной пульсации, головокружение. Осмотр: бледность кожных покровов, цианоз губ, симптом Мюссе. Положительный капиллярный симптом. «Пляска» сонных артерий. Куполообразный приподнимающий верхушечный толчок, сердечный горб. Пальпация: усиленный, разлитой, смещенный влево и вниз верхушечный толчок. Пульс скорый, высокий, скачущий, ЧСС - 92 в 1 мин. Перкуссия: смещение границ относительной сердечной тупости влево, аортальная конфигурация сердца. Аускультация: ослабление 1-го тона на верхушке и 2-го тона на аорте, диастолический шум на аорте и в точке Боткина. Диастолический шум на верхушке (шум Флинта), нежный систолический шум на верхушке. При аускультации бедренной артерии

определяется двойной тон Траубе, двойной шум Виноградова – Дюрозье. ЭКГ: признаки гипертрофии левого желудочка. АД 175/20 мм.рт.ст.

О какой патологии можно подумать? Какие механизмы лежат в основе всех перечисленных симптомов? Составьте план дальнейшего обследования больного.

4. Жалобы: одышка в покое, боли тупого характера в правом подреберье, отеки на ногах. Осмотр: цианоз губ, акроцианоз, набухшие вены, положительный венный пульс. Пальпация: усилен сердечный толчок, пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Перкуссия: смещение границы относительной сердечной тупости вправо. Аускультация: ослабление первого тона у основания мечевидного отростка грудины, там же систолический шум, интенсивность которого усиливается при задержке дыхания на высоте вдоха. АД 120/75 мм.рт.ст. ЭКГ: признаки дистрофии правого желудочка. Какому патологическому состоянию может соответствовать представленная задача? Какие механизмы лежат в основе всех перечисленных симптомов? Назовите ЭКГ-признаки гипертрофии правого желудочка. Составьте план дальнейшего обследования больного.

6. Наиболее часто острая правожелудочковая недостаточность развивается при:

- 1) инфаркте миокарда
- 2) тромбоэмболии легочной артерии
- 3) стенозе легочной артерии
- 4) недостаточности трехстворчатого клапана

7. Наиболее часто острая левожелудочковая недостаточность развивается при:

- 1) митральном стенозе
- 2) тромбоэмболии легочной артерии
- 3) инфаркте миокарда
- 4) кардиосклерозе

8. Хроническая левожелудочковая недостаточность наиболее характерна для:

- 1) митрального стеноза
- 2) митральной недостаточности
- 3) стенокардии
- 4) инфаркта миокарда

## ЗАНЯТИЕ 20

### ТЕМА: Гипертоническая болезнь. Ишемическая болезнь сердца: стенокардия, инфаркт миокарда.

#### Контрольные вопросы

1. Этиология гипертонической болезни.
2. Какие стадии гипертонической болезни Вы знаете?
3. Жалобы больных гипертонической болезнью.
4. Физикальные данные у больных гипертонической болезнью (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация).
5. Результаты дополнительных методов исследования (общий анализ крови, мочи, ЭКГ, рентгенологическая картина, данные ультразвукового исследования сердца, глазное дно).
5. Определение ишемической болезни сердца.
6. Классификация ишемической болезни сердца.
7. Этиопатогенез стенокардии.
9. Жалобы больных стенокардией.
10. Объясните механизм болевого синдрома при стенокардии?
11. Как надо характеризовать боль в области сердца при стенокардии?
12. Какие изменения ЭКГ можно обнаружить во время приступа стенокардии?
13. Какие причины вызывают инфаркт миокарда?
14. Болевой синдром при инфаркте миокарда и его отличие от болевого синдрома при стенокардии.
15. Физикальные данные у больного инфарктом миокарда (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация).
16. Результаты дополнительных методов исследования (общий анализ крови, КФК, АЛТ, АСТ, ЛДГ, тропонин Т, инструментальная диагностика).
17. ЭКГ—признаки, характерные для стенокардии.
18. ЭКГ—признаки, характерные для острого периода инфаркта миокарда передней стенки.
19. ЭКГ—признаки, характерные для подострого периода инфаркта миокарда передней стенки.
20. ЭКГ – признаки, характерные для инфаркта миокарда передней стенки в стадии рубцевания.
21. ЭКГ—признаки, характерные для острого периода инфаркта миокарда задней стенки.
22. ЭКГ—признаки, характерные для подострого периода инфаркта миокарда задней стенки.
23. ЭКГ – признаки, характерные для инфаркта миокарда задней стенки в стадии рубцевания.

### Задания для самоподготовки:

1. Больной Б., 41 год. Жалобы на головную боль, преимущественно в затылочной области, ноющие боли в области сердца, сердцебиение, бессонницу. Объективно: пульс твердый, напряженный, АД 170/105 мм.рт.ст. При пальпации области сердца верхушечный толчок усиленный, разлитой, приподнимающий, локализуется в 6-м межреберье на 3,5 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Перкуторно: смещение левой границы относительной тупости влево. Аускультативно: 1-й тон на верхушке ослаблен, во втором межреберье справа у грудины акцент 2-го тона. Ритм правильный, ЧСС 82 в 1 мин. Анализ крови общий: Нв – 144 г/л, эритроциты –  $4,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты –  $5,2 \times 10^9$ /л, лимфоциты – 19%, моноциты – 5%, СОЭ – 8 мм/ч. Анализ мочи: светло-желтая, прозрачная, относительная плотность – 1018, белок – 0, лейкоциты – 1 – 2 в п/зр, эритроциты – 0, эпителий – 2 – 3 в п/зр. Сахар крови – 5,4 ммоль/л, холестерин 7,0 ммоль/л,  $\beta$ -липопротеиды – 5,7 г/л, мочевины – 7,8 ммоль/л, креатинин – 0,088 ммоль/л. ЭКГ – признаки гипертрофии левого желудочка. На глазном дне артерий сетчатки сужены, извиты.

Какое ваше мнение по диагнозу? Какая стадия заболевания? Каковы механизмы ослабления 1-го тона на верхушке сердца и акцента 2-го тона над аортой? Назначьте план дальнейшего обследования больного.

2. Больной К., 39 лет, в течение 15 лет страдает артериальной гипертензией, но прежде не обследовался. В анамнезе заболевание почек. Ухудшение состояния в день поступления. Жалобы на интенсивную головную боль, головокружение, шум в ушах, мелькание «мушек» перед глазами, ноющую боль в области сердца, сердцебиение, ощущение познбливания. Больной возбужден, АД 240/120 мм.рт.ст. Верхушечный толчок усилен, разлитой, локализуется в 6-м межреберье на 1,5 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца громкие, акцент 2-го тона во 2-м межреберье справа от грудины, ритм правильный, ЧСС 92 в 1 мин. Отмечается пастозность век. Мочеиспускание частое, небольшими порциями, умеренно болезненное. Болезненность при пальпации почек справа. Поколачивание по поясничной области болезненное справа.

Каким может быть заключение по диагнозу? Какова диагностика и лечебная тактика в отношении данного больного?

3. Назовите основные критерии отличия приступа стенокардии от инфаркта миокарда.

2. Выберите правильный ответ на тестовые задания:
  - 2.1 Наиболее частой причиной стенокардии является:
    - 1) спазм коронарных сосудов
    - 2) коронариит

- 3) атеросклероз коронарных артерий
- 4) длительная артериальная гипертензия

2.2 Приступы стенокардии напряжения чаще возникают:

- 1) на холоде
- 2) после еды
- 3) после физической нагрузки
- 4) по ночам

2.3 Наиболее частой причиной инфаркта миокарда является:

- 1) коронаротромбоз
- 2) коронаросклероз
- 3) коронароспазм
- 4) электролитные нарушения в миокарде

2.4 Типичной формой инфаркта миокарда является:

- 1) ангинозная
- 2) астматическая
- 3) абдоминальная
- 4) церебральная

2.5 Лихорадка при инфаркте миокарда определяется:

- 1) ишемией
- 2) воспалительным процессом
- 3) лизисом тромба
- 4) всасыванием продуктов аутолиза

2.6 Повышение СОЭ при инфаркте миокарда развивается:

- 1) в первые часы
- 2) в первые сутки
- 3) на второй-третий день
- 4) со второй недели

2.7 Лейкоцитоз при инфаркте миокарда развивается:

- 1) в первые часы
- 2) в первые сутки
- 3) на второй-третий день
- 4) к концу первой недели

2.8 Подострая стадия инфаркта миокарда от начала инфаркта продолжается:

- 1) одну неделю
- 2) одну-три недели
- 3) один месяц
- 4) три месяца

2.9 Рубцевание неосложненного инфаркта миокарда продолжается:

- 1) три недели
- 2) один-три месяца
- 3) шесть месяцев
- 4) 12 месяцев

2.10. Больной поступил в стационар с жалобами на сжимающие интенсивные боли в области средней и нижней трети грудины, возникающие при ходьбе и в момент эмоционального напряжения, в покое боль проходит.

А. Каков механизм боли?

- 1) ишемия миокарда из-за недостаточного его кровоснабжения
- 2) воспалительные изменения в миокарде
- 3) функциональные нарушения регуляции сердца
- 4) воспалительные изменения в перикарде

Б. О каком заболевании можно думать?

- 1) миокардит
- 2) стенокардия
- 3) инфаркт миокарда
- 4) перикардит

В. Какое положение примет больной?

- 1) ортопное
- 2) коленно-локтевое
- 3) замрет на месте
- 4) будет метаться

3. Ответьте на вопросы ситуационных задач.

3.1 В поликлинике, проходя мимо мужчины 55 лет, ожидавшего прием к терапевту, Вы увидели, что ему стало плохо: внезапно возникли боли за грудиной сжимающего характера, отдающие в левую руку. Он положил небольшую таблетку под язык. Через несколько минут боль прошла.

Каков Ваш предположительный диагноз?

3.2 Больной 57 лет доставлен в стационар с улицы: при быстрой ходьбе внезапно возникло чувство давления за грудиной. Желая преодолеть это чувство, он продолжал идти в том же темпе. Затем появилась резкая слабость, усилилось чувство давления, он покрылся холодным потом, остановился, сел на тротуар.

Каков Ваш предположительный диагноз?

3.3 Больной К., 49 лет, длительно страдавший гипертонической болезнью, поступил в стационар с жалобами на интенсивную сжимающую боль в загрудинной области, иррадиирующую в межлопаточную область, в левую руку, не купирующуюся нитроглицерином. Длительность боли – около 2 часов. Объективно: кожные покровы влажные, бледные, умеренный цианоз губ. Аускультативно: тоны сердца приглушены, акцент 2-го тона над аортой; ритм правильный, ЧСС 88 в 1 мин., АД 110/70 мм.рт.ст.

Общий анализ крови: Нв – 134 г/л, эритроциты –  $4,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты –  $10,2 \times 10^9$ /л, СОЭ – 9 мм/ч, АСТ – 0,85 ммоль/ч х л, АЛТ – 0,8 ммоль/ч х л; холестерин – 7,9 ммоль/л. ЭКГ: ритм синусовый, электрическая ось сердца отклонена влево, признаки гипертрофии левого желудочка, в третьем отведении и aVF наблюдается смещение сегмента ST на 2 мм



выше изолинии.

Сформулируйте диагноз.

Чем определяется тяжесть состояния больного? Охарактеризуйте результаты лабораторных исследований. Определите локализацию и стадию патологического процесса по описанию ЭКГ. Определите тактику ведения больного.

## ЗАНЯТИЕ 21

### ТЕМА: Коллоквиум по сердечно-сосудистой системе.

#### Студенту предлагается

Письменно ответить на 3 вопроса:

1. Основные жалобы больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.
2. Болевой синдром в области сердца, его основные характеристики.
3. Характеристика отеков у сердечных больных и их патогенез.
4. Нормальные границы абсолютной и относительной тупости сердца.
5. Проекция различных отделов сердца на грудную клетку и отношение их к перкуторным границам сердца.
6. Увеличение и уменьшение сердечной тупости, их причина.
7. Особенности одышки у сердечных больных. Сердечная астма и ее причины.
8. Значение анамнеза при сердечно-сосудистых заболеваниях
9. Проекция клапанов на грудную клетку и места выслушивания.
10. Происхождение первого тона и места наилучшего выслушивания.
11. Происхождение второго тона и места наилучшего выслушивания.
12. Данные осмотра при заболеваниях сердца (общего и частного).
13. Физиологическое ослабление и усиление тонов сердца.
14. Патологические изменения силы 1 и 2 тонов.
15. Расщепление и раздвоение тонов сердца.
16. Данные пальпации области сердца.
17. Верхушечный, сердечный толчок.
18. Артериальное давление и обуславливающие его факторы.
19. Классификация шумов сердца.
20. Механизм образования шумов сердца, отношение их к фазам сердечной деятельности.
21. Характеристика органических шумов сердца: сила, характер, иррадиация и места наилучшего выслушивания
22. Экстракардиальные шумы.
23. Функциональные шумы, их происхождение и отличие от клапанных шумов.

24. Классификация аритмий.
25. Виды аритмий, определяемые по пульсу. Дефицит пульса.
26. Экстрасистолы, происхождение, клиническое значение, ЭКГ-диагностика.
27. Пароксизмальные тахикардии, клиническое значение, ЭКГ – диагностика.
28. Мерцательная аритмия, разновидности, клиническое значение. ЭКГ-диагностика.
29. Виды блокад сердца, синусовая и предсердно-предсердная блокады, клиническое значение и ЭКГ-диагностика.
30. Атриовентрикулярная блокада, этиология, клиническое значение, ЭКГ-диагностика.
31. Внутрисердечные блокады, этиология, клиническое значение и ЭКГ-диагностика.
32. Ревматизм, этиология, патогенез, симптоматология.
33. Недостаточность митрального клапана, этиология, симптоматология.
34. Стеноз левого предсердно-желудочкового отверстия, этиология, симптоматология.
35. Недостаточность клапана аорты, этиология, симптоматология.
36. Стеноз устья аорты, этиология, симптоматология.
37. Недостаточность трехстворчатого клапана, этиология, симптоматология.
38. Этиопатогенез, клиническая симптоматология и диагностика стенокардии.
39. Этиология, клинические формы, диагностика инфаркта миокарда. ЭКГ – диагностика инфаркта миокарда.
40. Инфекционный эндокардит, этиология, патогенез, симптоматология.
41. Классификация недостаточности кровообращения.
42. Клиника и патогенез правожелудочковой недостаточности.
43. Клинические проявления и патогенез левожелудочковой недостаточности.
44. Пульс, его свойства.

**А.** Расшифровать ЭКГ, дать оценку рентгенограмме сердца.

**Б.** Перечислить клинические симптомы для следующих синдромов поражения сердечно-сосудистой системы:

1. Синдром митральной недостаточности.
2. Синдром митрального стеноза.
3. Синдром аортальной недостаточности.
4. Синдром стеноза устья аорты.
5. Синдром недостаточности 3-х створчатого клапана.
6. Синдром хронической левожелудочковой сердечной недостаточности.
7. Синдром хронической правожелудочковой сердечной недостаточности.
8. Синдром сердечных отеков.

9. Синдром «перемежающей хромоты».
10. Болевой синдром при стенокардии.
11. Болевой синдром при инфаркте миокарда.
12. Синдром гипертонического криза.
13. Синдром кардиальной астмы.

Преподаватель проверяет ответы студентов, обращает их внимание на допущенные ошибки.

## **ЗАНЯТИЕ 22**

**ТЕМА: Исследование системы пищеварения в норме (осмотр полости рта, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация живота).**

### **Контрольные вопросы**

1. Что можно обнаружить при осмотре полости рта?
2. Какие формы живота Вы знаете у здоровых людей в зависимости от конституции?
3. Объясните клиническую топографию живота.
4. С какой целью применяется поверхностная ориентировочная пальпация живота?
5. С какой целью применяется методическая глубокая, скользящая пальпация живота по методу Образцова и Стражеско?
6. С какой целью применяется проникающая пальпация живота?
7. Физикальные методы определения большой кривизны желудка.
8. Где находится пилородуоденальная точка?
9. Где находится точка аппендикса?
10. Как надо определить симптом Щеткина?
11. Какой перкуторный звук слышен над брюшной полостью при перкуссии живота?
12. Имеется ли свободная жидкость в животе в норме?
13. Что можно определить при аускультации живота?
14. Объясните метод аускультативной перкуссии и метод аускультативной аффрикции.

## **ЗАНЯТИЕ 23**

**ТЕМА: Исследование системы пищеварения в патологии (расспрос, осмотр, пальпация, перкуссия и аускультация живота).**

### **Контрольные вопросы**

1. Перечислите жалобы больных с заболеванием желудочно-кишечного тракта.
2. Что такое дисфагия?
3. Какой механизм болей в животе?
4. Дать характеристику болевому синдрому в животе.
5. Как надо характеризовать синдром рвоты у больного с заболеванием желудочно-кишечного тракта?
6. Как надо характеризовать синдром расстройства стула?
7. Как можно определить кишечное кровотечение?
8. Назовите причины увеличения живота.
9. В каких случаях бывает положителен симптом Щеткина?
10. Где находится пилородуоденальная точка и точка аппендикса?
11. Когда при перкуссии появляется тупой звук над брюшной полостью?
12. Что такое шум трения брюшины и где можно выслушать?
13. При каких заболеваниях отсутствует перистальтика кишечника?

### **Задания для самоподготовки**

Выберите правильный ответ в тестовых заданиях.

1. «Опоясывающая» боль в эпигастральной области наиболее характерна для:
  - 1) хронического панкреатита
  - 2) хронического гастрита
  - 3) хронического холецистита
  - 4) хронического энтерита
2. Изжога наиболее характерна для:
  - 1) хронического гастрита
  - 2) язвенной болезни желудка
  - 3) язвенной болезни 12-ти перстной кишки
  - 4) хронического холецистита
3. Боли в околопупочной области характерны для:
  - 1) колита
  - 2) спаечной болезни
  - 3) проктита
  - 4) энтерита
4. «Ранние» боли в эпигастральной области наиболее характерны для:
  - 1) язвенной болезни желудка
  - 2) язвенной болезни 12-ти перстной кишки
  - 3) хронического холецистита
  - 4) хронического энтерита
5. Симптом стеатореи свидетельствует о:
  - 1) снижении секреции соляной кислоты
  - 2) снижении секреции пепсина

- 3) снижении секреции панкреатической липазы
- 4) снижении секреции желчных кислот
6. Усиленная перистальтика желудка визуально определяется при:
  - 1) ускорении эвакуации пищи из желудка
  - 2) метеоризме
  - 3) сужении привратника
  - 4) желудочной гиперсекреции
7. Симптом Менделя (болезненность при поколачивании в эпигастральной области) свидетельствует:
  - 1) об асците
  - 2) стенозе привратника
  - 3) вовлечении брюшины в патологический процесс
  - 4) растяжении органа
8. Ограниченное вздутие живота наблюдается при:
  - 1) усилении процессов брожения в кишечнике
  - 2) чрезмерном заглатывании воздуха
  - 3) непроходимости кишечника
  - 4) ослаблении моторики кишечника
9. Укажите наиболее характерные критерии отличия пищеводной рвоты от желудочной:
  - 1) пищеводная рвота появляется сразу после приема пищи, а желудочная – через 15-20 минут
  - 2) пищеводная рвота, в отличие от желудочной, наступает без тошноты
  - 3) рвотные массы при желудочной рвоте, в отличие от пищеводной, состоят из переваренной пищи с примесью соляной кислоты
  - 4) рвотные массы при желудочной рвоте, в отличие от пищеводной, имеют гнилостный запах
10. Отвращение к мясу чаще наблюдается при:
  - 1) язве желудка
  - 2) панкреатите
  - 3) гастрите
  - 4) раке желудка
11. Изжога чаще обусловлена:
  - 1) забросом желудочного сока в пищевод
  - 2) забросом желчи в желудок
  - 3) забросом желчи в пищевод
  - 4) забросом панкреатического сока в желудок
12. Симптом Щеткина – Блюмберга характеризует наличие:
  - 1) асцита
  - 2) раздражения брюшины
  - 3) метеоризма
  - 4) стеноза привратника

## ЗАНЯТИЕ 24

### ТЕМА: Симптоматология хронических гастритов, язвенной болезни желудка и 12-ти перстной кишки.

1. Основные причины, ведущие к возникновению хронического гастрита.
2. Классификация хронических гастритов.
3. Клинические признаки хронического гастрита с секреторной недостаточностью.
4. Клинические признаки хронического гастрита с сохраненной или повышенной секрецией.
5. Основные теории патогенеза язвенной болезни.
6. Клинические признаки язвенной болезни желудка.
7. Клинические признаки язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.
8. Изменения желудочной секреции при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.
9. Рентгенологические признаки язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.
10. Признаки хронического гастрита при фиброскопическом исследовании.
11. Признаки язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки при фиброскопическом исследовании.
12. Осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

### Задания для самоподготовки

Выберите правильный ответ в тестовых заданиях:

1. «Ранние» боли в эпигастральной области наиболее характерны для:
  - 1) язвенной болезни желудка
  - 2) язвенной болезни 12-ти перстной кишки
  - 3) хронического холецистита
  - 4) хронического энтерита
2. «Поздние» боли в эпигастрии наиболее наиболее характерны для:
  - 1) язвенной болезни желудка
  - 2) язвенной болезни 12-ти перстной кишки
  - 3) гипоацидного гастрита
  - 4) гиперацидного гастрита
3. «Голодные» боли в эпигастральной области наиболее характерны для:
  - 1) язвенной болезни желудка
  - 2) язвенной болезни 12-ти перстной кишки
  - 3) хронического гастрита
  - 4) хронического панкреатита
3. Наиболее ранним проявлением желудочного кровотечения является:
  - 1) рвота с примесью крови («рвота кофейной гущей»)
  - 2) дегтеобразный стул

- 3) рвота с кровью и дегтеобразный стул
- 4) анемия
4. Оцените данные рентгенологического исследования желудка: желудок в форме крючка, тонус повышен, складки слизистой извитые, грубые, на малой кривизне в нижней трети желудка имеется «ниша» размером 1,0 на 1,5 см с глубоким дном, конвергенцией складок и выраженным воспалительным валом; эвакуация замедлена, в желудке натошак имеется до 200 мл желудочного содержимого.
5. Оцените результаты эндоскопического исследования желудка: пищевод свободно проходим, складки слизистой оболочки бледные, истончены, в верхней трети желудка ближе к кардиальному отделу на малой кривизне имеется дефект слизистой размером 1,5 на 1,7 см с неглубоким дном, покрытым грязно-серым налетом, края плотные, бугристые, подрывные. Слизистая оболочка в этой зоне цианотична. Антральный отдел, пилорический отдел, 12-перстная кишка без особенностей.
6. Больной жалуется на возникновение болей через 1,5-2 часа после еды, изжогу, изредка рвоту кислым, после рвоты отмечает облегчение. Обострения носят обычно весенне-осенний характер в течении нескольких лет. Из объективных данных: при пальпации отмечается болезненность в эпигастральной области. Положительный симптом Менделя. В анализе желудочного сока отмечена гиперсекреция. Рентгенологически – симптом «ниши» в луковице 12-перстной кишки. Каков диагноз?
7. У больного, длительно страдающего язвенной болезнью 12-перстной кишки, внезапно возникли слабость, тошнота, рвота кофейной гущей, понизилось АД до 85/40, бледность кожных покровов, появились тахикардия до 110 в минуту. Каков, по вашему мнению, диагноз? Какова тактика врача?

## **ЗАНЯТИЕ 25**

**ТЕМА: Исследование больных с заболеваниями кишечника. Хронические колиты, энтериты, функциональные заболевания кишечника.**

### **Контрольные вопросы**

1. Основные жалобы больных с заболеваниями кишечника.
2. Особенности анамнеза заболевания и жизни больного при поражении кишечника.
3. Характеристика стула.
4. Методика объективного обследования, его особенности при заболевании кишечника.
5. Лабораторно-инструментальные методы, применяемые для диагностики

- заболеваний кишечника.
6. Основные причины хронических колитов и энтеритов.
  7. Классификация хронических колитов.
  8. Основные клинические симптомы хронического колита.
  9. Основные клинические симптомы хронического энтерита.
  10. Данные лабораторно-инструментального исследования, характерные для хронического энтерита.
  11. Функциональные заболевания кишечника.
  12. Основные копрологические синдромы, наблюдающиеся при хронических колитах, энтеритах, функциональных заболеваниях кишечника.

**Задания для самоподготовки:**

1. Основными механизмами поноса является:
  - 1) кишечная гиперсекреция
  - 2) ускорение моторики
  - 3) ослабление моторики
  - 4) механическое раздражение кишечной стенки каловыми массами
2. Дистензионные кишечные боли отличаются от спастических:
  - 1) интенсивностью
  - 2) отсутствием периодичности
  - 3) связью с приемом пищи
  - 4) распространенностью
3. Бродильная диспепсия наблюдается при:
  - 1) кишечных инфекциях
  - 2) избыточном употреблении белков
  - 3) избыточном употреблении углеводов
  - 4) избыточном употреблении клетчатки
4. Гнилостная диспепсия наблюдается при:
  - 1) снижении секреторной функции желудка
  - 5) снижении внешнесекреторной функции поджелудочной железы
  - 6) снижении желчеобразования
  - 7) замедлении эвакуаторной функции кишечника
5. Оцените результаты копрологического исследования:

Показали копрограммы	№1	№2	№3
Нейтральный жир	-	±	+++
Мышечные волокна неизмен.	±	+++	+++
Крахмал внутриклеточный	+++	++	±
Растительная клетчатка	+++	++	+++
Йодофильная флора	+++	+	++



6. Решите ситуационные задачи.

6.1 Больной А., 44 года, предъявляет жалобы на ноющую боль в эпигастриальной области после еды, сопровождающуюся давлением, распираем в эпигастрии, чувством быстрого насыщения; тошноту, неустойчивость стула с склонностью к диарее; плохую переносимость молока. Болен в течении 5 лет, ухудшение связывает с погрешностями в диете. Объективно: язык обложен белым налетом, влажный. Живот при пальпации несколько вздут и болезненный в эпигастриальной области.

Каково Ваше предварительное мнение по диагнозу?

Какие дополнительные методы исследования необходимо назначить для уточнения диагноза?

6.2 Больная К., 39 лет, поступила с жалобами на постоянную ноющую боль в околопупочной области, не связанную с приемом пищи, но усиливающуюся во второй половине дня, вздутие живота, жидкий стул 3-4 раза в день («кашицеобразный», «пенистый»), похудание на 5 кг, ухудшение аппетита, тошноту, слабость. 3 года назад перенесла кишечную инфекцию (сальмонеллез), после чего периодически беспокоят указанные жалобы. Объективно: кожные покровы чистые, бледные, с признаками трофических расстройств; подкожно-жировая клетчатка истончена, тургор кожи снижен. Язык обложен белым налетом, с отпечатками зубов на боковых поверхностях. Живот при пальпации вздут, болезненный в точке Поргеса. Положительный симптом Образцова.

Каково Ваше предварительное мнение по диагнозу?

Какие дополнительные методы исследования необходимо назначить для уточнения диагноза?

6.3 Больной С., 40 лет, обратился с жалобами на неустойчивый стул 2-3 раза в день с примесью слизи; чередование запора и поноса; вздутие живота, урчание и ноющие боли в животе (преимущественно в левой подвздошной области). В возрасте 27 лет болел дизентерией. Указанные симптомы периодически беспокоят в течении 10 лет. Объективно: состояние питания не нарушено, язык обложен грязно-серым налетом, живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный по ходу толстой кишки.

## ЗАНЯТИЕ 26

**ТЕМА: Методы исследования желчного пузыря и желчных путей, (расспрос, осмотр, пальпация, лабораторные и инструментальные методы исследования), симптоматология холецистита, желчно-каменной болезни, дискинезии желчных путей.**

## Контрольные вопросы

1. Жалобы больных с заболеваниями желчного пузыря и желчных путей.
2. Структура болевых ощущений при заболеваниях желчного пузыря и желчных путей.
3. Пальпаторные симптомы, выявляемые при заболеваниях желчного пузыря.
4. Дуоденальное зондирование, методика проведения, клиническое значение.
5. Инструментальные методы исследования желчного пузыря.
6. Клинические признаки хронического холецистита.
7. Клинические признаки дискинезии желчных путей.
8. Дифференциально-диагностические признаки холецистита и дискинезии желчных путей.
9. Клинические признаки желчнокаменной болезни.
10. Осложнения желчнокаменной болезни.

### Задания для самоподготовки:

1. Оцените результаты 3-фазного дуоденального зондирования.
  - А. 1-я порция – мутная, золотисто-желтая, лейкоциты 3-4 в п/зр., эпителий 1-2 в п/зр.  
2 –я порция – мутная, темно-желтая, время отхождения 60 мин, количество 95 мл, лейкоциты 25-30 в п/зр., эпителий 7-9 в п/зр., кристаллы холестерина 10-12 в п/зр.
  - 3-я порция - прозрачная, золотисто-желтая, лейкоциты 1-2 в п/зр.
  - Б. 1-я порция – желтая, мутноватая, в комках слизи большое количество лейкоцитов, эпителиальные клетки 0-3 в п/зр, детрит в значительном количестве  
2-я порция – оливковая, мутная, лейкоциты окрашены в цвет желчи, 18-25 в п/зр., эпителиальные клетки 3-8 в п/зр., слизь в значительном количестве, цисты лямблий (+)  
3-я порция – светло-желтая, мутная, с хлопьями, лейкоциты 10 – 15 в п/зр., эпителиальные клетки 3-5 в п/зр., слизь в большом количестве
2. Оцените данные пероральной холецистографии
  - А. Желчный пузырь овальный, обычных размеров и положения, контуры ровные, теней конкрементов нет. После приема 30 г сорбита через 40 мин сократился на две трети
  - Б. Желчный пузырь шаровидной формы, после приема сорбита не сократился; пузырный проток извилист, фрагментирован.
3. Больной предъявляет жалобы на периодические ноющие боли в области правого подреберья после приема острой, жирной и жареной пищи; тошноту, горечь во рту. Болен много лет. Объективно: при пальпации

живота определяется болезненность в точке желчного пузыря. Положительные симптомы Ортнера, Василенко, Мюсси-Георгиевского, Образцова, Мерфи. Печень не увеличена.

О каком заболевании можно думать и какие методы диагностики следует назначить?

## **ЗАНЯТИЕ 27**

**ТЕМА: Методы исследования печени и селезенки (расспрос, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация, лабораторные, биохимические и инструментальные методы исследования). Печеночные синдромы.**

### **Контрольные вопросы**

1. Основные жалобы больных с заболеванием печени.
2. Особенности анамнеза заболевания и жизни больных с заболеванием печени.
3. Данные общего осмотра при заболеваниях печени.
4. Методы исследования пигментной функции печени.
5. Методы исследования белковообразовательной функции печени.
6. Методы исследования углеводной функции и липидного обмена.
7. Методы исследования обезвреживающей и выделительной функций печени.
8. Клинические признаки портальной гипертензии.
9. Синдром холестаза.
10. Печеночная кома, патогенез, клинические проявления.
11. Классификация желтух.
12. Клинико-лабораторные признаки механической желтухи.
13. Клинико-лабораторные признаки паренхиматозной желтухи.
14. Клинико-лабораторные признаки гемолитической желтухи.
15. Инструментальные методы исследования печени (сканирование, УЗИ печени, компьютерная томография, пункционная биопсия печени, диагностическая лапароскопия).

### **Задания для самоподготовки:**

1. Больной Д., 25 лет, предъявляет жалобы на зуд кожных покровов, особенно по ночам, слабость, раздражительность, головную боль, бессонницу, понос. При осмотре кожа темно-коричневого цвета со следами расчесов, склеры желтушные, пульс 32 удара в 1 мин, АД понижено. Моча цвета пива, кал обесцвечен. Какой синдром имеет место?
  - 1) желтуха гемолитическая

- 2) печеночная недостаточность
  - 3) желтуха механическая
  - 4) желтуха паренхиматозная
2. Для какого синдрома характерен данный результат биохимического исследования крови: билирубин – 84,0 мкмоль/л, свободный 42,0, связанный – 42,0 мкмоль/л:
- 1) механическая желтуха
  - 2) паренхиматозная желтуха
  - 3) гемолитическая желтуха
3. Для какого состояния наиболее характерен данный анализ мочи: мутная, цвет пива, удельный вес 1025, реакция кислая, билирубин (+), уробилин (-), ураты:
- 1) механическая желтуха
  - 2) гемолитическая желтуха
  - 3) паренхиматозная желтуха
  - 4) норма
4. При внешнем осмотре у больного выявлена интенсивная желтушность кожных покровов с зеленоватым оттенком, иктеричность склер. В крови повышение билирубина за счет прямого, в моче – положительная реакция на билирубин, уробилина нет, кал обесцвечен, дуоденальное содержимое светлое. О каком виде желтух можно думать?
- 1) гемолитическая
  - 2) механическая
  - 3) паренхиматозная
5. Оцените результаты исследования с целью дифференциальной диагностики желтух.
- А. свободный билирубин в крови – 38,1 мкмоль/л  
щелочная фосфатаза – 6,2 мкмоль/ч х мл  
уробилин в моче – (+++)  
билирубин в моче – (+++)  
стеркобилин в кале – (++)
- Б. свободный билирубин в крови – 86,1 мкмоль/л  
связанный билирубин – 0,3 мкмоль/л  
щелочная фосфатаза – 1,3 мкмоль/ч х мл  
уробилин в моче – (+++)  
билирубин в моче – (-)  
стеркобилин в кале – (+++)
- В. общий билирубин – 114 мкмоль/л  
свободный билирубин – 12 мкмоль/л  
связанный билирубин – 102 мкмоль/л
- Г. свободный билирубин в крови – 17,5 мкмоль/л  
связанный билирубин – 24,2 мкмоль/л  
щелочная фосфатаза – 1,3 мкмоль/ч х мл

- уробилин в моче – (-)  
стеркобилин в кале – (-)
6. Оцените результаты биохимических анализов
- А. Общий белок – 48 г/л; альбумины – 43%,  $\alpha_1$ -глобулины – 7,2,  $\alpha_2$ -глобулины – 9,8,  $\gamma$ -глобулины – 32,4, АлАТ – 2,5 мкмоль/ч х мл, АсАТ – 1,0 мкмоль/ч х мл, щелочная фосфотаза – 3,9 мкмоль/ч х мл, тимоловая проба – 7 ЕД, протромбиновый индекс – 72%.
- Б. общий билирубин крови – 73,0 мкмоль/л  
свободный билирубин – 45,6 мкмоль/л  
связанный билирубин – 27,4 мкмоль/л  
щелочная фосфотаза – 6,0 мкмоль/ч х мл  
уробилин в моче – (++++)
7. Больной П., 25 лет, предъявляет жалобы на зуд кожных покровов, особенно по ночам, слабость, раздражительность, головную боль, бессонницу, жидкий стул. При осмотре кожа темно-коричневого цвета со следами расчесов, склеры желтушные, пульс 38 в 1 мин, АД 90/60 мм.рт.ст. Моча цвета пива, кал обесцвечен.  
Каково ваше предварительное мнение по диагнозу? Назначьте комплекс дополнительных методов обследования больного.
8. При внешнем осмотре у больного выявлена интенсивная желтушность кожных покровов с зеленоватым оттенком, иктеричность склер. В крови повышение билирубина за счет прямого. В моче положительная реакция на билирубин, уробилина нет, кал обесцвечен. Дуоденальное содержимое светлое.  
О каком виде желтухи можно думать? Какие дополнительные исследования следует назначить?

## ЗАНЯТИЕ 28

**ТЕМА: Симптоматология хронических гепатитов и циррозов печени.**

### Контрольные вопросы

1. Основные причины, ведущие к возникновению хронических гепатитов.
2. Жалобы и особенности анамнеза заболевания, жизни у больных хроническим гепатитом.
3. Классификация хронических гепатитов.
4. Клинические признаки хронического персистирующего гепатита.
5. Клинические признаки хронического агрессивного (активного) гепатита.
6. Классификация циррозов печени.
7. Основные симптомы портального цирроза печени.
8. Основные симптомы билиарного цирроза печени.
9. Основные симптомы постнекротического цирроза печени.

## 10. Дифференциально-диагностические признаки хронических гепатитов и циррозов печени.

### Задания для самоподготовки:

1. Больной Д., 15 лет, предъявляет жалобы на тошноту, чувство тяжести в правом подреберье и эпигастральной области, слабость, плохой аппетит, повышение температуры до  $37,5^{\circ}\text{C}$ . Болен 7 дней. На 5-й день заболевания заметил желтушность склер, появление темной мочи, более светлого, чем обычно, кала. При обследовании: язык влажный, обложен белым налетом, живот мягкий, печень мягкой эластичной консистенции, на 2 см выступает из-под реберной дуги, селезенка не пальпируется. Какие биохимические методы исследования следует назначить в первую очередь:
  - 1) билирубин, холестерин, белки и белковые фракции
  - 2) трансаминазы, билирубин, тимоловую пробу, общий белок и белковые фракции
  - 3) трансаминазы, серомукоид, С-реактивный белок
  - 4) билирубин, мочевую кислоту, креатинин, мочевины
2. Назначьте комплекс лабораторных исследований:
  - 1) больному хроническим гепатитом
  - 2) больному циррозом печени
3. Больная Д., 25 лет, предъявляет жалобы на тошноту, чувство тяжести в правом подреберье и эпигастральной области, слабость, плохой аппетит, повышение температуры до  $37,5^{\circ}\text{C}$ . Больна 7 дней. На 5-й день заболевания заметила желтушность склер, появление темной мочи, более светлого, чем обычно, кала. При объективном обследовании: язык влажный, обложен белым налетом, живот мягкий, печень мягкой эластичной консистенции, на 4 см выступает из-под реберной дуги, край острый. Селезенка не пальпируется. Каков предварительный диагноз? Какие биохимические исследования следует назначить в первую очередь?
4. Больной предъявляет жалобы на ноющую боль в правом подреберье, снижение аппетита, резкое похудание на 6 кг, слабость, запоры. Объективно: больной истощен, кожные покровы субиктеричные, язык и губы ярко-красные, живот увеличен в объеме за счет асцита, на передней брюшной стенке расширенная венозная сеть, на коже верхней половины туловища «сосудистые звездочки». Перкуторно: размеры печени (по Курлову) 18:16:16 см.  
О каком патологическом состоянии можно думать и какие лабораторные и инструментальные исследования надо назначить?
5. Больной М., 48 лет, предъявляет жалобы на слабость, раздражительность, быструю утомляемость, снижение аппетита,

похудание. Со слов родственников, последнюю неделю временами агрессивен, использует в речи бранные слова, чего раньше никогда не замечалось, дает неправильные ответы на вопросы, спит днем, ночью бодрствует. 10 лет назад перенес болезнь Боткина. При осмотре состояние тяжелое, желтушность кожи и склер, пониженного питания, «сосудистые звездочки» на плечах и груди, геморрагические высыпания на коже, особенно в местах инъекций, некоторое увеличение живота за счет вздутия и наличия жидкости в брюшной полости. Печень выступает из-под правой реберной дуги на 4 см, плотная, безболезненная, поверхность ее бугристая. Селезенка не пальпируется. Каково ваше мнение по диагнозу? Что определяет тяжесть состояния больного?

## ЗАНЯТИЕ 29

### ТЕМА: Коллоквиум по системе пищеварения.

Письменно или устно ответить на 3 вопроса:

1. Поверхностная ориентировочная пальпация живота, методика, клиническое значение.
2. Методическая, глубокая, скользящая пальпация живота по методу Образцова и Стражеско, методика, клиническое значение.
3. Перкуссия брюшной полости, клиническое значение.
4. Аускультация брюшной полости, клиническое значение.
5. Перечислите жалобы больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта.
6. Дисфагия, разновидности, клиническое значение.
7. Дать характеристику болевому синдрому в животе.
8. Синдром рвоты, патогенез, клиническое значение.
9. Синдром кишечной диспепсии.
10. Желудочно-кишечное кровотечение, диагностика, клиническое значение.
11. Исследование желудочной секреции, диагностическое значение.
12. Хронический гастрит с секреторной недостаточностью, этиология, патогенез, клиника.
13. Хронический гастрит с сохраненной и повышенной секрецией, этиология, патогенез, клиника.
14. Этиопатогенез язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.
15. Клинические признаки язвенной болезни желудка.
16. Клинические признаки язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.
17. Осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.
18. Основные жалобы с заболеваниями кишечника.
19. Диагностическое значение копрологического исследования кала.

20. Методика объективного обследования, его особенности при заболеваниях кишечника.
  21. Инструментальные исследования желудочно-кишечного тракта.
  22. Основные клинические симптомы хронического колита.
  23. Основные клинические симптомы энтерита.
  24. Жалобы больных с заболеваниями желчного пузыря и желчных путей.
  25. Структура болевых ощущений при заболеваниях желчного пузыря и желчных путей.
  26. Пальпаторные симптомы, выявляемые при заболеваниях желчного пузыря.
  27. Клинические признаки хронического холецистита.
  28. Клинические признаки дискинезии желчных путей.
  29. Клинические признаки желчно-каменной болезни.
  30. Осложнения желчно-каменной болезни.
  31. Основные жалобы больных с заболеванием печени.
  32. Особенности анамнеза заболевания и жизни больных с заболеванием печени.
  33. Данные общего осмотра при заболеваниях печени.
  34. Портальная гипертензия, патогенез, клиника.
  35. Печеночная кома, патогенез, клинические проявления.
  36. Классификация желтух.
  37. Клинико-лабораторные признаки механической желтухи.
  38. Клинико-лабораторные признаки паренхиматозной желтухи.
  39. Клинико-лабораторные признаки гемолитической желтухи.
  40. Инструментальные методы исследования печени.
  41. Пальпация и перкуссия печени и селезенки.
  42. Лабораторные методы диагностики заболеваний печени.
- А. Дать оценку результатам исследования одному из лабораторных, биохимических и инструментальных методов обследования системы пищеварения.
- Б. Написать клинические симптомы для следующих синдромов:
1. Синдром дисфагии.
  2. Болевой синдром в животе при язвенной болезни 12-ти перстной кишки.
  4. Синдром стеноза привратника.
  5. Синдром острого живота.
  6. Синдром желудочно-кишечного кровотечения.
  7. Синдром кишечного кровотечения.
  8. Синдром кишечной непроходимости.
  9. Синдром копростазы.
  10. Синдром поносов.
  11. Синдром механической желтухи.
  12. Синдром паренхиматозной желтухи



13. Синдром гемолитической желтухи.
14. Синдром портальной гипертензии.
15. Синдром гиперспленизма.
16. Синдром холестаза.
17. Синдром недостаточности гепатоцитов.
18. Синдром воспаления печени.
19. Синдром печеночной комы.

## **ЗАНЯТИЕ 30**

**ТЕМА: Исследование системы мочевыделения в норме и патологии (расспрос, осмотр, пальпация, перкуссия, лабораторные, биохимические и инструментальные методы). Основные почечные синдромы.**

### **Контрольные вопросы**

1. Перечислите жалобы больных с заболеванием почек.
2. Патогенез артериальной гипертензии.
3. Какие вы знаете нарушения мочеотделения?
4. Что надо учитывать при собирании анамнеза болезни и жизни у больного с почечной патологией?
5. Данные общего осмотра больных с заболеванием почек.
6. Патогенез почечных отеков.
7. Патогенез симптоматической артериальной гипертензии.
8. Данные пальпации и перкуссии у больных с заболеваниями мочевыделительной системы.
9. Проба Зимницкого, методика проведения, клиническое значение.
10. Методы определения клубочковой фильтрации, клиническое значение.
11. Диагностическое значение гематурии.
12. Диагностическое значение пиурии, цилиндрурии.
13. Трехстаканная проба мочи, методика, клиническое значение.
14. Диагностическое значение протеинурии.
15. Какие биохимические исследования надо проводить при заболеваниях почек?
16. Назовите инструментальные методы исследования системы мочевыделения.

### **Задания для самоподготовки**

1. Оцените результаты общего анализа мочи.  
А) Прозрачная, светло-желтая, реакция слабощелочная, относительная плотность 1004, эпителий плоский 1-3 в п/зр., лейкоциты 15-19 в п/зр.,

клетки Штернгеймера – Мальбина (активные лейкоциты) 3-4 в п/зр., белок (-), сахар (-).

Б) Мутная, с хлопьями, светло-желтая, реакция слабощелочная, относительная плотность 1018, белок 1,65 г/сут., лейкоциты 2-3 в п/зр., эритроциты выщелоченные 12 – 16 в п/зр., эпителий плоский 5 – 9 в п/зр., эпителий почечный 4 – 6 в п/зр., цилиндры гиалиновые 7 – 9 в п/зр., цилиндры восковидные 3 – 5 в п/зр.

В) Мутная, цвет «мясных помоев», относительная плотность 1008, белок 1,320 г/сут., сахар (-), эритроциты густо в п/зр., лейкоциты 4 – 6 в п/зр.

Г) Мутная, относительная плотность 1016, темно-желтая, эпителий плоский 7 – 10 в п/зр., лейкоциты 24 – 26 в п/зр., эритроциты 1 – 2 в п/зр.

Д) Прозрачная, светло-желтая, относительная плотность 1001, белок 1,65 г/сут., сахар (-), лейкоциты 2-3 в п/зр., эритроциты 25-27 в п/зр., эпителий плоский 4-10 в п/зр., эпителий почечный 7 – 8 в п/зр., цилиндры гиалиновые 7 – 9 в п/зр., цилиндры восковидные 3-4 в п/зр., цилиндры зернистые 1-2 в п/зр.

2. Оцените пробу на концентрацию:

- |    |     |      |
|----|-----|------|
| 1. | 80  | 1008 |
| 2. | 120 | 1009 |
| 3. | 200 | 1007 |
| 4. | 600 | 1016 |
| 5. | 30  | 1009 |
| 6. | 20  | 1010 |
| 7. | 25  | 1018 |
| 8. | 60  | 1015 |

3. Оцените пробу на разведение:

- |    |     |      |
|----|-----|------|
| 1. | 80  | 1008 |
| 2. | 90  | 1006 |
| 3. | 120 | 1005 |
| 4. | 150 | 1004 |
| 5. | 100 | 1006 |
| 6. | 90  | 1007 |
| 7. | 60  | 1009 |
| 8. | 70  | 1010 |

4. Оцените пробу Аддиса – Каковского: эритроциты – 7500000; лейкоциты – 6000000; цилиндры – 12000.

5. Оцените пробу по Нечипоренко: лейкоциты – 3000; эритроциты – 3500 в 1 мл.

6. Оцените пробу Зимницкого:

- |    |      |    |
|----|------|----|
| 1) | 1005 | 30 |
| 2) | 1006 | 45 |

3) 1001	71
4) 1004	32
5) 1004	19
6) 1004	156
7) 1004	125
8) 1003	150

- Оцените пробу Реберга: клубочковая фильтрация по эндогенному креатинину составляет 30 мл/мин
- Какая функция почек и как нарушена в данном случае: остаточный азот – 32,0 ммоль/л, креатинин крови – 291 мкмоль/л, мочевины – 11,3 ммоль/л, проба Реберга – 55 мл/мин.
- Больной в течение длительного времени страдает хроническим гломерулонефритом. На фоне прогрессирования отеков и высокого АД появились приступы судорог и помрачнения сознания, беспокоят сонливость, сильная головная боль и рвота. Объективно: кожные покровы бледные, выраженная отечность лица и век, левая граница относительной тупости сердца смещена наружу на 1,5 см, тоны сердца звучные, ритм правильный, ЧСС 80 в 1 мин, АД 220/115 мм рт ст, живот мягкий, безболезненный. О каком синдроме можно думать?

### ЗАНЯТИЕ 31

#### ТЕМА: Острый и хронический гломерулонефрит, нефротический синдром.

##### Контрольные вопросы

- Этиопатогенез острого нефрита.
- Симптоматология острого нефрита.
- Какие изменения в моче можно обнаружить у больного с острым нефритом?
- Какие результаты мы получим при проведении пробы Зимницкого и пробы Реберга у больного с острым нефритом?
- Какие осложнения и какой исход возможны при остром нефрите?
- Этиопатогенез хронического нефрита.
- Какие Вы знаете клинические формы хронического нефрита?
- Назовите и объясните основные симптомы хронического нефрита?
- Какие изменения в моче можно обнаружить у больного с хроническим нефритом?
- Какие результаты мы получим при проведении пробы Зимницкого и пробы Реберга у больного с хроническим нефритом?
- Осложнения и исход хронического нефрита.
- Нефротический синдром, этиология, симптоматология.

## Задания для самоподготовки:

1. Больной С., 22 года, поступил в клинику с жалобами на общую слабость, одышку, головные боли, отечность лица, поясницы, нижних конечностей, уменьшение отделения мочи, изменение ее цвета (цвет "мясных помоев"). Больным себя считает 2-3 дня. Две недели назад после сильного переохлаждения перенес ангину. Осмотр: отеки лица, туловища, нижних конечностей, кожные покровы бледные, пульс ритмичен, 64 в 1 мин, напряжен. АД 185/100 мм.рт.ст. Анализ крови: эритроциты –  $4,6 \times 10^{12}/л$ , Нв – 116 г/л, лейкоциты –  $10,0 \times 10^9/л$ , СОЭ – 28 мм/ч. Остаточный азот крови – 56 ммоль/л. Анализ мочи: относительная плотность – 1026, реакция – кислая, белок – 2,8 г/сут., эритроциты – 9-10 в п.зр., в том числе выщелоченные – 2-3 в п.зр., цилиндры гиалиновые – 8-10 в п.зр.

О каком патологическом процессе можно думать? Какие дополнительные исследования следует назначить?

2. Больной Ш., 42 года, поступил с жалобами на сухость во рту, жажду, увеличение диуреза, тяжесть в поясничной области, общую слабость, снижение работоспособности, ухудшение зрения. В анамнезе – частые ангины. В возрасте 25 лет после переохлаждения и перенесенной ангины появились отеки на лице, головная боль, слабость, изменение цвета мочи («цвет мясных помоев»). От предложенной госпитализации в то время отказался. Систематически не лечился. Отмечал периодически отеки на лице, изменение цвета мочи до бурокоричневого. При поступлении: больной бледен, пониженного питания, отеки на лице, АД 190/100 мм.рт.ст. Анализ крови: эритроциты –  $1,8 \times 10^{12}/л$ , Нв – 36 г/л, СОЭ – 35 мм/ч, лейкоциты –  $8,2 \times 10^9/л$ , остаточный азот крови – 46 ммоль/л, креатинин – 252 мкмоль/л, мочевины – 14 ммоль/л. Анализ мочи: удельный вес – 1006, эритроциты – 2-4 в п.зр., белок – 2,8 г/сут. В пробе Зимницкого гипоизостенурия.

О каком патологическом процессе можно думать?

3. Больной А., 36 лет, обратился с жалобами на слабость, отеки век по утрам, периодические головные боли. Объективно: кожные покровы чистые, пастозность век, левая граница относительной тупости сердца смещены кнаружи на 1 см, тоны сердца ослаблены, ритм правильный, ЧСС 80 в 1 мин, АД 150/105 мм.рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Поколачивание по поясничной области безболезненно. Анализ крови: Нв – 148 г/л, лейкоциты –  $5,3 \times 10^9/л$ , эритроциты –  $4,5 \times 10^{12}/л$ , СОЭ – 33 мм/ч. Анализ мочи: прозрачная, светло-желтая, удельный вес – 1001, белок – 1,65 г/сут., сахар – (-), лейкоциты – 2-3 в п/зр., эритроциты – 25-27 в п/зр., эпителий плоский – 4-10 в п/зр., эпителий почечный – 7-8 в п/зр., цилиндры гиалиновые – 7-8 в п/зр., цилиндры восковидные – 3-4 в п/зр., цилиндры зернистые – 1-2 в п/зр.

Проба по Нечипоренко: лейкоциты – 2500, эритроциты – 7200 в 1 мл. Проба Зимницкого: 1. 1007 – 50, 2. 1006 – 85, 3. 1004 – 80, 4. 1009 – 50, 5. 1001 – 40, 6. 1004 – 110, 7. 1006 – 90, 8. 1002 – 100. Проба Реберга – 35,0 мл/мин, остаточный азот крови – 34,9 ммоль/л, креатинин крови – 250 мкмоль/л, мочевины крови – 9,0 ммоль/л, общий белок крови – 50 г/л, альбумины – 42%,  $\alpha_1$  – глобулины – 4%,  $\alpha_2$  – глобулины – 16,  $\beta$ -глобулины – 19%,  $\gamma$ -глобулины – 22%.

Каково ваше мнение по диагнозу?

4. Больная предъявляет жалобы на ноющую боль в поясничной области справа, повышение температуры до  $37,8^{\circ}\text{C}$ , частые болезненные позывы на мочеиспускание. Неделью назад перенесла лакунарную ангину. Объективно: кожные покровы чистые, тоны сердца ясные, ритм правильный – 84 в 1 мин, АД 125/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, чувствительный в проекции правой почки. Поколачивание по правой поясничной области умеренно болезненно. Анализ мочи: прозрачная, темно-желтая, мутная, удельный вес 1016, эпителий плоский – 7-10 в п/зр., лейкоциты – 24-26 в п/зр., эритроциты – 1-2 в п/зр. Проба Нечипоренко: лейкоциты – 14000, эритроциты – 2000 в 1 мл.

Каково ваше мнение по диагнозу? Составьте план обследования больной.

5. Больной П., 48 лет, доставлен в клинику в тяжелом состоянии. Заторможен, сонлив, запах мочевины изо рта, изредка рвота. Из анамнеза удалось выяснить, что страдает хроническим нефритом в течение 10 лет. Периодически 1-2 раза в год лечился в стационаре. Последнее ухудшение наступило месяц назад после ангины. При осмотре: кожные покровы бледные, на ощупь сухие, следы расчесов на теле. Больного беспокоит сильный зуд. В области поясницы и конечностей небольшие отеки. Пульс 84 в 1 мин, ритмичный, напряженный, АД 200/100 мм.рт.ст. Анализ крови: эритроциты –  $2,8 \times 10^{12}/\text{л}$ , Нв – 56 г/л, лейкоциты –  $10,2 \times 10^9/\text{л}$ , СОЭ – 48 мм/ч. Остаточный азот крови – 44 ммоль/л, креатинин – 450 мкмоль/л, мочевины – 14 ммоль/л. Анализ мочи: удельный вес – 1005, белок – 3,3 г/сут., эритроциты – 7-10 в п/зр., лейкоциты – 5-8 в п/зр.

Какой патологический синдром определяет тяжесть состояния больного? Каково ваше мнение по диагнозу? Какие дополнительные исследования следует назначить?

6. Больной С., 65 лет, инвалид Великой Отечественной войны поступил в клинику с резко выраженным отеком всего тела. В 1944 году получил осколочное ранение верхней трети правого бедра с повреждением кости. Многократно лечился по поводу хронического остеомиелита, длительно не закрывались свищи. Примерно около 2 лет назад стал замечать появление отеков на нижних конечностях, одутловатость лица, бледность кожных покровов, общую слабость. При осмотре: резкая

бледность кожных покровов, массивные отеки на нижних конечностях, пояснице, лице, кожа на конечностях бледная, блестящая; АД 105/70 мм.рт.ст.; тоны сердца ритмичные, ослаблены. Анализ крови: эритроциты  $3,2 \times 10^{12}/л$ , Нв – 96 г/л, лейкоциты –  $6,4 \times 10^9/л$ , СОЭ – 55 мм/ч. Общий белок крови – 42,0 г/л, альбумины – 22%, глобулины – 78%, холестерин крови – 6,7 ммоль/л, остаточный азот – 38 ммоль/л. Суточный диурез – 500 – 600 мл, относительная плотность мочи – 1024 – 1029, белок – 15 г/сут., цилиндры восковидные – 2-3 в п/зр.

Каково ваше мнение по диагнозу?

7. Больной в течение длительного времени страдает хроническим гломерулонефритом. На фоне прогрессирования отеков и высокого АД появились приступы судорог, сильная головная боль, рвота. Объективно: кожные покровы бледные, выраженная отечность лица и век, левая граница относительной тупости сердца смещена кнаружи на 2 см, тоны ослаблены, ритм правильный, ЧСС 80 в 1 мин, АД 220/115 мм.рт.ст., живот мягкий, безболезненный.

О каком синдроме можно думать?

Какая функция почек и как нарушена в данном случае: остаточный азот крови – 32,0 ммоль/л, креатинин крови – 190 мкмоль/л, мочевина – 11,3 ммоль/л, проба Реберга – 55 мл/мин.

8. Оцените пробу Зимницкого: 1. 1005 – 30, 2. 1006 – 45, 3. 1001 – 71, 4. 1004 – 32, 5. 1004 – 19, 6. 1004 – 156, 7. 1004 – 125, 8. 1003 – 150.
9. Оцените результат анализа мочи: мутная, цвет «мясных помоев», относительная плотность – 1008, белок – 1,320 г/сут., эритроциты густо в п/зр., лейкоциты – 4-6 в п/зр.
10. Оцените пробу Реберга: клубочковая фильтрация по эндогенному креатинину составляет 30 мл/мин.
11. Оцените пробу по Нечипоренко: лейкоциты – 4000, эритроциты – 3600, цилиндры гиалиновые – 600 в 1 мл.

## ЗАНЯТИЕ 32

**ТЕМА: Коллоквиум по системе мочевого выделения.**

**Студенту предлагается:**

Письменно или устно ответить на 3 вопроса:

1. Перечислите жалобы больных с заболеванием почек.
2. Патогенез артериальной гипертензии у больных с заболеванием почек.
3. Какие Вы знаете нарушения мочеотделения?
4. Что надо учитывать при собирании анамнеза болезни и жизни у почечного больного?

5. Данные общего осмотра больных с заболеванием почек.
  6. Патогенез почечных отеков.
  7. В каких случаях пальпируются почки и мочевого пузыря?
  8. Проба Зимницкого, методика проведения, клиническое значение.
  9. Методы определения клубочковой фильтрации почек, диагностическое значение.
  10. Диагностическое значение гематурии.
  11. Диагностическое значение пиурии, цилиндрурии.
  12. Трехстаканная проба мочи, методика проведения, клиническое значение.
  13. Диагностическое значение протеинурии.
  14. Какие биохимические исследования надо проводить при заболеваниях почек?
  15. Инструментальные методы исследования системы мочевого выделения.
  16. Этиопатогенез острого нефрита.
  17. Симптоматология острого нефрита.
  18. Какие изменения в моче можно обнаружить у больного с острым нефритом?
  19. Какие результаты мы получим при проведении пробы Зимницкого и пробы Реберга у больного с острым нефритом?
  20. Какие осложнения и какой исход возможны при остром нефрите?
  21. Причины, ведущие к возникновению хронического нефрита.
  22. Какие Вы знаете клинические формы хронического нефрита?
  23. Назовите и объясните основные симптомы хронического нефрита.
  24. Какие изменения в моче можно обнаружить у больного с хроническим нефритом?
  25. Какие результаты мы получим при проведении пробы Зимницкого и пробы Реберга у больного с хроническим нефритом?
  26. Осложнения и исход хронического нефрита.
  27. Нефротический синдром, этиология, клиника, диагностика.
  28. Синдром острой почечной недостаточности, этиология, клиника, диагностика.
  29. Синдром хронической почечной недостаточности, этиология, клиника, диагностика.
  30. Мочевой синдром.
- А. Дать оценку результатам исследования одному из лабораторных и инструментальных методов обследования системы мочевого выделения.
- Б. Написать клинические симптомы для следующих синдромов поражения системы мочевого выделения:
1. Гипертонический синдром.
  2. Мочевой синдром.
  3. Нефротический синдром.

4. Синдром острой почечной недостаточности.
5. Синдром хронической почечной недостаточности.
6. Синдром уремии.

### **ЗАНЯТИЕ 33**

**ТЕМА: Методы исследования больных с заболеванием эндокринной системы (расспрос, осмотр, пальпация, аускультация, лабораторные и инструментальные методы исследования).**

#### **Контрольные вопросы**

1. Перечислите железы внутренней секреции.
2. Основные жалобы больных в зависимости от поражения той или иной железы внутренней секреции.
3. Какие симптомы можно обнаружить при общем осмотре у больного с заболеванием эндокринной системы?
4. Значение метода пальпации для определения размеров щитовидной железы и мужских половых желез.
5. Какое клиническое значение имеет определение глюкозы в крови и моче?
6. С какой целью следует определять ацетон в моче?
7. Что такое гликемическая кривая или сахарный профиль?
8. Значение определения в крови гормонов щитовидной железы.
9. Значение определения в крови гормонов надпочечников.
10. Значение определения в крови половых гормонов.
11. Назовите и объясните инструментальные методы исследования, применяемые в эндокринологической практике.

#### **Задания для самоподготовки:**

1. Оцените показатели глюкозотолерантного теста:
  - А) Гликемия натощак – 5,4 ммоль/л, через 1 час после приема 75 г глюкозы – 10,8 ммоль/л, через 2 часа – 9,6 ммоль/л.
  - Б) Гликемия натощак – 7,1 ммоль/л, через 1 час после приема 75 г глюкозы – 12,4 ммоль/л, через 2 часа – 10,3 ммоль/л.
2. Оцените показатели гликемического профиля.
  - А. Концентрация глюкозы (ммоль/л) натощак – 5,4, через 1 ч после нагрузки глюкозой – 12,3, через 2 ч – 10,8.
  - Б. Концентрация глюкозы (ммоль/л) натощак – 7,0, через 1 ч после нагрузки глюкозой – 13,9, через 2 ч – 12,1.
3. Жалобы больного на слабость, похудание при хорошем аппетите, постоянную жажду, сухость во рту, ноющие боли в области сердца, боли и



онемение икроножных мышц при ходьбе. Отмечает полиурию. Указанные жалобы беспокоят в течении 3 месяцев. В анамнезе - частые ангины, обострения хронического бронхита, острые респираторные заболевания. Объективно: больной избыточного питания, кожные покровы бледные, с «мраморным» оттенком, сухие, на щеках отмечается расширение кожной капиллярной сети. Дыхание в легких везикулярное, в нижних отделах – ослабленное, выслушиваются сухие и единичные влажные, мелкопузырчатые хрипы. Левая граница относительной тупости сердца смещена наружу на 2 см, тоны сердца ослаблены, ритм правильный, ЧСС 86 в мин, АД 170/100 мм рт ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2,5 см, мягкая. Общий анализ крови: эритроциты –  $4,0 \times 10^{12}/л$ , Нв – 122 г/л, лейкоциты –  $8,8 \times 10^9/л$ , СОЭ – 20 мм/ч. Общий белок крови – 59,0 г/л, альбумины – 48%, глобулины – 52%, холестерин крови – 7,2 ммоль/л, мочевина – 5,6 ммоль/л, креатинин – 88 мкмоль/л. Общий анализ мочи: относительная плотность мочи – 1030, прозрачная, светло-желтая, белок – (-), сахар – (+), лейкоциты – 5-6 в п/зр, эритроциты – 2-3 в п/зр, глюкоза крови – 8,1 ммоль/л

Каково ваше мнение по диагнозу?

Определите механизм всех приведенных субъективных и объективных данных.

Какие дополнительные исследования (лабораторные и инструментальные) необходимо назначить больному с учетом представленной симптоматики?

4. Больная А., 37 лет. Жалобы на плохой сон, раздражительность, частые приступы сердцебиения, периодически - жидкий стул. Больна второй год. Заболевание связывает с нервным потрясением. Из ранее перенесенных заболеваний отмечает частые простуды, бронхит. Объективно: пониженного питания, кожа теплая, влажная, отмечается расширение глазных щелей, блеск глаз, умеренный экзофтальм. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, мерцательная аритмия, пульс 120 ударов в минуту, АД 160/85 мм рт ст. Живот безболезненный. Пальпируется увеличенная щитовидная железа (перешеек и доли).

Каково Ваше мнение по диагнозу?

Составьте план дополнительного обследования больной.

5. Больная К., 44 года. Жалобы на слабость, снижение работоспособности, сонливость, одутловатость лица, запоры. Больна 6-ой год, наблюдается у эндокринолога. Указанное состояние развилось после оперативного вмешательства на щитовидной железе по поводу узлового зоба. Объективно: избыточного питания, кожа сухая, бледная, холодная на ощупь. Отмечается отечность лица, шеи, при надавливании не остается ямки. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца

ослаблены, ритм правильный, 48 в мин., АД 100/70 мм рт ст. Живот безболезненный.

О каком патологическом состоянии можно думать и каков механизм его развития?

## ЗАНЯТИЕ 34

**ТЕМА: Методы исследования кроветворной системы (расспрос, осмотр, пальпация, перкуссия, лабораторные и инструментальные методы обследования).**

### Контрольные вопросы

1. Жалобы больных с заболеваниями системы крови.
2. Какие профессиональные факторы способствуют заболеванию системы крови?
3. На какие симптомы следует обратить внимание при общем осмотре больного с заболеванием системы крови?
4. При каких болезнях крови увеличивается печень и селезенка?
5. Какой результат общего анализа крови при пернициозной анемии, железодефицитной анемии?
6. Гемограмма при остром лейкозе.
7. Гемограмма при хроническом миелобластном лейкозе.
8. Гемограмма при хроническом лимфобластном лейкозе.
9. Что такое болезнь Вакеза?
10. С какой целью проводится стерильная пункция?
11. С какой целью проводится трепанобиопсия и ее клиническое значение?
12. Что можно определить при биопсии лимфоузла?

### Задания для самоподготовки:

1. Для какого патологического состояния наиболее характерен данный анализ крови?  
А. Нв – 51 г/л, эритроциты –  $0,3 \times 10^{12}$ /л, ретикулоциты –  $0,2^0/_{00}$ , цв. показатель – 0,5, лейкоциты –  $3,8 \times 10^9$ /л, палочкоядерные – 1%, сегментоядерные – 68, лимфоциты – 26, моноциты – 7, эозинофилы – 1%; СОЭ – 32 мм/ч, анизоцитоз, пойкилоцитоз:
  - 1) анемия нормохромная
  - 2) анемия гипохромная
  - 3) анемия гемолитическая
  - 4) анемия гиперрегенераторная

Б. Эритроциты –  $3,0 \times 10^{12}/\text{л}$ , Hb – 164 г/л, цв. показатель - 1,4, тромбоциты  $160 \times 10^9/\text{л}$ , СОЭ – 2 мм/ч, лейкоциты –  $12,0 \times 10^9/\text{л}$ , эозинофилы – 2%, сегментоядерные – 66, лимфоциты – 24, моноциты – 8%, макроцитоз, мегалобласты, тельца Жоли, кольца Кебота:

- 1) нормохромная анемия
- 2)  $V_{12}$ -дефицитная анемия
- 3) гемолитическая анемия
- 4) хронический миелолейкоз

В. Эритроциты –  $2,6 \times 10^{12}/\text{л}$ , Hb – 98 г/л, цв.показатель – 0,41, лейкоциты –  $28,5 \times 10^9/\text{л}$ , миелобласты – 5%, промиелоциты – 9, миелоциты – 8, метамиелоциты – 8, палочкоядерные – 8, сегментоядерные – 28, лимфоциты – 18, моноциты – 4%, СОЭ – 64 мм/ч:

- 1) гипохромная анемия
- 2) нормохромная анемия
- 3) острый миелолейкоз
- 4) хронический миелолейкоз

Г. Эритроциты –  $2,1 \times 10^{12}/\text{л}$ , Hb – 63 г/л, цв.показатель – 1,0, ретикулоциты –  $1^0/_{00}$ , тромбоциты –  $100 \times 10^9/\text{л}$ , лейкоциты  $1,8 \times 10^9/\text{л}$ , базофилы – 0, эозинофилы – 1%, палочкоядерные – 0, сегментоядерные – 42, лимфоциты – 40, моноциты – 17%, СОЭ – 34 мм/ч:

- 1) нормохромная анемия
- 2) панцитопения
- 3) лейкопения
- 4) лимфолейкоз

2. Оцените результаты анализов.

А. Время кровотечения (по Дукке) – 7 мин, время свертывания крови (по Ли и Уайту) – 10 мин, тромбоциты –  $110 \times 10^9/\text{л}$ , ретракция кровяного сгустка – 63%.

Б. Время кровотечения – 9 мин, время свертывания – 14 мин, протромбиновый индекс – 66%, тромбоциты –  $250 \times 10^9/\text{л}$ .

В. Фибриноген – 6 г/л, протромбиновый индекс – 85%.

3. Больной К., 38 лет, поступил с жалобами на слабость, быструю утомляемость, головокружение, одышку при физической нагрузке, похудание, жжение языка, тошноту, периодически – жидкий стул, онемение конечностей. Из анамнеза: в течение последних 9 лет наблюдался по поводу хронического гипоацидного гастрита. Объективно: кожные покровы бледные, с лимонно-желтым оттенком, сосочки языка сглажены (“лакированный язык”), живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области, печень мягкая, выступает на 1,5 см из-под края правой реберной дуги. Общий анализ крови: эритроциты –  $3,0 \times 10^{12}/\text{л}$ ;; гемоглобин – 164 г/л; цв. показатель – 1,4; тромбоциты –  $160 \times 10^9/\text{л}$ ; лейкоциты  $10,2 \times 10^9/\text{л}$ ; СОЭ – 2 мм/ч; эозинофилы – 2%; сегментоядерные лейкоциты – 66,

мегалобласты, тельца Жоли, кольца Кебота.

Каково ваше мнение по диагнозу? Составьте план дополнительного обследования больного.

4. Больная С., 31 год, поступила с жалобами на слабость, головокружение, шум в ушах, периодически ноющие боли в области сердца и сердцебиение. Объективно: пониженного питания, кожные покровы бледные. Аускультативно: тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС 84 в 1 мин, на верхушке сердца выслушивается нежный систолический шум, АД 110/70 мм.рт.ст. Общий анализ крови: эритроциты –  $3,0 \times 10^{12}/л$ ; ретикулоциты –  $0,2^0/_{00}$ , гемоглобин – 51 г/л; цв. показатель – 0,5; лейкоциты  $3,8 \times 10^9/л$ ; палочкоядерные – 1%, сегментоядерные – 68, лимфоциты – 26, моноциты – 7%, СОЭ – 32 мм/ч; анизоцитоз, пойкилоцитоз.

Каков ваш предварительный диагноз? Составьте план дополнительного обследования больной с учетом возможных причин развития патологии.

5. Больной Ш., 48 лет, обратился с жалобами на слабость, потливость, боль в эпигастрии и левом подреберье, похудание. Объективно: кожные покровы бледные, периферические лимфатические узлы не увеличены, спленомегалия, умеренная гепатомегалия. Общий анализ крови: эритроциты –  $2,6 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин – 108 г/л, лейкоциты –  $285 \times 10^9/л$ , миелобласты – 5 %, промиелоциты – 8, сегментоядерные – 28, лимфоциты – 18, моноциты – 4%, СОЭ – 64 мм/ч.

Каково ваше мнение по диагнозу? Составьте план дальнейшего обследования больного.

6. Больной М., 19 лет, отмечает наличие на коже кровоизлияний, кровотечения из десен и носа. Анализ крови: гемоглобин – 136 г/л, эритроциты –  $4,1 \times 10^{12}/л$ , лейкоциты –  $6,3 \times 10^9/л$ , СОЭ – 21 мм/ч, тромбоциты –  $56 \times 10^9/л$ , время кровотечения по Дукке – 9 мин; время свертывания крови по Ли и Уайту – 10 мин.

Какое заболевание может быть у данного больного? Какие дополнительные исследования необходимо назначить для уточнения диагноза?

## ЗАНЯТИЕ 35

### ТЕМА: Написание истории болезни.

#### Контрольные вопросы

1. Как следует характеризовать и записывать в историю болезни главные и второстепенные жалобы больных?
2. По какому плану проводится расспрос анамнеза болезни?

3. По какому плану проводится расспрос анамнеза жизни?
4. Какое клиническое значение имеет трудовой анамнез (профессиональный маршрут)?
5. Роль вредных привычек в возникновении тех или иных заболеваний?
6. Какое клиническое значение имеет аллергологический анамнез?
7. Роль наследственности в возникновении заболеваний.
8. Как следует формулировать клинический диагноз?
9. Что такое эпикриз?

7-8 семестр

## Занятие 1

### **КУРАЦИЯ БОЛЬНЫХ**

*(Самостоятельная работа у постели больного. Схема академической истории болезни)*

## Занятие 2

### **ПНЕВМОНИИ: ОЧАГОВАЯ, КРУПОЗНАЯ**

#### ***Контрольные вопросы***

1. Определение пневмонии (П).
2. Этиология и патогенез П.
3. Современная классификация П.
4. Проявления бронхолегочноплеврального и воспалительно-интоксикационного синдромов при П.
5. Критерии тяжелого течения П.
6. Осложнения П.
7. Методы лучевой и лабораторной диагностики П.
8. Критерии диагноза П.
9. Особенности пневмоний в зависимости от типа возбудителя.
10. Особенности П. у пожилых пациентов.
11. Лечение П.
12. Принципы профилактики П.

#### **Вопросы для самоконтроля**

1. Определение пневмонии (П).
2. Этиология и патогенез П.
3. Современная классификация П.
4. Клинические синдромы при П.
5. Критерии тяжелого течения П.
6. Легочные и внелегочные осложнения П.
7. Методы лучевой и лабораторной диагностики П.
8. Критерии диагноза П.
9. Особенности пневмоний в зависимости от типа возбудителя.
10. Особенности П. у пожилых.
11. Принципы лечения П.

1. Для крупозной пневмонии характерны:
  - а. боль в грудной клетке плеврального характера
  - б. «ржавая» мокрота
  - в. экспираторная одышка
  - г. острое начало
  - д. отделение гнойной мокроты
2. В стадии «прилива» крупозной пневмонии перкуторно определяется
  - а. легочный звук
  - б. коробочный звук
  - в. притупление перкуторного звука
3. Характерным признаком крупозной пневмонии в стадии «прилива» является
  - а. бронхиальное дыхание
  - б. жесткое дыхание
  - в. крепитация
  - г. звучные влажные хрипы
4. Рентгенологически для крупозной пневмонии характерны
  - а. четкие границы затенения
  - б. нечеткие границы затенения
  - в. неоднородное затенение
  - г. однородное затенение
5. Эффективность назначенного при пневмонии антибиотика оценивается клинически
  - а. через 1 сутки
  - б. через 2 – 3 дня
  - в. через 4 – 5 дней
  - г. через 6 – 7 дней
6. Критерием для прекращения антибактериальной терапии при пневмонии является
  - а. нормализация температуры
  - б. срок в 3 – 4 дня после нормализации температуры
  - в. срок в 8 – 10 дней после нормализации температуры
  - г. рассасывание пневмонической инфильтрации
  - д. нормализации показателей периферической крови
7. Для пневмоцистной пневмонии у больных СПИДом характерно
  - а. острое начало
  - б. постепенное начало

- в. кровохарканье
  - г. обильное выделение мокроты
  - д. сухой кашель
  - е. выраженная одышка
8. Для очаговой пневмонии характерны
- а. постепенное начало
  - б. наличие всегда плевральной боли
  - в. часто – присоединение herpes labialis
  - г. жесткое дыхание в зоне пневмонической инфильтрации
  - д. фокус звучных влажных хрипов в зоне пневмонической инфильтрации

### **Занятие 3**

#### ***ХРОНИЧЕСКИЙ БРОНХИТ. ХРОНИЧЕСКОЕ ЛЕГОЧНОЕ СЕРДЦЕ***

##### ***Контрольные вопросы***

1. Определение хронического бронхита .
2. Этиология и патогенез хронического бронхита.
3. Клиника хронического бронхита.
4. Лечение хронического бронхита.
5. Профилактика хронического бронхита.
6. Легочное сердце.

##### ***Задания для самоподготовки:***

1. В группу хронических неспецифических заболеваний легких входят
  - а. посттуберкулезный пневмосклероз
  - б. хронический обструктивный бронхит
  - в. хронический необструктивный бронхит
  - г. бронхиальная астма
  - д. фиброзирующий альвеолит
  - е. первичная эмфизема легких
  - ж. хроническая пневмония
  - з. хронический абсцесс легкого
2. Критерием ВОЗ для хронического бронхита является длительность кашля
  - а. не менее 6 месяцев в году в течение 2 лет подряд
  - б. более 4 месяцев в данном году



- в. не менее 3 месяцев в году в течение 2 лет подряд
  - г. не менее 2 месяцев в году в течение 3 лет подряд
3. К триаде симптомов, наиболее характерных для хронического бронхита, относятся
- а. цианоз
  - б. выделение мокроты
  - в. кашель
  - г. легочная гипертензия
  - д. боли в грудной клетке
  - е. одышка
  - ж. субфебрилитет
4. Кровохарканье может наблюдаться
- а. при астматическом бронхите
  - б. при бронхоэктатической болезни с вторичным диффузным бронхитом
  - в. при атрофическом проксимальном бронхите
  - г. при хроническом бронхите с вторичными бронхоэктазами
  - д. при хроническом обструктивном бронхите с резко выраженной эмфиземой
  - е. при застойном бронхите при сердечной недостаточности
5. При скрытом бронхоспазме сухие свистящие хрипы лучше выявляются
- а. в вертикальном положении
  - б. в горизонтальном положении
  - в. при спокойном дыхании
  - г. при форсированном дыхании
  - д. непосредственно после кашля
6. Основным методом диагностики трахеобронхиальной дискинезии является
- а. спирография
  - б. рентгенография грудной клетки
  - в. фибробронхоскопия
  - г. бронхография
7. Основными клиническим признаками бронхиальной обструкции являются
- а. плохое откашливание мокроты
  - б. экспираторный характер одышки
  - в. признаки эмфиземы легких
  - г. двусторонние хрипы
  - д. «поющие» сухие хрипы

## Занятие 4

### БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА

#### *Контрольные вопросы*

1. Современное определение бронхиальной астмы.
2. Этиология и патогенез бронхиальной астмы.
3. Современная классификация бронхиальной астмы.
4. Симптоматика и дифференциальная диагностика бронхиальной астмы.
5. Астматический статус, причины, патогенез, клиника, критерии диагностики, стадии, лечение.
6. Этапное лечение бронхиальной астмы.
7. Профилактика бронхиальной астмы.
8. Триггеры и индукторы БА.

#### **Вопросы для самоконтроля**

1. Этиология, патогенез БА.
2. Определение БА.
3. Современная классификация БА.
4. Клинические проявления БА.
5. Методы диагностики (лабораторные и инструментальные).
6. Дифференциальный диагноз по ведущему клиническому синдрому.
7. Принципы лечения БА, основные группы лекарственных препаратов, применяемых для современного лечения БА.
8. Профилактика БА.

К побочным эффектам ингаляционных кортикостероидов относятся

- а. остеопороз
  - б. артериальная гипертензия
  - в. дисфония
  - г. кандидоз ротовой полости
  - д. сахарный диабет
2. Для приступа бронхиальной астмы характерно
    - а. развитие чаще в ночное время
    - б. экспираторное удушье
    - в. стридорозное дыхание
    - г. инспираторное удушье
    - д. «дистанционные» свистящие хрипы
  3. При аускультации во время приступа бронхиальной астмы выявляются
    - а. сухие свистящие хрипы
    - б. ослабленное дыхание

- в. отсутствие хрипов («немое легкое»)
- г. удлинение выдоха

## Занятие 5

### **НАГНОИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ**

#### ***Контрольные вопросы***

1. Этиология и патогенез абсцесса и гангрены легкого.
2. Клиника и дифференциальная диагностика нагноительных заболеваний легких.
3. Лечение абсцесса легкого.
4. Прогноз и профилактика нагноительных заболеваний легких.

#### ***Задания для самоподготовки:***

1. Для диагностики идиопатического фиброзирующего альвеолита наиболее информативна
  - а. рентгенография легких
  - б. томография средостения
  - в. фибробронхоскопия
  - г. бронхография
  - д. сцинтиграфия легких с галлием – 67
2. Кортикостероиды при идиопатическом фиброзирующем альвеолите
  - а. назначаются на поздней стадии болезни
  - б. назначаются на ранней стадии болезни
  - в. не рекомендуются вообще
  - г. рекомендуются на стадии фиброзирования
3. Самым частым возбудителем легочного нагноения является
  - а. пневмококк
  - б. стафилококк
  - в. клебсиелла
  - г. микоплазма
4. Самой частой патогенетической группой острых абсцессов легких является
  - а. гематогенно–эмболическая
  - б. постпневмоническая
  - в. травматическая
  - г. аспирационная
5. К типичным симптомам острого «блокированного» абсцесса относятся
  - а. выраженная интоксикация
  - б. гектическая лихорадка

- в. сухой мучительный кашель
  - г. кашель с большим количеством гнойной мокроты
  - д. амфорическое дыхание при аускультации
6. К типичным симптомам гангрены легкого относятся
- а. жидкая зловонная мокрота
  - б. выраженная интоксикация
  - в. анемия
  - г. светлая вязкая мокрота
  - д. лейкопения
7. Укажите три заболевания, с которыми приходится наиболее часто дифференцировать абсцесс легкого
- а. туберкулезная каверна
  - б. полостные формы бронхогенного рака
  - в. нагноительные кисты легкого
  - г. бронхоэктазии
  - д. гнойный бронхит
8. Осложнениями острого абсцесса легкого могут быть
- а. пневмоторакс
  - б. легочное кровотечение
  - в. амилоидоз
  - г. сепсис

## Занятие 6

### ***ПЛЕВРИТЫ***

#### ***Контрольные вопросы***

1. Этиология и патогенез плевритов.
2. Классификация плевритов.
3. Клиника и диагностика плевритов.
4. Лечение плевритов.
5. Прогноз и профилактика плевритов.

#### ***Задания для самоподготовки:***

1. Боли при сухом плеврите
  - а. усиливаются при наклоне в больную сторону
  - б. усиливаются при наклоне в здоровую сторону
  - в. в одинаковой степени усиливаются при наклоне как в больную, так и в здоровую сторону
  - г. не зависят от наклонов туловища

2. При массивном плеврите больной предпочитает лежать
  - а. на здоровом боку
  - б. на больном боку
3. Шум трения плевры
  - а. прослушивается чаще на высоте вдоха
  - б. выслушивается на протяжении вдоха и выдоха
  - в. ослабевает после кашля
  - г. не изменяется после кашля
  - д. может ощущаться пальпаторно
4. Для транссудата характерны
  - а. относительная плотность плевральной жидкости меньше 1015
  - б. свертывание плевральной жидкости при длительном стоянии
  - в. проба Ривальта отрицательная
5. Экссудату свойственны
  - а. относительная плотность плевральной жидкости больше 1015
  - б. содержание в плевральной жидкости белка 3% и выше
  - в. проба Ривальта положительная
6. В раннем периоде накопления серозного экссудата в плевральной жидкости
  - а. преобладают нейтрофилы
  - б. преобладают лимфоциты
  - в. преобладают клетки мезотелия
7. Геморрагический характер экссудата характерен
  - а. для плеврита, сопровождающего инфаркт легкого
  - б. для выпота на фоне нефротического синдрома
  - в. для опухолевого плеврита
  - г. для посттравматического плеврита
  - д. для волчаночного плеврита
8. Плевральная пункция проводится
  - а. по нижнему краю вышележащего ребра
  - б. по верхнему краю нижележащего ребра
9. Если при тотальном затенении легочного поля не обнаруживается смещение органов средостения, то у больного можно предположить
  - а. ателектаз легкого
  - б. тотальную пневмонию
  - в. экссудативный плеврит
  - г. плеврофиброз
  - д. осумкованный плеврит

10. При прочих равных условиях в большей степени нарушается гемодинамика
- при смещении органов средостения влево
  - при смещении органов средостения вправо
11. При опухолевых метастатических выпотах плевральная жидкость чаще представляет собой
- транссудат
  - экссудат
  - хилоторакс
  - гемоторакс
12. Для туберкулезного плеврита характерно
- серозно-фибринозный характер экссудата
  - геморрагический характер экссудата
  - вираж пробы Манту
  - преобладание нейтрофилов и эозинофилов в экссудате
  - преобладание лимфоцитов в плевральной жидкости
13. Очень быстрое повторное накопление жидкости в полости плевры является типичным признаком
- хронической недостаточности кровообращения
  - мезотелиомы (рака) плевры
  - аденокарциномы бронха
  - туберкулеза легких
  - системной красной волчанки
14. Пространство Траубе исчезает
- при левостороннем экссудативном плеврите
  - при правостороннем гидротораксе
  - при эмфиземе легких
  - при перфорации язвы желудка
  - при гипертрофии левого желудочка
15. Двумя наиболее часто встречающимися путями проникновения гноеродных микроорганизмов в плевральную полость являются
- проникающие повреждения грудной клетки
  - оперативные вмешательства на грудной клетке
  - проникновение из очагов острого неспецифического воспаления в легочной паренхиме *per continuitatem*
  - прорыв легочного гнойника через висцеральную плевру

## Занятие 7

### **РЕВМАТИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА. МИТРАЛЬНЫЕ И АОРТАЛЬНЫЕ ПОРОКИ СЕРДЦА**

#### **Контрольные вопросы**

1. Факторы риска и патогенез острой ревматической лихорадки (ОРЛ).
2. Определение ОРЛ.
3. Современная классификация ОРЛ, включая степень активности, характер течения, наличие порока сердца и признаков хронической сердечной недостаточности.
4. Клинические проявления заболевания.
5. Диагностические критерии ОРЛ, включая основные и дополнительные признаки.
6. Дифференциальный диагноз по ведущему синдрому.
7. Принципы лечения ОРЛ.
8. Клиническая фармакология основных препаратов, применяемых для современного лечения ОРЛ (антибактериальные и противовоспалительные средства).
9. Принципы профилактики ОРЛ.
10. Патофизиология формирования приобретенных пороков митрального и аортального клапанов сердца.
11. Клиническая картина, прямые и косвенные признаки ППС.
12. Возможные осложнения при естественном течении митральных и аортальных пороков сердца.
13. Современные принципы лечения ППС.

#### **Вопросы для самоконтроля**

1. Этиология и патогенез ОРЛ.
2. Определение ОРЛ.
3. Современная классификация ОРЛ.
4. Клинические проявления ОРЛ.
5. Критерии диагностики: основные и дополнительные.
6. Дифференциальный диагноз по ведущему синдрому.
7. Принципы лечения ОРЛ.
8. Первичная и вторичная профилактика ОРЛ.
9. Причины и патофизиологические механизмы формирования приобретенных пороков митрального и аортального клапанов сердца.

10. Клиническая картина, прямые и косвенные признаки стеноза и недостаточности митрального клапана сердца.
11. Клиническая картина, прямые и косвенные признаки стеноза и недостаточности аортального клапана сердца.
12. Возможные осложнения митральных и аортальных пороков сердца.
13. Современные методы коррекции приобретенных пороков сердца.

***Задания для самоподготовки:***

1. К аускультативным признакам неосложненного митрального стеноза относятся
  - а. усиленный (хлопающий) I тон
  - б. патологический III тон
  - в. систолический шум на легочной артерии
  - г. шелчок открытия митрального клапана
  - д. диастолический шум на верхушке с пресистолическим усилением
2. К аускультативным признакам резкой митральной недостаточности относятся
  - а. диастолический шум на верхушке
  - б. ослабление I тона
  - в. патологический III тон
  - г. щелчок открытия митрального клапана
  - д. систолический шум на верхушке
3. При сочетанном поражении митрального клапана преобладание недостаточности проявляется
  - а. усилением I тона
  - б. ослаблением I тона
  - в. наличием патологического III тона
  - г. разлитым, усиленным, смещенным влево и вниз верхушечным толчком
  - д. наличием систолического шума регургитации на верхушке, проводящегося в аксиллярную область
4. Щелчок открытия клапана может быть признаком
  - а. митрального стеноза
  - б. аортального стеноза
  - в. трикуспидального стеноза
  - г. пульмонального стеноза
5. Шумом Флинта сопровождается
  - а. митральная недостаточность
  - б. аортальный стеноз



- в. трикуспидальная недостаточность
  - г. резко выраженная аортальная недостаточность
6. Пансистолический шум, усиливающийся на вдохе (шум Риверо – Корвалло), характерен
- а. для митральной недостаточности
  - б. для трикуспидальной недостаточности
  - в. для аортального стеноза
  - г. для стеноза устья аорты
7. К ЭКГ – признакам изолированного митрального стеноза относятся
- а. гипертрофия левого предсердия
  - б. гипертрофия правого желудочка
  - в. атриовентрикулярная блокада I степени
  - г. гипертрофия левого желудочка
8. К ЭКГ – признакам выраженной митральной недостаточности относятся
- а. двугорбый, широкий зубец Р в отведениях I, AVL, V<sub>4</sub> – V<sub>6</sub>
  - б. гипертрофия левого желудочка
  - в. удлинение интервала QT
  - г. укорочение интервала PQ
  - д. часто – мерцательная аритмия
9. Тахиаритмиями наиболее часто осложняется
- а. митральный стеноз
  - б. стеноз устья аорты
  - в. трикуспидальная недостаточность
  - г. коарктация аорты
10. Наиболее информативным методом оценки тяжести митрального стеноза является
- а. физикальное обследование
  - б. эхокардиография
  - в. электрокардиография
  - г. рентгенологическое исследование
11. Фиксированное расщепление II тона является характерным
- а. для митрального стеноза
  - б. для дефекта межпредсердной перегородки
  - в. для блокады левой ножки пучка Гиса
12. Пресистолический ритм галопа может появляться при всех перечисленных состояниях, за исключением
- а. выраженного аортального стеноза
  - б. гипертрофической кардиомиопатии

- в. выраженной артериальной гипертензии
  - г. митрального стеноза, осложненного мерцательной аритмией
13. Вероятность выслушивания диастолического шума митрального стеноза увеличивается при увеличении скорости тока крови через суженное отверстие, что достигается
- а. положением стоя
  - б. при повороте на левый бок
  - в. после физической нагрузки (10 приседаний)
  - г. положением лежа при максимальном подъеме ног (с посторонней помощью) в течение 3 минут
14. Влияние мерцательной аритмии на диастолический шум митрального стеноза заключается в том, что
- а. шум ослабевает
  - б. исчезает пресистолическое усиление шума
  - в. шум усиливается
15. Систолический шум межжелудочкового дефекта чаще всего необходимо дифференцировать
- а. с шумом митральной регургитации
  - б. с шумом пульмонального стеноза
  - в. с шумом аортального стеноза
  - г. с шумом трикуспидальной регургитации

## Занятие 8

### ***ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ.***

#### ***Контрольные вопросы***

1. Этиология и патогенез инфекционного эндокардита.
2. Клиника и диагностика первичного и вторичного инфекционного эндокардита.
3. Лечение инфекционного эндокардита.
6. Прогноз и профилактика инфекционных эндокардитов.

#### ***Задания для самоподготовки:***

1. Женщина 32 лет больна 2 месяца, в течение которых беспокоят повышение температуры тела до  $39^{\circ}\text{C}$  ознобами, одышка при незначительной физической нагрузке, головные боли. Лечилась самостоятельно жаропонижающими средствами, сульфаниламидами,

однократно был пятидневный курс оксациллина. Объективно: температура тела  $38,2^{\circ}\text{C}$ , бледность кожных покровов, единичные экзантемы петехиального характера на коже лица и ладонях, пульс – 100 в минуту, артериальное давление – 140/20 мм.рт.ст., тоны сердца приглушены, вдоль левого края грудины выслушивается высокочастотный диастолический шум, следующий за П-м тоном, гепатоспленомегалия. Наиболее вероятно, что у больной

- а. ревматизм, активная фаза и митральный стеноз
  - б. инфекционный эндокардит и аортальная недостаточность
  - в. ревматизм, активная фаза и аортальная недостаточность
2. Мужчина 50 лет жалуется на одышку при физической нагрузке, боли в грудной клетке, которые стали появляться в течение года. До этого в анамнезе имел место эпизод синкопе. 5 лет назад при случайном обследовании был выявлен систолический шум. При осмотре: большие отеки ног, гепатомегалия, пульс – 90 в минуту, ритмичный, артериальное давление 130/90 мм.рт.ст., хрипы в обоих легких с обеих сторон в нижних отделах, в III – IV межреберьях слева выслушивается интенсивный систолический шум изгнания и имеется систолическое дрожание, аортальный компонент П тона ослаблен. Наиболее вероятно, что у больного
- а. аортальный стеноз
  - б. пульмональный стеноз
  - в. митральная регургитация
  - г. трикуспидальная регургитация
  - д. вегето-сосудистая дистония
3. Вероятность тромбоэмболии мозговых сосудов наиболее высока
- а. при бородавчатых (ревматических) вегетациях митрального клапана
  - б. при вегетациях на митральном клапане при инфекционном эндокардите
  - в. при изъязвлении атеросклеротических бляшек в аорте
  - г. при вегетациях на трикуспидальном клапане при бактериальном эндокардите
  - д. при тромбофлебите нижних конечностей
4. Вероятность возникновения инфекционного эндокардита увеличивается с возрастом
- а. правильно
  - б. неправильно
5. При инфекционном эндокардите процесс локализован в сердечно-

сосудистой системе, и возбудитель попадает в сердце только гематогенным путем. Попаданию возбудителя в кровь чаще всего способствуют

- а. инвазивные исследования и операции на сердце и сосудах
  - б. эндоскопические исследования (урогенитальные, хирургические)
  - в. зубные процедуры (экстракция, глубокое сверление)
  - г. беременность и роды
  - д. постоянные венозные катетеры
  - е. частые внутривенные вливания
6. Наибольший риск вторичного инфекционного эндокардита имеет место при трех состояниях. К ним относятся
- а. митральный стеноз
  - б. митральная недостаточность
  - в. аортальный стеноз
  - г. аортальная недостаточность
  - д. клапанные протезы
7. Наибольший риск вторичного инфекционного эндокардита имеет место при двух врожденных пороках. К этим порокам относятся
- а. дефект межпредсердной перегородки
  - б. дефект межжелудочковой перегородки
  - в. пульмональный стеноз
  - г. открытый артериальный проток
8. К основным клиническим синдромам инфекционного эндокардита относятся
- а. инфекция
  - б. артериальные эмболии
  - в. изменения со стороны сердца
  - г. гломерулонефрит
9. Наиболее информативным лабораторным тестом, подтверждающим диагноз инфекционного эндокардита, является
- а. резкое ускорение СОЭ
  - б. анемия
  - в. нейтрофильный лейкоцитоз
  - г. лейкопения
  - д. высеv возбудителя в культуре крови
  - е. изменения в моче

10. Возможными путями профилактики инфекционного эндокардита являются
- а. проведение любых инвазивных исследований сердца и сосудов, внутривенных вливаний, эндоскопии – по строгим показаниям
  - б. применение антибиотикотерапии у лиц с высоким риском инфекционного эндокардита (пороки сердца, клапанные протезы, шунты) при интеркуррентной болезни
  - в. полное излечение очагов хронической инфекции (особенно зубной и урогенитальной)
11. Дифференциальная диагностика инфекционного эндокардита всегда начинается с поисков причины лихорадки. Причиной длительного повышения температуры тела чаще всего являются
- а. туберкулез
  - б. неоплазма
  - в. коллагеновые болезни
  - г. хронический гломерулонефрит
  - д. хронический пиелонефрит

## *Занятие 9*

### ***ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА. СТЕНОКАРДИЯ***

#### *Контрольные вопросы*

1. Клиника и симптоматика стенокардии.
2. Этиология и патогенез стенокардии.
3. Лечебные мероприятия при стенокардии.
4. Профилактика стенокардии.
6. Критерии диагностики нестабильной стенокардии.
7. Сущность острого коронарного синдрома.
8. Методы лабораторной и инструментальной диагностики ИБС.
9. Принципы диетотерапии при ИБС.
10. Методы медикаментозной терапии и виды хирургического лечения ИБС.
11. Тактика врача при нестабильной стенокардии.
12. Неотложная помощь при приступе стенокардии.

#### ***Вопросы и задания для самоподготовки:***

1. Этиология, факторы риска развития ИБС.
2. Характер патологических изменений, происходящих в коронарном

русле.

3. Определение ИБС.
4. Классификация ИБС, стабильной и нестабильной стенокардии.
5. Клинические проявления при стенокардии.
6. Понятие об эквивалентах болевого синдрома при стенокардии.
7. Понятие об остром коронарном синдроме.
8. Критерии диагностики нестабильной стенокардии.
9. Дифференциальная диагностика при болевом синдроме в грудной клетке.
10. Рекомендации по коррекции факторов риска у пациентов с ИБС.
11. Принципы консервативной терапии стенокардии как формы ИБС.
12. Методы хирургического лечения ИБС.

1. Развитию атеросклероза способствуют
  - а. хроническая никотиновая интоксикация
  - б. артериальная гипертензия
  - в. артериальная гипотония
  - г. злоупотребление жирной пищей
  - д. физическая работа
  - е. малоподвижный образ жизни
2. Реже всего поражаются атеросклерозом
  - а. мозговые сосуды
  - б. коронарные сосуды
  - в. сосуды верхних конечностей
  - г. сосуды нижних конечностей
  - д. аорта
3. Наиболее атерогенным фенотипом гиперлипидемии является
  - а. I тип
  - б. IIБ тип
  - в. V тип
  - г. IV тип
4. Механизм действия статинов (ингибиторов ГМК – КоАредуктазы) заключается
  - а. в угнетении синтеза пре- $\beta$ -липопротеидов
  - б. в угнетении синтеза холестерина
  - в. в нарушении всасывания липидов
5. Диагноз стенокардии может быть с уверенностью исключен
  - а. если боль локализуется в правой половине грудной клетки
  - б. если боль локализуется в эпигастрии

- в. если боль провоцируется приемом пищи
  - г. если отсутствует эффект нитроглицерина
  - д. ни в одном из перечисленных случаев
6. Продолжительность ишемии, приводящей к необратимому повреждению ткани миокарда, в большинстве случаев составляет не менее
- а. 15 – 20 минут
  - б. 4 – 6 часов
  - в. 16 – 24 часа
  - г. 1 неделю
7. Все больные с нестабильной стенокардией нуждаются в проведении селективной коронарографии
- а. правильно
  - б. неправильно
8. К наиболее характерным проявлениям стенокардии относятся
- а. загрудинный дискомфорт – сжатие, давление, тяжесть
  - б. боли за грудиной с иррадиацией влево
  - в. «колотье» в области сердца
  - г. длительная ноющая боль в прекардиальной области
9. На ЭКГ у больного стенокардией (вне приступа) может регистрироваться
- а. нормальная ЭКГ
  - б. нарушение реполяризации
  - в. изменение внутрижелудочковой проводимости
10. К возможным вариантам прогноза нестабильной стенокардии относятся
- а. высокий риск внезапной смерти
  - б. прогноз всегда благоприятный
  - в. развитие инфаркта миокарда
  - г. трансформация в стабильную стенокардию
11. Тактика ведения больного с нестабильной стенокардией подразумевает
- а. лечение на дому
  - б. срочную госпитализацию
  - в. плановую госпитализацию

## Занятие 10

### **ИНФАРКТ МИОКАРДА**

#### ***Контрольные вопросы***

1. Этиология и патогенез инфаркта миокарда.
2. Клиника инфаркта миокарда.
3. Ранние и поздние осложнения инфаркта миокарда.
4. Стадии течения инфаркта миокарда.
5. Электрокардиографические критерии ОИМ.
6. Алгоритм оказания медицинской помощи при развитии ОИМ.
7. Принципы фармакотерапии ОИМ.
8. Первичная и вторичная профилактика ишемической болезни сердца.

#### ***Вопросы и задания для самоподготовки***

1. Этиология, факторы риска развития ОИМ.
  2. Характер патологических изменений, происходящих в коронарном русле.
  3. Определение и классификация ОИМ.
  4. Клинические проявления при инфаркте миокарда.
  5. Дифференциальная диагностика ОИМ с приступом стенокардии.
  6. Лабораторная диагностика ОИМ.
  7. ЭКГ-признаки по стадиям течения ОИМ.
  8. Рекомендации по коррекции факторов риска у пациентов с ИБС.
  9. Принципы неотложной помощи при развитии инфаркта миокарда.
  10. Осложнения острого инфаркта миокарда и принципы их купирования.
  11. Профилактика рецидивов и осложнений при ОИМ.
- 
1. Наличие зубца Q в отведениях  $V_1 - V_3$  и подъем сегмента ST в этих отведениях наиболее характерны
    - а. для острого инфаркта миокарда передней стенки
    - б. для острого инфаркта миокарда задней стенки
    - в. для острого инфаркта миокарда нижней стенки
  2. Самой частой причиной ранней смерти (в течение часа) при остром инфаркте является
    - а. острая левожелудочковая недостаточность
    - б. тампонада сердца
    - в. фибрилляция желудочков
    - г. тромбоэмболия артериальных сосудов



3. У мужчины 46 лет со стенокардией напряжение III функционального класса при коронарографическом исследовании выявлено сужение главного ствола левой коронарной артерии на 75%. Фракция выброса левого желудочка - 53%. Оптимальной тактикой ведения данного больного является оперативное лечение
  - а. правильно
  - б. неправильно
4. Среди эндокринных заболеваний к развитию атеросклероза предрасполагает
  - а. болезнь Аддисона
  - б. тиреотоксикоз
  - в. сахарный диабет
  - г. гипотиреоз

## Занятие 11

### ***ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ. СИМПТОМАТИЧЕСКИЕ АРТЕРИАЛЬНЫЕ ГИПЕРТОНИИ***

#### ***Контрольные вопросы***

1. Этиология и патогенез гипертонической болезни.
2. Классификация гипертонической болезни и перечень симптоматических артериальных гипертоний.
3. Клиника гипертонической болезни.
4. Гипертонические кризы и их лечение.
5. Лечение гипертонической болезни.
6. Первичная и вторичная профилактика гипертонической болезни.
7. Современная классификация АГ, включая степень и стадию АГ, категории риска и наличие осложнений.
8. Клинические проявления данного заболевания с учетом поражения органов-мишеней.

#### ***Вопросы и задания для самоподготовки***

1. Этиология, патогенез АГ.
2. Определение АГ.
3. Современная классификация АГ.
4. Клинические проявления АГ.
5. Методы диагностики (лабораторные и инструментальные).
6. Дифференциальный диагноз по ведущему гипертензионному синдрому.

7. Принципы лечения АГ, основные группы лекарственных препаратов, применяемых для современного лечения АГ.

8. Профилактика АГ.

1. Повышенное артериальное давление на руках и пониженное на ногах характерно
  - а. для болезни Такаясу
  - б. для коарктации аорты
  - в. для синдрома Конна
  - г. для болезни Иценко – Кушинга
2. Причиной паренхиматозных почечных артериальных гипертензий могут являться
  - а. хронический гломерулонефрит
  - б. хронический пиелонефрит
  - в. поликистоз почек
  - г. острый гломерулонефрит
  - д. инфаркт почки
3. Увеличение систолического артериального давления является характерным
  - а. при аортальной недостаточности
  - б. при аортальном стенозе
  - в. при комбинированном аортальном пороке
  - г. при митральной недостаточности
  - д. при открытом артериальном протоке
4. Вероятность симптоматической гипертензии высока
  - а. если она обнаружена в возрасте моложе 20 лет
  - б. при длительном приеме контрацептивов внутрь
  - в. при указании на поликистоз почек у одного из родителей
  - г. если она обнаружена в возрасте старше 40 лет
5. Повышение артериального давления при длительном применении способны вызвать
  - а. гормональные контрацептивы
  - б. трициклические антидепрессанты (амитриптилин, триптизол)
  - в. производные метилксантина
  - г. нестероидные противовоспалительные средства
6. Гемодинамической основой формирования артериальной гипертензии при гипертонической болезни являются
  - а. величина сердечного выброса

- б. число сердечных сокращений
  - в. ударный объем крови
  - г. общее периферическое сосудистое сопротивление
7. При определении прогноза течения гипертонической болезни наиболее информативными критериями являются
- а. уровень диастолического артериального давления
  - б. выраженность головных болей
  - в. возраст
  - г. наличие признаков поражения органов – мишеней
8. Для злокачественной формы гипертонической болезни характерным является наличие
- а. стойкой высокой, преимущественно диастолической (свыше 120 мм.рт.ст.) артериальной гипертензии
  - б. низкой активности ренина плазмы крови
  - в. гиперволемии
  - г. гипертрофии левого желудочка на ЭКГ
  - д. ангиопатии сетчатки и отека диска зрительного нерва
9. К наиболее частым проявлениям гипертонической болезни относятся
- а. боли в затылочной области
  - б. шум в голове
  - в. мелькание «мушек» перед глазами, ухудшение зрения
  - г. похудание
  - д. двоение в глазах
10. У больной 45 лет с давней умеренной гипертензией в течение последнего года произошла стабилизация артериального давления на высоком уровне (выше 200/110 мм.рт.ст.). Сопутствующей патологией является облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей. Клинических признаков поражения почек не обнаруживается. Наиболее вероятно, что к нарастанию тяжести артериальной гипертензии привело
- а. уменьшение эластичности аорты и магистральных артерий вследствие длительно существующего повышения артериального давления
  - б. формирование атеросклеротического стеноза почечной артерии
  - в. присоединение нефроптоза
  - г. тромбоз почечной артерии

д. панартериит с поражением дуги аорты

### ***Занятие 12***

## **Острая и хроническая сердечная недостаточность.**

#### **Вопросы к занятию:**

14. Этиология и патогенез ХСН.
15. Определение ХСН.
16. Современная классификация ХСН, включая стадию и функциональный класс.
17. Клинические проявления синдрома ХСН.
18. Дифференциальный диагноз по ведущему синдрому.
19. Принципы лечения ХСН.

#### ***Вопросы для самоконтроля***

1. Этиология и патогенез ХСН.
2. Определение ХСН.
3. Современная классификация ХСН.
4. Клинические проявления ХСН в зависимости от стадии и функционального класса.
5. Дифференциальный диагноз по отечному синдрому с почечными, гипопроотеинемическими, аллергическими и сердечными отеками.
6. Дифференциальный диагноз по ведущему синдрому.
7. Принципы лечения ХСН.
8. Основные группы лекарственных препаратов, применяемых для современного лечения ХСН.

### **Занятие 13**

## ***ДИФФУЗНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ.***

### ***РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ. ОСТЕОАРТРОЗ. СКВ***

#### ***Контрольные вопросы***

1. Этиология и патогенез РА.
2. Клиника и лечение РА.
3. Профилактика РА.
4. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение остеоартроза.
5. Определение системной красной волчанки (СКВ).
6. Этиология и патогенетические механизмы формирования СКВ.

## 7. Основные клинические проявления и диагностические критерии СКВ

### *Задания для самоподготовки*

1. Определение РА.
2. Этиология и патогенез РА.
3. Основные проявления суставного синдрома при РА.
4. Системные проявления при РА.
5. Диагностические критерии РА, необходимые для постановки клинического диагноза.
6. Лабораторная и инструментальная диагностика РА.
7. Правила формулировки диагноза.
8. Дифференциальный диагноз по суставному синдрому.
9. Принципы лечения и прогноз при РА.
10. Дифференциальный диагноз по суставному синдрому.
11. Принципы лечения и прогноз при РА.
12. Определение СКВ.
13. Этиология и патогенез СКВ.
14. Системные проявления при СКВ.
15. Диагностические критерии СКВ, необходимые для постановки клинического диагноза.
16. Лабораторная и инструментальная диагностика СКВ.
17. Правила формулировки диагноза.
18. Принципы лечения и прогноз при СКВ.

1. Для ревматического полиартрита не характерно
  - а. поражение мелких суставов кисти
  - б. ассоциация с урогенитальной инфекцией
  - в. поражение преимущественно коленных, голеностопных, локтевых, плечевых суставов
  - г. стойкая деформация тазобедренных суставов
2. Следующие утверждения в отношении терапии глюкокортикоидами при ревматоидном артрите является справедливым
  - а. обладают быстрым и выраженным противовоспалительным действием
  - б. вызывают кортикозависимость
  - в. показаны в случаях высокой активности ревматоидного артрита, а также при наличии висцеритов
  - г. нежелательно их сочетание с другими базисными препаратами
  - д. не вызывают развитие остеопороза
3. При наличии реактивного синовита на фоне остеоартроза наблюдаются «стартовые боли», то есть боли, возникающие при первых шагах больного, которые затем быстро исчезают

- а. правильно
  - б. неправильно
4. Характерными признаками остеоартроза являются
- а. утренняя скованность
  - б. стартовые боли
  - в. «механический» характер болевого синдрома
  - г. хруст в суставах
  - д. блокада сустава
5. К характерным рентгенологическим признакам остеоартроза относятся
- а. сужение суставной щели
  - б. остеофитоз
  - в. деформация суставных поверхностей
  - г. субхондральный остеопароз
6. Характерными признаками первичного остеоартроза являются
- а. боли в суставах при нагрузке
  - б. периодическое «заклинивание» сустава (симптом «блокады сустава»)
  - в. уменьшение болей в суставах в покое
  - г. развитие деформаций суставов
  - д. наличие тофусов
7. Относительно первичного остеоартроза справедливо
- а. заболевание начинается медленно, часто без видимой причины
  - б. преимущественно поражаются суставы ног и дистальные межфаланговые суставы
  - в. заболевание приводит к стойкой деформации суставов
  - г. преимущественно поражается I плюснефаланговый сустав
8. Для острого приступа подагрического артрита характерно
- а. воспаление сустава достигает максимума в первый день болезни
  - б. покраснение кожи над суставом
  - в. частое поражение I плюснефалангового сустава
  - г. одностороннее поражение сустава
  - д. симметричное двустороннее поражение суставов
9. Наличие подкожных подагрических узлов является наиболее ранним признаком подагры
- а. правильно
  - б. неправильно
10. Характерным рентгенологическим признаком хронического подагрического артрита является
- а. эпифизарный остеопороз
  - б. узурация суставных поверхностей

- в. краевой остеофитоз
  - г. округлые дефекты кости («пробойники»)
11. Типичными признаками подагры являются
- а. гиперурикемия
  - б. тофусы
  - в. артрит
  - г. нефропатия
  - д. узелки Гебердена
12. Типичными кожными проявлениями системной красной волчанки являются
- а. сосудистая «бабочка»
  - б. фотодерматоз
  - в. множественный невус
  - г. эритема по типу «декольте»
  - д. капилляриты на ладонях
13. Одним из основных висцеральных проявлений системной склеродермии является поражение сердца. К основным вариантам «склеродермического сердца» относятся
- а. крупноочаговый кардиосклероз
  - б. повторные инфаркты миокарда на фоне типичного ангиозного синдрома
  - в. нарушение ритма и проводимости
  - г. развитие «бычьего сердца» и рефрактерной сердечной недостаточности
  - д. быстрое развитие клапанных пороков
14. Прогноз жизни больных при системной склеродермии определяет
- а. изолированный мочево́й синдром
  - б. развернутая клиника гломерулонефрита
  - в. «истинная склеродермическая почка» с развитием злокачественной артериальной гипертензии, энцефалопатии, азотемии

### Занятие 13

## ***ГАСТРИТЫ. ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И 12-ТИ ПЕРСТНОЙ КИШКИ***

### *Контрольные вопросы*

1. Определение ХГ и ЯБ.
2. Роль хеликобактерной инфекции в развитии ХГ и ЯБ и методы ее диагностики.

3. Этиология и патогенез язвенной болезни.
4. Осложнения язвенной болезни.
5. Лечение язвенной болезни.
6. Профилактика язвенной болезни.

### ***Вопросы и задания для самоподготовки***

1. Этиологические факторы развития ХГ и ЯБ.
2. Патогенез ЯБ.
3. Современная классификация ХГ и ЯБ.
4. Клиническая картина ХГ и ЯБ в зависимости от типа желудочной секреции и локализации патологического процесса.
5. Современные методы диагностики ХГ и ЯБ.
6. Диагностика хеликобактерной инфекции.
7. Показания для госпитализации больных ХГ и ЯБ.
8. Принципы лечения ХГ и ЯБ, показания и схемы эрадикации хеликобактерной инфекции
9. Осложнения ХГ и ЯБ. Предраковые состояния желудка.
10. Показания для оперативного лечения ЯБ.
11. Принципы профилактики ХГ и ЯБ.
  1. Для язвенной болезни 12-ти перстной кишки характерными симптомами являются
    - а. локальные «голодные» боли в эпигастрии после еды
    - б. раннее развитие боли в эпигастрии
    - в. сезонный характер болей
    - г. боли купируются после еды и приема антацидов
    - д. головные боли
  2. Множественные язвы в желудке и 12-перстной кишке в сочетании с гиперацидным состоянием и упорными болями в эпигастрии, не купирующимися антацидами, наиболее вероятно связаны
    - а. с синдромом Дубина – Джонсона
    - б. с синдромом Золлингера – Эллисона
    - в. с изъязвлением рака желудка
    - г. с язвами угла желудка
  3. Показаниями для направления больного с язвенной болезнью к хирургу с целью решения вопроса о хирургическом лечении являются
    - а. язва желудка, не рубцующаяся через 1,5 месяца после начала лечения
    - б. язва желудка, не рубцующаяся более 4 месяцев от начала клинических проявлений, включая проведенное лечение в



- течение 6 недель
- в. наличие язвы в желудке и 12-ти перстной кишке одновременно
  - г. повторное кровотечение из язвы на фоне медикаментозной терапии
4. Малигнизация наиболее вероятна
- а. при язве постбульбарного отдела
  - б. при множественной язве луковицы 12-перстной кишки
  - в. при язве верхней трети тела желудка
  - г. при язве желудочного канала
5. Больной 32 лет предъявляет жалобы на острую «кинжальную» боль в эпигастриальной области. Известно, что больной длительно страдает язвенной болезнью 12-перстной кишки. О каком осложнении болезни следует думать в первую очередь?
- а. о пенетрации
  - б. о перфорации
  - в. о кровотечении
6. Больная 58 лет длительно страдает язвенной болезнью пилорического отдела желудка. В последнее время появились боль и чувство распирания после еды, отрыжка тухлым, рвота съеденной пищей, приносящая облегчение. Больная похудела на 10 кг, отмечает резкую слабость, периодически возникают судороги. О каких двух заболеваниях следует думать в первую очередь?
- а. субкомпенсированный стеноз привратника
  - б. декомпенсированный стеноз привратника
  - в. рак выходного отдела желудка
7. К предраковым состояниям желудка, требующим диспансерного наблюдения (включая рентгенологическое или фиброгастроскопическое обследование 1 раз в год), относят
- а. культу желудка
  - б. хронический гастрит
  - в. язву желудка
  - г. пернициозную анемию

## Занятие 14

### ***ХРОНИЧЕСКИЕ ХОЛЕЦИСТИТЫ***

#### *Контрольные вопросы*

1. Этиология и патогенез хронических холециститов.

2. Клиника и диагностика хронических холециститов.
3. Осложнения хронических холециститов.
4. Гипо- и гиперкинетическая дискинезия желчевыводящих путей.
5. Лечение и профилактика хронических холециститов.

### ***Вопросы и задания для самоподготовки***

1. Определение понятий ХХ.
2. Этиология, патогенез ХХ.
3. Современная классификация ХХ.
4. Ведущие клинические симптомы ХХ.
5. Методы диагностики воспалительного процесса при ХХ.
6. Степень тяжести ХХ.
7. Критерии для госпитализации больных с ХХ.
8. Осложнения ХХ.
9. Показания для оперативного лечения при ХХ.
10. Дифференциальная диагностика при ХХ.
11. Характеристика основных групп лекарственных препаратов, применяемых в лечении ХХ.
13. Профилактика ХХ.

1. Для обострения хронического холецистита характерно
  - а. лихорадка
  - б. ознобы
  - в. боли в правом подреберье
  - г. тошнота и рвота
  - д. лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом
2. локальная болезненность в точке пересечения наружного края правой прямой мышцы живота с реберной дугой характерна
  - а. для холецистита
  - б. для холангита
  - в. для панкреатита
  - г. для язвы 12-ти перстной кишки
  - д. для рака головки поджелудочной железы
3. Провоцировать боли при хроническом холецистите могут
  - а. жирная пища

- б. холодные газированные напитки
  - в. длительное пребывание на постельном режиме
  - г. подъем тяжестей
4. Основным местом обитания лямблий является
- а. желчный пузырь
  - б. тонкая кишка
  - в. толстая кишка
  - г. внутрипеченочные желчные протоки
5. У женщины 50 лет, страдающей ожирением, внезапно возник приступ интенсивных болей в правом подреберье с иррадиацией в правую надключичную область. Больная беспокойна, мечется в постели. При осмотре: кожа обычного цвета, болезненность при пальпации в точке желчного пузыря, положительный симптом Ортнера, температура тела нормальная, анализ крови без патологии. Наиболее вероятно, что у больной
- а. острый холецисто-холангит
  - б. обострение хронического холецистита
  - в. желчнокаменная болезнь, желчно-пузырная колика
  - г. обострение хронического калькулезного холецистита
  - д. пенетрация язвы желудка в круглую связку печени
6. Для подпеченочной (обтурационной) желтухи характерно
- а. увеличение щелочной фосфатазы
  - б. увеличение кислой фосфатазы
  - в. увеличение протромбинового индекса
7. Дискинезии желчных путей могут быть вторичными на фоне
- а. цирроза печени
  - б. дуоденита
  - в. хронического гастрита
  - г. желчнокаменной болезни
  - д. аномалии желчных путей

## Занятие 15

### ***ХРОНИЧЕСКИЕ ГЕПАТИТЫ И ЦИРРОЗЫ ПЕЧЕНИ***

#### ***Контрольные вопросы***

1. Этиология и патогенез хронических гепатитов и циррозов печени.
2. Классификация хронических гепатитов и циррозов печени.
3. Исходы хронических гепатитов.
4. Профилактика и лечение хронических гепатитов и циррозов печени.

#### ***Вопросы и задания для самоподготовки***

1. Этиология, патогенез ХГ и ЦП.
  2. Определение понятий ХГ и ЦП.
  3. Современная классификация ХГ и ЦП.
  4. Ведущие клинические симптомы ХГ и ЦП.
  5. Методы диагностики ХГ и ЦП: лабораторные, биохимические, инструментальные.
  6. Биохимические маркеры синдромов: цитолиза, холестаза, мезенхимального воспаления, малой печеночно-клеточной недостаточности.
  7. Степени активности ХГ (биохимические, гистологические).
  8. Клиника синдрома портальной гипертензии и его стадии.
  9. Классы тяжести ЦП по Чайлд – Пью.
  10. Осложнения ХГ и ЦП (печеночная энцефалопатия и кома, кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода, спонтанный перитонит и др.).
  11. Дифференциальная диагностика по желтушному, гепатомегалическому или гепатолиенальному синдромам.
  12. Особенности клиники первичного билиарного цирроза печени и его лечение.
  13. Принципы лечения ХГ и ЦП.
  14. Профилактика ХГ и ЦП.
- 
1. К индикаторам цитолитического синдрома при патологии печени относятся
    - а. АсАТ (аспартатаминотрансфераза)
    - б. АлАТ (аланинаминотрансфераза)
    - в. ЛДГ (лактатдегидрогеназа)
    - г. щелочная фосфатаза
  2. Индикатором холестатического синдрома при патологии печени является

- а. АлАТ (аланинаминотрансфераза)
  - б. тимоловая проба
  - в. лактатдегидрогеназа
  - г.  $\gamma$ -глобулин сыворотки крови
  - д. щелочная фосфатаза
3. К индикаторам мезенхимально–воспалительного синдрома при патологии печени относятся
- а. тимоловая проба
  - б. сулемовая проба
  - в. бромсульфалеиновая проба
  - г.  $\gamma$ -глобулин сыворотки крови
  - д. иммуноглобулины сыворотки крови
4. Из перечисленного для хронического персистирующего гепатита не характерно
- а. признаки портальной гипертензии, в том числе спленомегалия
  - б. стойкое повышение аминотрансфераз (в 3 раза и более)
  - в. гипер- $\gamma$ -глобулинемия (более 30%)
  - г. снижение протромбинового индекса (ниже 75%)
  - д. гипербилирубинемия
5. Гепато- и спленомегалия может наблюдаться
- а. при циррозе печени
  - б. при хроническом гепатите
  - в. при инфекционном эндокардите
  - г. при хроническом миелолейкозе
6. К признакам холестатического синдрома относятся
- а. Гипербилирубинемия за счет конъюгированного (прямого) билирубина
  - б. увеличение щелочной фосфатазы
  - в. увеличение холестерина и  $\beta$ -липопротеидов
  - г. ксантелазмы
  - д. кожный зуд
7. Для хронического активного гепатита характерны
- а. желтуха
  - б. гепатомегалия
  - в. увеличение СОЭ
  - г. увеличение АсАТ и АлАт
  - д. гипер- $\gamma$ -глобулинемия
8. Больные хроническим персистирующим гепатитом нуждаются в

активной длительной медикаментозной терапии

- а. правильно
- б. неправильно

9. Для цирроза печени не характерно наличие

- а. асцита
- б. спленомегалии
- в. варикозного расширения вен желудка
- г. расширения поверхностных вен живота («головы медузы»)
- д. гиперальбуминемии

10. Для цирроза печени характерны

- а. асцит
- б. сосудистые звездочки
- в. расширение вен пищевода
- г. гиперфибриногенемия

11. Характерными осложнениями цирроза печени являются

- а. печеночная недостаточность
- б. кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода
- в. нарушение атриовентрикулярной проводимости
- г. энцефалопатия

12. Больной циррозом печени нуждается

- а. в отказе от алкоголя
- б. в исключении гепатотоксических препаратов
- в. в диспансерном наблюдении
- г. в периодическом биохимическом контроле печеночных проб
- д. в терапии андрогенами

## Занятие 16

### ***ХРОНИЧЕСКИЕ КОЛИТЫ***

#### ***Контрольные вопросы***

1. Этиология и патогенез хронических колитов.
2. Классификация хронических колитов.
3. Клиника хронических колитов.
4. Лечение и профилактика хронических колитов.
5. Синдром раздраженного кишечника.

#### ***Задания для самоподготовки***

1. Для неспецифического язвенного колита в фазе обострения характерно
  - а. запоры
  - б. поносы
  - в. стул с примесью крови и слизи
  - г. схваткообразные боли в животе
  - д. ложные позывы (тенезмы)
2. Для подтверждения диагноза неспецифического язвенного колита применяется
  - а. ректороманоскопия
  - б. фиброколоноскопия с биопсией слизистой
  - в. копрограмма
  - г. ирригоскопия
3. В клиническом анализе крови у больного неспецифическим язвенным колитом характерны
  - а. гипохромная анемия
  - б. гиперхромная макроцитарная анемия
  - в. лейкоцитоз
  - г. лейкопения
  - д. сдвиг лейкоцитарной формулы влево
4. При неспецифическом язвенном колите прямая и сигмовидная кишка поражаются
  - а. до 95% случаев
  - б. до 50% случаев
  - в. до 25% случаев
5. К осложнениям неспецифического язвенного колита относятся
  - а. сепсис
  - б. токсическая дилатация толстой кишки
  - в. перфорация толстой кишки
  - г. межкишечные свищи
  - д. стоматит, парадонтоз
6. Боли в животе и понос с примесью крови и слизи характерны
  - а. для сальмонеллеза
  - б. для неспецифического язвенного колита
  - в. для дизентерии
  - г. для болезни Крона
  - д. для рака толстой кишки
7. Наиболее типичной локализацией патологического процесса при болезни Крона является

- а. перианальная область
  - б. поперечноободочная кишка
  - в. пищевод
  - г. желудок
  - д. терминальный отдел подвздошной кишки
8. К симптомам, при наличии которых можно предположить болезнь Крона тонкой кишки, относятся
- а. неустойчивый стул
  - б. длительная субфебрильная температура, необъяснимая заболеваниями других внутренних органов
  - в. тенезмы
9. Лечение хронических атонических запоров функциональной природы включает в себя
- а. щадящую диету (кисели, макароны, манная каша)
  - б. диету, богатую клетчаткой, отруби
  - в. препараты крушины, сены, ревеня или другие слабительные средства
  - г. психотерапию
  - д. физиотерапию, лечебную физкультуру
10. Диагноз функционального расстройства толстой кишки ставится методом исключения органических заболеваний желудочно-кишечного тракта. Данное утверждение
- а. правильно
  - б. неправильно
11. Факторами, предрасполагающими к функциональным расстройствам толстой кишки, считаются
- а. гиподинамия
  - б. дефицит в рационе пищевых волокон
  - в. употребление с пищей продуктов, богатых клетчаткой
  - г. кишечные инфекции
  - д. психоэмоциональные нарушения
12. При синдроме раздраженной кишки лечение поносов включает в себя
- а. кисло-молочные продукты, достаточное количество клетчатки
  - б. психотерапию
  - в. лоперамид (имодиум) или кодеин
  - г. карбонат кальция
  - д. М-холинолитики



13. Для гипермоторной дискинезии толстой кишки характерны
- а. поносы, меняющиеся запорами (неустойчивый стул, «овечий» кал)
  - б. кровь и слизь в кале
  - в. фобии, депрессивные состояния
  - г. сфинктерит
14. Для гипомоторной дискинезии толстой кишки характерны
- а. кровь и слизь в кале
  - б. атонические запоры
  - в. поносы
  - г. тупые боли в животе
  - д. упорные головные боли

### **Занятие 17**

## ***ОСТРЫЙ И ХРОНИЧЕСКИЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ ХРОНИЧЕСКАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ***

### *Контрольные вопросы*

1. Причины перехода острого нефрита в хронический и критерии диагностики острого и хронического нефрита.
2. Классификация хронических нефритов и особенности клинических проявлений различных форм нефритов.
3. Лечение острого и хронического нефрита, профилактика обострений, трудоустройство больных, диспансеризация.
4. Профилактика и лечение нефротического синдрома.
5. Определение ХПН.
6. Этиология и патогенез ХПН.
7. Причины развития ХПН.
8. Стадии ХПН.

### ***Задания для самоподготовки***

1. Этиология, патогенез ГН.
2. Определение ГН.
3. Современная классификация ГН.
4. Клинические проявления ГН.
5. Методы диагностики (лабораторные и инструментальные).
6. Дифференциальный диагноз по ведущему клиническому синдрому.
7. Профилактика ГН.
8. Клинические синдромы при ХПН.
9. Лечение ХПН (медикаментозное и немедикаментозное).

## 10. Принципы профилактики развития ХПН.

1. К факторам возникновения иммунного гломерулонефрита относятся
  - а. переохлаждение
  - б. травма
  - в. яды насекомых
  - г. вакцинации
  - д. стрептококковая инфекция
2. Развитие острого гломерулонефрита возможно после
  - а. ангины
  - б. малярии
  - в. стрептококкового импетиго
  - г. вирусного гепатита
  - д. ветряной оспы
3. Для острого постстрептококкового гломерулонефрита характерны
  - а. гематурия
  - б. артериальная гипертензия
  - в. кожный зуд
  - г. олигурия
  - д. отеки
  - е. протеинурия
4. При остром гломерулонефрите могут наблюдаться
  - а. сердечная астма
  - б. острая почечная недостаточность
  - в. эклампсия
  - г. гипокалиемия
  - д. уменьшение размеров почек
  - е. хроническая почечная недостаточность
5. Течение острого постстрептококкового гломерулонефрита у взрослого характеризуется
  - а. спонтанным выздоровлением в 50% случаев
  - б. летальным исходом в 50% случаев
  - в. переходом в хронический гломерулонефрит в 50% случаев
6. Для обострения гломерулонефрита характерны
  - а. повышение уровня комплемента
  - б. нарастание суточной протеинурии
  - в. снижение уровня комплемента
  - г. быстрое снижение функции почек
7. Для гломерулонефрита с минимальными изменениями (липоидного нефроза) справедливо
  - а. заболевание может развиваться у ребенка в возрасте 3 года
  - б. заболевание имеет клинически характерную картину развивающегося нефротического синдрома
  - в. применение глюкокортикоидов не является эффективным

- г. заболевание может давать спонтанные ремиссии
8. Для подтверждения стрептококковой этиологии острого гломерулонефрита необходимо использовать
- а. выделение культуры стрептококка из зева
  - б. определение титра антистрептолизина-О и антистрептокиназы в динамике
  - в. определение содержания комплимента в крови в динамике
  - г. посев мочи
9. Гематурия является характерным симптомом
- а. опухолей почек
  - б. мочекаменной болезни
  - в. хронического пиелонефрита
  - г. амилоидоза почек
  - д. острого постстрептококкового гломерулонефрита
10. Повышение относительной плотности мочи может наблюдаться
- а. при неконтролируемом сахарном диабете
  - б. при снижении почечной перфузии при интактном механизме концентрации мочи
  - в. при идиопатическом несахарном диабете
  - г. при хронической почечной недостаточности
11. Для уремии характерны следующие изменения в электролитном составе крови
- а. гиперфосфатемия
  - б. гипокалиемия
  - в. гиперкалиемия
  - г. гипокальциемия
  - д. гиперкальциемия
12. При уремии со стороны костей могут наблюдаться следующие изменения
- а. остеомаляция
  - б. фиброзный остеит
  - в. остеопороз
  - г. нарушение роста костей у детей
  - д. переломы
13. Возникновению судорог при хронической почечной недостаточности способствуют
- а. ацидоз
  - б. алкалоз
  - в. гипокальциемия
  - г. гиперкальциемия
14. Для хронической почечной недостаточности характерны следующие клинические проявления
- а. головные боли

- б. кожный зуд
- в. тошнота
- г. потливость
- д. никтурия

## Занятие 18

### **ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫЕ, АПЛАСТИЧЕСКИЕ, В<sub>12</sub>- И ФОЛИЕВО-ДЕФИЦИТНЫЕ АНЕМИИ**

#### **Контрольные вопросы**

1. Этиология и патогенез железодефицитных анемий.
2. Классификация железодефицитных анемий.
3. Клиника железодефицитных анемий.
4. Лечение и профилактика железодефицитных анемий.
5. Апластические анемии.
6. В<sub>12</sub>—фолиево-дефицитные анемии.

#### **Задания для самоподготовки**

1. Причинами развития В<sub>12</sub> – дефицитной анемии могут быть
  - а. беременность
  - б. атрофический гастрит
  - в. рак желудка
  - г. гастроэктомия
2. К развитию фолиево – дефицитной анемии могут приводить
  - а. алкоголизм
  - б. вегетарианство
  - в. глистная инвазия
  - г. применение противосудорожных препаратов
  - д. гемолиз
  - е. синдром мальабсорбции
3. Среди перечисленных утверждений справедливыми относительно В<sub>12</sub> – дефицитной анемии являются
  - а. часто возникают на фоне атрофического гастрита
  - б. параллельно с анемией прогрессируют явления фуникулярного миелоза
  - в. кровотечение – мегалобластическое
  - г. эффективно лечение витамином В<sub>12</sub>
  - д. анемия гипохромная
4. Среди перечисленных утверждений справедливыми относительно железодефицитной анемии являются
  - а. железодефицитная анемия – самое частое гематологическое

- нарушение
- б. повышение потери железа – основная причина дефицита железа
  - в. кровотечение из желудочно – кишечного тракта – ведущая причина дефицита железа у мужчин
  - г. атрофический гастрит приводит к дефициту железа
  - д. ювенильный хлороз встречается у юношей и девушек
5. К апластической анемии могут приводить
- а. ионизирующая радиация
  - б. прием левомицетина
  - в. прием цитостатиков
  - г. прием бензола
  - д. прием карбоната лития
6. После гастрэктомии следует предполагать
- а. железодефицитную анемию
  - б. В<sub>12</sub>- дефицитную анемию
  - в. фолиеводефицитную анемию
  - г. гемолитическую анемию
7. Развитие ретикулоцитоза после назначения витамина В<sub>12</sub> можно ожидать
- а. на 10 – 12 сутки
  - б. на 1 – 2 сутки
  - в. на 4 – 5 сутки
8. Лейкопения встречается
- а. при железодефицитной анемии
  - б. при В<sub>12</sub> – дефицитной анемии
  - в. при гемолитической анемии
  - г. при фолиево – дефицитной анемии
9. Причинами увеличения содержания ретикулоцитов в анализе крови могут быть
- а. кровотечение
  - б. гемолитическая анемия
  - в. удаление селезенки
  - г. апластическая анемия

## Занятие 19

### ***ОСТРЫЕ И ХРОНИЧЕСКИЕ ЛЕЙКОЗЫ***

#### ***Контрольные вопросы***

1. Клиника острого лейкоза.
2. Изменение крови и костного мозга при остром лейкозе.

3. Профилактика и лечение острого лейкоза.
4. Хронический миелолейкоз.
5. Хронический лимфолейкоз.

### ***Задания для самоподготовки***

1. Основные причины развития лейкозов.
2. Современная теория возникновения лейкозов.
3. Классификация острых и хронических лейкозов.
4. Клинические проявления лейкозов.
5. Лабораторные критерии диагностики лейкозов.
6. Принципы лечения острых и хронических лейкозов.
  1. Для хронического лимфолейкоза характерны
    - а. гипо-γ-глобулинемия
    - б. гемолитическая анемия
    - в. тромбоцитопения
    - г. повышенная чувствительность к укусам насекомых
    - д. рецидивирующие инфекции
  2. К наиболее характерным признакам хронического миелолейкоза в хронической фазе (развернутая стадия) относятся
    - а. лейкоцитоз
    - б. увеличение селезенки
    - в. боли в костях
    - г. лихорадка
  3. В анализе крови у пациента выявляется лейкоцитоз до  $20 \times 10^9/\text{л}$ , резкий сдвиг влево до метамиелоцитов. Возможными причинами подобных изменений могут быть
    - а. хронический миелолейкоз
    - б. хронический лимфолейкоз
    - в. системная красная волчанка
    - г. пневмония
    - д. миеломная болезнь
  4. У больного с хроническим лимфолейкозом при контрольной рентгенографии органов грудной клетки выявлен диссеминированный процесс с преимущественной локализацией в верхних отделах. В первую очередь следует думать
    - а. о туберкулезе
    - б. о карциноматозе
    - в. о специфической инфильтрации
  5. У больного выявлено: анемия и тромбоцитопения, нормобласты в периферической крови, сдвиг формулы крови влево до метамиелоцитов. Подобная картина встречается
    - а. при гипопластической анемии
    - б. при карциноматозе костного мозга

- в. при миелофиброзе
  - г. при хроническом миелолейкозе
  - д. при хроническом лимфолейкозе
6. К характерным признакам миеломной болезни относятся
- а. костные деструкции
  - б. анемия
  - в. лимфоаденопатия
  - г. почечная недостаточность
  - д. тромбоцитопения
7. В отношении лимфоаденопатий справедливо
- а. у здорового человека паховые лимфатические узлы могут достигать 2 см
  - б. лимфоаденопатия у детей чаще, чем у взрослых, связана с тяжелыми лимфопролиферативными заболеваниями
  - в. биопсия лимфатического узла показана при наличии одного и более вновь появившихся лимфоузлов более 1 см в диаметре первично неизвестной причины
8. Для миеломной болезни типично
- а. увеличение общего белка в сыворотке крови
  - б. увеличение количества плазматических клеток в костном мозге (более 100%)
  - в. М-компонент на электрофорезограмме сыворотки или мочи
  - г. увеличение СОЭ
  - д. анемия
  - е. гиперхолестеринемия как следствие костных деструкций
9. Для костных поражений при миеломной болезни характерно
- а. боли в спине и в ребрах, усиливающиеся при движении
  - б. ночные боли в костях
  - в. поражение плоских костей
  - г. патологические переломы
  - д. гиперкальциемия как следствие костных деструкций
10. Абсолютным эритроцитозом могут сопровождаться
- а. болезнь Вакеза
  - б. хронический обструктивный бронхит
  - в. гипернефрома
  - г. длительный прием диуретиков

## Занятие 21

### **САХАРНЫЙ ДИАБЕТ**

#### ***Контрольные вопросы***

1. Этиология сахарного диабета 1 типа: роль вирусной инфекции и

аутоиммунных процессов. Наследственность.

2. Этиология сахарного диабета 2 типа: роль резистентности рецепторов к инсулину, контринсулярных гормонов, наследственности, ожирения, гиподинамии.

3. Факторы риска сахарного диабета.

4. Патогенез клинических симптомов сахарного диабета.

5. Степени тяжести заболевания, компенсация и декомпенсация сахарного диабета.

6. Дифференциальный диагноз сахарного диабета.

### ***Задания для самоподготовки***

1. Как классифицируется в настоящее время сахарный диабет?

2. Особенности сахарного диабета 1 и 2 типов.

3. Патогенез клинических синдромов сахарного диабета.

4. Определение степени тяжести сахарного диабета.

5. Критерии компенсации сахарного диабета 1 типа и 2 типа.

6. Лабораторные методы исследования нарушений углеводного обмена при сахарном диабете.

1. Инсулин стимулирует депонирование углеводов в форме

а. глюкозы

б. лактозы

в. гликогена

г. сахарозы

д. глюкозаминогликанов

2. У больного сахарным диабетом часто встречаются

а. кожный зуд

б. витилиго

в. красный плоский лишай

г. ксантелазмы

3. Диагноз гестационного сахарного диабета правилен

а. если сахарный диабет имел место только во время беременности

б. если во время беременности выявлена глюкозурия

в. если во время беременности течение длительно текущего диабета ухудшилось

г. если длительно существующий диабет был выявлен во время беременности

4. Наиболее вероятной причиной слепоты у больного, длительно страдающего сахарным диабетом, является



- а. глаукома
  - б. катаракта
  - в. пролиферирующая ретинопатия
  - г. атрофия зрительных нервов
  - д. автономная нейропатия
5. При обращении больного сахарным диабетом с жалобами на анорексию, тошноту, боли в животе следует
- а. рекомендовать голодание
  - б. заподозрить диабетический кетоацидоз
  - в. рекомендовать прием антацидов и дальнейшее врачебное наблюдение
6. Гипогликемия у больного сахарным диабетом может быть вызвана
- а. введением неадекватно большой дозы инсулина
  - б. приемом алкоголя
  - в. приемом сульфаниламочевинных препаратов
  - г. приемом бигуанидов
7. Больная 56 лет обратилась к врачу с жалобами на потерю чувствительности в ногах по типу «чулок», снижение зрения. Из анамнеза – в течение 20 лет больная страдает сахарным диабетом. В отношении данной больной в первую очередь необходимо
- а. направить на консультацию к нейрохирургу
  - б. увеличить дозы сахароснижающих препаратов и назначить повторный осмотр через месяц
  - в. провести ангиографию нижних конечностей, поскольку имеющиеся жалобы скорее всего обусловлены атеросклеротическим поражением сосудов
  - г. расценить имеющиеся клинические проявления как возможные осложнения сахарного диабета
8. Больной 30 лет, страдающий сахарным диабетом I типа, обнаружен в коматозном состоянии через 3 часа после введения инсулина. Какое мероприятие необходимо выполнить в первую очередь
- а. снять ЭКГ
  - б. ввести 5% раствор глюкозы
  - в. ввести инсулин (10-20 ЕД)
  - г. исследовать уровень креатинина, электролитов и глюкозы крови
  - д. ввести 20 мл 40% раствора глюкозы

## Занятие 22

### ***ТИРЕОТОКСИКОЗ ДИФФУЗНЫЙ ТОКСИЧЕСКИЙ ЗОБ***

#### ***Контрольные вопросы***

1. Этиология и патогенез диффузного токсического зоба.
2. Симптомы тиреотоксикоза.
3. Лечение и профилактика диффузного токсического зоба.
4. Этиология и патогенез эндемического зоба.
5. Клинические проявления эндемического зоба.
6. Профилактика эндемического зоба.

#### ***Задания для самоподготовки***

1. Роль аутоиммунных механизмов в развитии диффузного токсического зоба
2. Обоснование диагноза по клиническим данным с указанием степени тяжести тиреотоксикоза и степени увеличения щитовидной железы
3. Провести дифференциальный диагноз диффузного токсического зоба
  - по клиническим симптомам тиреотоксикоза: с ревматизмом, миокардитом, митральным стенозом, ИБС (аритмическая форма), вегетососудистой дистонией, туберкулезом
  - по изменениям щитовидной железы: с узловым зобом, раком щитовидной железы, аутоиммунным тиреоидитом, эндемическим зобом
4. Какие параклинические методы исследования применяются для оценки функциональных и морфологических изменений щитовидной железы?
5. Лечение диффузного токсического зоба (радикальное и медикаментозное).
6. Патогенез и клиника тиреотоксического криза и неотложная терапия этого состояния.

1. Тиреотоксический синдром может встречаться
  - а. при диффузном токсическом зобе
  - б. при зобе Хашимото
  - в. при подостром тиреоидите
  - г. при первичной атрофии щитовидной железы
  - д. при ТТ-секретирующей опухоли гипофиза
2. Характерными клиническими проявлениями тиреотоксикоза являются
  - а. снижение массы тела

- б. повышенная раздражительность
  - в. сонливость
  - г. запоры
  - д. стойкая тахикардия
3. Все перечисленные утверждения в отношении тиреотоксического криза являются верными, за исключением
- а. хирургическое вмешательство и инфекции могут спровоцировать тиреотоксический криз
  - б. развитие криза связано с внезапным резким подъемом уровня тиреоидных гормонов в крови
  - в. при тиреотоксическом кризе эффективно назначение радиоактивного йода
  - г. в лечении криза целесообразно использование  $\beta$ -адреноблокаторов
  - д. в терапии криза целесообразно применение препаратов неорганического йода
4. Характерным осложнением применения мерказолила в лечении тиреотоксикоза является
- а. гипокалиемия
  - б. повышение уровня креатинина и мочевины в крови
  - в. снижение числа нейтрофилов и развитие агранулоцитоза
  - г. гиперкалиемия
  - д. гипокальциемия
5. Для диагноза подострого тиреоидита характерно наличие всех симптомов, за исключением
- а. повышения температуры тела
  - б. ускорения СОЭ
  - в. снижения захвата  $J^{131}$  щитовидной железой
  - г. повышения захвата  $J^{131}$  щитовидной железой
  - д. болезненности при пальпации щитовидной железы
6. У больных с тиреоидитом Хашимото существует риск развития
- а. пернициозной анемии
  - б. системной красной волчанки
  - в. идиопатической аутоиммунной тромбоцитопении
  - г. синдрома Шегрена
7. У 30-летнего мужчины внезапно появилась боль в области шеи. Из анамнеза известно, что в течение 2-х недель у больного отмечалось повышение температуры и недомогание. При объективном осмотре определяется болезненность при пальпации щитовидной железы. Наиболее вероятно, что у больного

- а. болезнь Грейвса
  - б. болезнь де Кервена
  - в. болезнь Плюммера
  - г. тиреотоксический криз
  - д. рак щитовидной железы
8. У 40-летней женщины выявлен узел в левой доле щитовидной железы диаметром 3 см. Из анамнеза известно, что в детстве больная получала лучевую терапию по поводу лимфаденита. При биопсии узла обнаружены атипичные клетки. Оптимальной тактикой в отношении данной больной является
- а. назначение тиреоидных гормонов
  - б. оперативное вмешательство в связи с подозрением на рак щитовидной железы
  - в. назначение преднизолона
  - г. облучение щитовидной железы

## **ЗАЩИТА ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ. ЗАЧЕТНОЕ ЗАНЯТИЕ**