**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ**

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ**

**ГАУ АО ПОО «АМУРСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»**

**ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ**

**ПО** **ДИСЦИПЛИНЕ**

**«ПРОПЕДЕВТИКА КЛИНИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН»**

**СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 60101 «ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО»**

**ОПОП СПО (углубленная подготовка)**

Сборник заданий составлен в соответствии с требованиями ФГОС и рабочей программой дисциплины «Пропедевтика клинических дисциплин» преподавателем

**г. Благовещенск 2013 г.**

Рассмотрено на заседании «УТВЕРЖДАЮ»

Выпускающей ЦМК Экспертный совет

при информационно -

Протокол № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_2013 г. методическом центре

Председатель ЦМК \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ АМК

// « » 2013г.

**ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА**

Задания для самоподготовки, предназначенные для подготовки к практическим занятиям по пропедевтике клинических дисциплин, представлены в виде «слепых» графов, ситуационных задач по различным разделам.

Успешная работа над заданиями возможна не только при хорошем знании теоретического материала по данной дисциплине, но и предполагает умение устанавливать междисциплинарные связи.

Сборник не содержит эталонов ответа, задания выполняются в письменной форме при подготовке домашнего задания, проверка проводится на практическом занятии.

Предлагаемый сборник может быть использован как [учебно-методическое пособие](http://pandia.ru/text/category/uchebnie_posobiya/) не только при подготовке к занятиям, но и также для отработки пропущенных занятий.

В результате освоения дисциплины у обучающегося будут сформированы компетенции:

**общие компетенции (ОК 1 – 14),** включающими в себя способность (по углубленной подготовке):

ОК 1. Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.

ОК 2. Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их эффективность и качество.

ОК 3. Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность.

ОК 4. Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения возложенных на него профессиональных задач, а также для своего профессионального и личностного развития.

ОК 5. Использовать [информационно-коммуникационные технологии](http://pandia.ru/text/category/informatcionnie_tehnologii/) в [профессиональной деятельности](http://pandia.ru/text/category/professionalmznaya_deyatelmznostmz/).

ОК 6. Работать в [коллективе](http://pandia.ru/text/category/koll/) и команде, эффективно общаться
с коллегами, руководством, потребителями.

ОК 7. Брать ответственность за работу членов команды (подчиненных), за результат выполнения заданий.

ОК 8. Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, осознанно планировать и осуществлять повышение своей квалификации.

ОК 9. Ориентироваться в условиях частой смены технологий
в профессиональной деятельности.

ОК 10. Бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям народа, уважать социальные, культурные и религиозные различия.

ОК 11. Быть готовым брать на себя нравственные обязательства
по отношению к природе, обществу, человеку.

ОК 12. Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности.

ОК 13. Вести здоровый образ жизни, заниматься физической культурой и спортом для укрепления здоровья, достижения жизненных и профессиональных целей.

Фельдшер должен обладать **профессиональными компетенциями (ПК 1.1 - 1.7),**соответствующими основным [видам деятельности](http://pandia.ru/text/category/vidi_deyatelmznosti/):

**Диагностическая деятельность.**

ПК 1.1. Планировать обследование пациентов различных возрастных групп.

ПК 1.2. Проводить диагностические исследования.

ПК 1.6. Проводить диагностику смерти.

ПК 1.7. Оформлять медицинскую документацию.

В результате изучения профессионального модуля обучающийся должен:

**иметь практический опыт:**

•  обследования пациента;

•  интерпретации результатов обследования лабораторных и [инструментальных методов](http://pandia.ru/text/category/instrumentalmznie_i_matematicheskie_metodi/) диагностики, постановки предварительного диагноза;

•  заполнения истории болезни, амбулаторной карты пациента;

**уметь:**

•  планировать обследование пациента;

•  осуществлять сбор [анамнеза](http://pandia.ru/text/category/anamnez/);

•  применять различные методы обследования пациента;

•  формулировать предварительный диагноз в соответствии с современными классификациями;

•  интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов диагностики;

•  оформлять медицинскую документацию

**знать:**

•  топографию органов и систем организма в различные возрастные периоды;

•  биоэлектрические, биомеханические и [биохимические](http://pandia.ru/text/category/biologicheskaya_hiimya/) процессы, происходящие в организме;

•  основные закономерности развития и жизнедеятельности организма;

•  строение клеток, тканей, органов и систем организма во взаимосвязи с их функцией в норме и патологии;

•  основы регуляции физиологических функций, принципы обратной связи, механизм кодирования информации в центральной нервной системе;

•  методы клинического, лабораторного, инструментального обследования.

**СОДЕРЖАНИЕ.**

1.  Методы исследования системы органов дыхания.

3.  Методы исследования системы кровообращения.

4.  Методы исследования системы органов пищеварения.

5.  Методы исследования системы мочевыделения.

6.  Болезни эндокринной системы.

7.  Болезни органов кроветворения.

8.  Болезни костно-мышечной системы.

9.  Список литературы.

**1. Задания по обследованию больных заболеваниями органов дыхания.**

**1.1. Опишите синдромы.**

1. Синдром очагового уплотнения легочной ткани:
жалобы —

данные осмотра —

пальпация —

перкуссия —

аускультация —

2. Синдром наличия жидкости в плевральной полости:
жалобы —

данные осмотра —

пальпация —

перкуссия —

аускультация —

3.Синдром наличия воздуха в плевральной полости:
жалобы —

 данные осмотра —

пальпация —

перкуссия —

аускультация —

4.Синдром образования полости в легком:
жалобы —

данные осмотра—

пальпация —

перкуссия —

аускультация —

5.Синдром бронхиальной обструкции:
жалобы —

данные осмотра —

пальпация —

 перкуссия —

аускультация —

**1.2. Ситуационные задачи**

№ 1

При осмотре у больного выявлена бочкообразная грудная клетка.

Какой звук будет определяться при сравнительной перкуссии легких?

Как изменятся границы легких?

№ 2

Студент при аускультации больного с болями в грудной клетке выслушал шумы в обе фазы дыхания, напоминающие хруст снега под ногами.

Как называется данный аускультативный феномен?

Как отличить данный аускультативный феномен от сухих хрипов? крепи­тации?

№ 3

У больного при аускультации грудной клетки в нижних отделах легких с обеих сторон выслушиваются отрывистые звуки, напоминающие лопанье пузырьков, лучше прослушиваемые в фазу вдоха.
Как называется данный аускультативный феномен?

Назовите разновидности данного явления.

№ 4.

У больного на фоне ослабленного везикулярного дыхания выслушивается побочный дыхательный шум, напоминающий крепи­тацию или мелкопузырчатые [влажные](http://pandia.ru/text/category/vlazhnostmz/) хрипы. Шум не изменяется при покашливании. Назовите побочный дыхательный шум.

№ 5

В приемное отделение машиной скорой помощи из спор­тивного зала доставлен молодой человек, 23 лет, у которого во время подъема штанги появилась резкая боль в правой подключичной об­ласти, нарастающая одышка. При осмотре: правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. Голосовое дрожание резко ослаблено. При перкуссии определяется тимпанический звук. При аускультации выявлено значительное ослабление дыхания и бронхофонии.

О какой патологии можно думать?

№ 6

Пациента К. беспокоят боли в правой половине грудной клетки при глубоком вдохе, сухой кашель, субфебрильная температура
тела. Заболевание связывает с переохлаждением.

При объективном обследовании: правая половина грудной клет­ки отстает в акте дыхания, при пальпации голосовое дрожание усиле­но на стороне поражения, при перкуссии определяется тупой звук, при аускультации — бронхиальное дыхание.

Чем обусловлен болевой синдром:

а) поражением бронхов

б) поражением паренхимы легких

в) поражением плевры

г) переломом ребер

Какие данные аускультации легких не указаны:

а) жесткое дыхание

б) сухие свистящие хрипы

в) шум трения плевры

г) крепитация

№ 7

У пациента Л. внезапно возникла инспираторная одышка, свя­занная с чрезмерным физическим напряжением (подъемом тяжести).

При объективном обследовании: пациент занимает положение ортопноэ, отмечается умеренный диффузный цианоз кожных покро­вов, набухание шейных вен.

При осмотре правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания, голосовое дрожание отсутствует, при перкуссии грудной клетки тимпанический звук.

Какова причина одышки в данном случае:

а) эмфизема легких

б) пневмоторакс

в) гидроторакс

г) бронхоспазм

Что можно определить при аускультации над правым легким:

а) жесткое дыхание

б) бронхиальное дыхание

в) амфорическое дыхание

г) отсутствие дыхания

Какие дополнительные обследования необходимо выполнить для определения характера патологии в грудной клетке:

а) плевральную пункцию

б) исследование функции внешнего дыхания

в) бронхоскопию

г) рентгеноскопию легких

д) все перечисленное

№ 8.

У пациента П., 75 лет, при осмотре груд­ной клетки выявлено следующее: отмечается западение правой половины грудной клетки и отставание ее в акте дыхания. Признаки какого синдрома имеются у пациента:

1) жидкость или воздух в плевральной полости

2) обтурационный ателектаз

3) воспалительное уплотнение доли легкого

№ 9

У пациента Т., 52 лет, при осмотре: грудная клетка бочкообразной формы. Выявлен тупой эпигастральный угол, горизонтальное расположение ребер, над - и подключичные ямки сглажены. При пальпации: голосовое дрожание про­водится одинаково с обеих сторон, несколько ослаблено. При перкуссии: коробочный перкуторный звук. При аускулътации: над обоими легкими выслушивается одинако­вое ослабленное дыхание, побочных дыхательных шумов нет.

Что можно предположить у пациента:

а) полость в легком, связанная с бронхом

б) долевое воспалительное уплотнение легкого

в) эмфизема легких

г) сужение просвета бронхов вязким экссудатом

№ 10

У пациента Д., 45 лет, при осмотре обнаружено: небольшое отставание правой половины грудной клетки в дыхании.

При пальпации: голосовое дрожание усилено. При перкуссии – тимпанический звук. При аускулътации: амфорическое дыхание, крупнопузырчатые [влажные](http://pandia.ru/text/category/vlazhnostmz/) хрипы.

Что можно предположить у пациента у пациента:

а) сужение просвета бронхов вязким экссудатом

б) закрытый пневмоторакс

в) полость в легком, связанная с бронхом

г) очаговое воспалительное уплотнение

№11

У пациента Г., 38 лет, при осмотре обнаружено: небольшое отставание правой половины грудной клетки в дыхании.

При пальпации: голосовое дрожание усилено. При перкуссии: притупление перкуторного звука. При аускультации выслушивается жесткое дыхание, влажные среднепузырчатые хрипы.

Что можно предположить у пациента:

а) сужение просвета бронхов вязким экссудатом

б) очаговое воспалительное уплотнение

в) полость в легком, связанная с бронхом

г) долевое воспаление

д) гидроторакс

№ 12

У пациента на фоне бронхиального дыхания выслушивается побочный дыхательный шум, который не исчезает при покашливании и усиливается при надавливании фонендоскопом на грудную клетку.

Что это за шум:

а) влажные хрипы

б) шум трения плевры

в) крепитация

г) сухие хрипы

№ 13

У пациента на фоне ослабленного везикулярного дыхания выслушивается побочный дыхательный шум, который не исчезает при покашливании и не усиливается при надавливании фонендоскопом на грудную клетку.

Что это за шум:

а) влажные хрипы

в) крепитация

г) сухие хрипы

**2. Задания по обследованию больных с заболеваниями органов кровообращения**

1. У больного приступ сердечной астмы.

а) Дайте определение понятию «[астма](http://pandia.ru/text/category/astma/)».

б) Перечислите возможные жалобы.

в) Опишите положение больного, выражение его лица.

г) Перечислите заболевания, при которых наблюдается дан­ное осложнение.

2. У больного приступ стенокардии.

а) Назовите причины стенокардии.

б) Дайте подробную характеристику боли.

в) Опишите положение больного и выражение его лица.

3. Констатированы застойные явления в малом круге крово­обращения.

а) Перечислите жалобы и данные осмотра, характерные для этого состояния.

б) Назовите патологию, которая обусловливает указанный синдром.

4.Констатирована хроническая недостаточность кровообращения III степени.
Перечислите критерии диагностики (по данным расспроса, осмотра, пальпации).

5. Здоровый человек.

а) Охарактеризуйте его пульс.

б) Перечислите основные свойства пульса.

**2.1. Ситуационные задачи**

№ 1.

В отделение поступила больная М, 78 лет, с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке, отеки нижних конечностей, приступы удушья в ночное время.

При осмотре: лицо одутловатое, кожа желтовато-бледная с вы­раженным цианозом губ, кончика носа, ушей, рот полуоткрыт, глаза тусклые.

Какие объективные данные можно получить при обследовании этой больной?

№ 2.

В приемный покой машиной скорой помощи доставлена боль­ная В., 80 лет, с жалобами на удушье, увеличение Живота в объеме, с отеками нижних конечностей.

При осмотре: верхушечный толчок в IV межреберье по передней подмышечной линии, разлитой, сильный. Сердечный толчок и эпигастральная пульсация не выявляются. Границы относительной тупости сердца: правая 0 на 1 см вправо от края грудины в IV межреберье, ле­вая — по передней подмышечной линии в V межреберье. Об изменении каких отделов сердца свидетельствуют выявленные данные?

№ 3

Больной 60 лет поступил с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке и в покое, увеличение живота в объеме отеки нижних конечностей.

Объективно: положение ортопноэ, набухание шейных вен, асцит, отеки на ногах, пульс 100 в 1 мин, АД 90/60 мм рт. ст. Над нижним отделами легких определяется укорочение перкуторного звука, дыхание не выслушивается.

О недостаточности какого отдела сердца можно думать?

№ 4.

У пациентки Р. 62 лет в течение 2-х месяцев возникают перебои в работе сердца.

Данные объективного обследования: пульс аритмичный, 72 в 1 минуту, ЧСС 95 в минуту. Тоны сердца приглушены, аритмичные, на ЭКГ зубец Р не определяется, интервалы R-R неодинаковой продолжительности.

О каком нарушении ритма свидетельствуют результаты обследования?

№ 5.

Пациент Б. предъявляет жалобы на одышку, сердцебиение, кровохарканье при незначительной физической нагрузке. В [анамнезе](http://pandia.ru/text/category/anamnez/) частые [ангины](http://pandia.ru/text/category/angina/) в детстве. Данное ухудшение состояния после очеред­ного простудного заболевания.

При объективном обследовании: акроцианоз. При пальпации вер­хушечный толчок ослаблен, ограничен, смещен кнутри, определяется симптом «кошачьего мурлыканья».

Перкуторно правая граница от­носительной тупости сердца определяется по правому краю грудины, верхняя — на уровне 2 ребра слева от грудины, левая — в 5 межреберье на 2 см кнутри от левой средне-ключичной линии. При аускультации сердца: ритм «перепела», диастолический шум на верхушке сердца.

Что такое «ритм перепела»:

а) раздвоение I тона

б) раздвоение II тона (щелчок открытия митрального клапана)

в) изменение тонов сердца и систоло-диастолический шум

Об изменении каких отделов сердца можно думать в первую оче­редь:

а) правого предсердия и правого желудочка

б) левого предсердия и правого желудочка

в) левого предсердия и левого желудочка

г) левого и правого желудочков

Каковы наиболее информативные дополнительны методы обсле­дований:

а) ЭКГ

б)ФКГ

в) ЭХО-КГ

г) рентгенологическое исследование сердца

№ 6

Пациент К. предъявляет жалобы на головокружение, сердцебиение, частые обморочные состояния.

При объективном обследовании: бледность кожных покровов, выраженная пульсация сонных артерий. При пальпации верхушечный толчок смещен влево и вниз, высокий, разлитой. При перкуссии границы относительной тупости сердца: правая — в IV межреберье на 1 см от правого края грудины, верхняя — на уровне 3 ребра слева от грудины, левая — в V межреберье на 2 см кнаружи от левой средне-ключичной линии. При аускультации: I тон ослаблен, выслушивается систолический шум в 5 точке, который усиливается в вертикальном положении, акцент II тона на легочной артерии.

Об изменении какого отдела сердца можно думать в первую очередь:

а) правого предсердия

б) левого предсердия

в) левого желудочка

г) правого желудочка

Какие начальные симптомы недостаточности кровообращения отмечаются у пациента:

а) отеки на ногах

б) асцит

в) одышка, удушье

г) увеличение печени

№ 7.

У пациента К. при осмотре области сердца обнаружен видимый на глаз сердечный толчок эпигастральная пульсация. Верхушечный толчок не определяется.

При пальпации: верхушечный толчок расположен в V межреберье на 1 см кнутри от левой средне-ключичной линии, обычный.

Признаки какого синдрома имеются у пациента:

а) гипертрофия и дилатация левого желудочка

б) гипертрофия и дилатация правого желудочка

в) гипертрофия и дилатация левого и правого желудочков

№ 8. У пациента А. при перкуссии сердца выявлено:

границы относительной тупости сердца:
правая — на 1 см вправо от края грудины

верхняя — верхний край III ребра

левая — по передней подмышечной линии

границы абсолютной тупости сердца:

правая — левый край грудины
верхняя — IV ребро
левая — на 2 см кнутри от передней подмышечной линии

Признаки какого синдрома имеются у пациента:

а) дилатация левого желудочка

б) дилатация правого желудочка

в) дилатация левого и правого желудочков

г) дилатация левого предсердия

№ 9

У пациента М., при перкуссии сердца выявлено:

границы относительной тупости сердца:
правая — на 3,5 см вправо от края грудины

верхняя — верхний край II ребра

левая — на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии

границы абсолютной тупости сердца:
правая — на 1 см вправо от края грудины
верхняя — верхний край III ребра

левая — на 1 см кнутри от левой средне-ключичной линии

Признаки какого синдрома имеются у пациента:

а) дилатация левого желудочка

б) дилатация правого желудочка

в) дилатация левого и правого желудочков

г) дилатация левого предсердия

д) дилатация левого предсердия и правого желудочка

е) дилатация левого предсердия и левого желудочка

г) расширение вен верхних конечностей.

**3. Задания по обследованию больных заболеваниями органов пищеварения.**

**3.1. Опишите синдромы.**

**Синдром желудочной диспепсии:**

жалобы –

данные осмотра —

пальпация —

дополнительные исследования —

**Синдром кишечной диспепсии (**нарушения переваривания и всасывания)**:**

жалобы -

анамнез —

данные осмотра —

пальпация —

дополнительные исследования —

**Синдром кровотечения из ЖКТ:**

жалобы -

анамнез —

данные осмотра —

пальпация —

дополнительные исследования —

**Синдром желтухи:**

жалобы -

причины –

механизм развития –

клинические проявления -

дополнительные исследования —

**Синдром «острого живота»:**

жалобы--

анамнез -

данные осмотра -

пальпация -

дополнительные исследования -

**Синдром печеночной недостаточности:**

причины —

механизм развития —

анамнез —

клинические проявления —

дополнительные исследования —

**3.2. Ситуационные задачи**

№1. Больной жалуется на затруднение прохождения пищи по пище­воду, ощущение «комка в горле», чувство саднения и жжения.

а) Назовите данный симптом.

б) Перечислите причины его возникновения.

в) Перечислите признаки, позволяющие предположить функциональный характер поражения.

№ 2. Больной жалуется на кислую отрыжку и изжогу. В то же вре­мя при анализе желудочного содержимого выявлено не повышение, а снижение секреторной активности желудка.

а) Объясните, с чем связана изжога.

б) Укажите, какие признаки характеризуют изжогу при гипо - и гиперсекреторных гастритах.

№ 3. Больной страдает желудочной диспепсией.

а) Перечислите ее симптомы.

б) Дайте их латинское название.

№ 4. У больного отмечается обильная рвота мало измененной пищей, с примесью слюны и слизи, без рвотных движений.

а) Для поражения какого отдела желудочно-кишечного тракта характерен этот симптом?

б) Уточните, в какое время (по отношению к приему пищи) наступает рвота.

в) Дайте определение ранней и поздней рвоте.

г) Перечислите заболевания, при которых рвота наступает через 10—15 минут после еды, через 2—3 часа, 4—6 часов после еды.

№ 5. Больной страдает язвенной болезнью 12-перстной кишки в течение 15 лет. Около года его стала беспокоить постоянная отрыжка тухлым, чувство тяжести и распирания в эпигастральной области, а затем присоединилась рвота плохо переваренной пищей, съеденной накануне.

а) Опишите признаки, выявленные при общем осмотре такого больного.

б) Что можно отметить при осмотре живота?

в) Назовите результаты исследований желудочного содержи много фракционным методом.

г) Определите симптомокомплекс, которому соответствуют указанные изменения и с нарушением какой функции желудка они связаны.

№ 6. Больной жалуется на интенсивные боли в эпигастральной области. Для их облегчения он нередко вызывает рвоту.

а) Назовите заболевания желудочно-кишечного тракта, при которых рвота уменьшает боль.

б) Приведите примеры состояний, когда рвота не облегчает боль.

в) Какая рвота не сопровождается предшествующей тошно­той?

№ 7. У больного отмечается рвота с примесью крови.

а) Перечислите заболевания, которые сопровождаются ука­занным симптомом.

б) Какой симптом обязательно наблюдается у больного на следующий день после кровавой рвоты?

№ 8. У больного возникло кровотечение с выделением крови через рот.

а) Опишите, как отличить желудочное кровотечение от легочного (по цвету крови, примесям к ней, сопутствующим симптомам).

б) Какой дополнительный метод важен для постановки диагноза?

№ 9. Больной страдает болями в животе. Дайте подробную оценку названного симптома.

№ 10. Больной страдает кишечной диспепсией.

а) Перечислите признаки, составляющие это понятие.

б) Назовите их по-латыни.

№ 11. Больной жалуется на упорные запоры. Каловые массы выде­ляются в виде небольших плотных комочков («овечий кал»).

а) Уточните, о каком виде запора идет речь и при каких со­ стояниях он имеет место. Перечислите причины его появ­ления.

б) Какой вид запора характеризуется выделением плотных объемистых, колбасовидных фекальных масс?

№ 12. При микроскопическом исследовании каловых масс необхо­димо дать ответ на вопросы.

а) От чего зависит цвет кала?

б) Как изменяется окраска кала в зависимости от приема раз­ личных пищевых веществ?

в) Какие лекарства изменяют цвет кала?

г) Перечислите причины, вызывающие появление обесцве­ченного кала, каловых масс сероватого и черного цвета.

№ 13. У больного обильные, водянистые, пенистые каловые массы с кислым запахом, светло-желтого цвета, без гноя и слизи. Дефекация до пяти раз в сутки.

а) Определите, какой отдел желудочно-кишечного тракта по­ражен.

б) Опишите данные микроскопического исследования кала.

в) Характерна ли примесь крови для таких состояний?

№ 14. У больного при обострении хронического процесса наблюдаются боли в животе опоясывающего характера, частый обильный стул, метеоризм. При микроскопии кала выявлены непереваренные мышеч­ные волокна, много нейтрального жира.

а) При функциональной недостаточности какого отдела встречаются указанные нарушения?

б) Назовите термины, характеризующие появление в каловых массах непереваренных мышечных волокон и жира.

в) При таких состояниях иногда отмечается глюкозурия. Как ее можно объяснить?

№ 15. В стационар доставлен больной с приступом болей в животе типа «колики».

а) Дайте определение понятия «колика».

б) Перечислите виды колик.

в) Опишите иррадиацию болей при различных коликах.

г) Опишите отличие спастических болей от дистензионных.

№ 16. У больного отмечается обильный жидкий стул черного цвета.

а) Назовите этот симптом по-латыни и дайте его дословный перевод.

б) Уточните причины его возникновения.

в) Поражение каких отделов желудочно-кишечного тракта характеризуется проявлением этого признака?

г) Перечислите заболевания, дающие указанный симптом.

№ 17. Больной обратился к врачу с жалобами, характерными для заболевания желудочно-кишечного тракта.

а) Какие основные методы исследования необходимо приме­нять для выявления характера заболеваний?

б) Объясните, в каких положениях больного следует проводить пальпацию живота и почему.

№ 18. У больного отмечается увеличение живота.

а) Каковы возможные причины появления данного симптома?

б) Назовите метод, который наиболее важен для уточнения характера увеличения живота.

в) Опишите, как отличить асцит от метеоризма.

№ 19. Для исследования больного необходимо провести пальпацию живота.

а) Назовите виды пальпации.

б) Перечислите последовательность проведения поверхностной (ориентировочной) пальпации живота.

в) Перечислите симптомы, выявленные этим методом.

г) Назовите симптом напряжения мышц живота и дайте симптоматическую оценку.

№ 20. Пальпация живота по методу и называется глубокой методической скользящей.

а) Объясните каждое из этих определений.

б) Укажите порядок проведения данного вида пальпации.

№ 21. Больной К., 30 лет, поступил с жалобами на затруднение при глотании твердой пищи, рвоту, похудание. В [анамнезе](http://pandia.ru/text/category/anamnez/) отравление ще­лочами. При осмотре — бледность кожных покровов, истощение.

О поражении какого органа можно думать и почему?

№ 22

Больной Д., 35 лет, жалуется на сильные боли в эпигастральной области, возникающие обычно по ночам, под утро, на голодный желудок, уменьшающиеся после приема небольшого количества пищи, купируются приемом но-шпы. Для облегчения состояния пациент пьет раствор соды.

О поражении какого органа можно думать?

Признаки какого син­дрома имеются у больного?

Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

№ 23

Больной С, 42 лет, страдающий язвенной болезнью 12-перстной кишки, обратился за медицинской помощью в связи с появлением жидкого «дегтеобразного» стула, головокружения и выраженной сла­бости.

О каком неотложном состоянии можно думать и почему.

№ 24

Больная Н., 40 лет. Беспокоят изжога в подложечной обла­сти сразу после еды, черный дегтеобразный стул в течение двух дней.
В анамнезе язвенная болезнь. При осмотре бледность кожных по кровов.

О поражении какого органа можно думать?

Какова причина дегте­образного стула?

Есть ли признаки внутреннего кровотечения?

**№** 25

Пациент К., 35 лет, обратился с жалобами на острую интенсивную схваткообразную боль в левой подвздошной области в про­межности.

Боли сопровождаются позывами к дефекации, после которых выделяется небольшое количество слизи.

О патологии какого органа можно думать?

№ 26

Больной жалобы на поносы, в течение дня до четырех раз в сутки, обильные, а также боли по всему животу, субфебрильная тем­пература. В анамнезе — за день до заболевания съела недоброкачественную пищу. При осмотре языка — обложен белым налетом, живот вздут, [болезненность](http://pandia.ru/text/category/boleznennostmz/) при поверхностной пальпации по всему животу.
При глубокой пальпации сигмовидная кишка болезненная, спастиче­ски сокращена, урчит.

О поражении какого отдела желудочно-кишечного тракта можно думать?

№ 27

Больной М., 30 лет, доставлен машиной скорой помощи в приемное отделение с жалобами на сильные коликообразные боли в правом подреберье и эпигастрии с иррадиацией вверх, в правое плечо, однократную рвоту желчью, не приносящую облегчения. Заметил темную окраску мочи, обесцвеченный кал. Из анамнеза: заболевание связывает с употреблением в пищу жирного жареного мяса. При осмотре выявлено желтушное окрашивание склер, слизистых оболочек, кож­ных покровов с легким зеленоватым оттенком.

О поражении какого органа пищеварения свидетельствуют эти симптомы?

№ 28

Пациент Р., 26 лет, обратился с жалобами на рвоту, которая возникает через 1,5-2 часа после приема пищи, ей предшествует тошнота. После рвоты наступает облегчение. Рвотные массы имеют кис­лую реакцию, содержат частично переваренную пищу.

Какой характер рвоты в данной ситуации?

№ 29

Пациентка Л., 44 лет, жалуется на периодическую рвоту, не связанную с приемом пищи. В редких случаях рвоте может предшествовать тошноту, чаще возникает сразу. Рвота не приносит облегчения. Сопровождается головной болью, головокружением, слабостью.

Какой характер рвоты в данной ситуации?

№ 30

При осмотре больного отмечается увеличение живота, который принимает лягушачью форму, выпячивание пупка, выраженный рисунок подкожных вен. При перкуссии определяется изменение тимпанического звука на тупой в боковых отделах живота, изменение гра­ницы тупости в зависимости от положения больного.

О какой патологии можно думать по данным осмотра и пер­куссии?

№ 31

У больного Л., 42 лет, на фоне нарастающей слабости появилось желтушное окрашивание склер, темный цвет мочи. При осмотре выявлено желтушное окрашивание склер, уздечки языка, мягкого неба и кожных складок с оранжевым оттенком.

Пальпируется закругленный чувствительный край печени на 2 см ниже реберной дуги.

Признаки какого клинического синдрома имеются у данного больного?

Какие дополнительные лабораторные исследования необходимо провести для уточнений диагноза?

№ 32

Больной, 60 лет, поступил в клинику с жалобами на острые интенсивные боли в верхней половине живота, иррадиирущие в спи­ну (опоясывающие). Рвота не приносит облегчения. Имеется частый обильный стул, чередующийся с запорами, выраженный метеоризм.

Анализ кала: количество обильное, консистенция мазевидная, цвет сероватый, реакция щелочная. При микроскопии обнаружено умеренное количество непереваренных и большое количество слабо переваренных мышечных волокон, много нейтрального жира, умерен­ное количество клетчатки, немного крахмала.

При каком заболевании может отмечаться подобная картина кала?

О поражении какого органа пищеварения свидетельствуют эти симптомы?

№ 33

Больной, 45 лет, поступил в клинику с явлениями резких болей в правой половине живота, выраженной желтухой.

Анализ кала: цвет серовато-белый, консистенция мазеобразная, реакция кислая, стеркобилин не обнаружен, реакция на скрытую кровь отрицательная. Микроскопически выявлено большое количество жир­ных кислот и мыл, немного нейтрального жира, небольшое количество хорошо переваренных мышечных волокон.

Для какого вида желтухи характерна данная картина кала:

а) гемолитическая желтуха

б) механическая желтуха

в) паренхиматозная желтуха

№ 34

Больной, 48 лет, обратился в поликлинику с жалобами на периодически возникающие схваткообразные боли в животе, хронический запор, головные боли, раздражительность.

Результаты копрологического исследования: консистенция твер­дая, форма «овечьего кала», цвет коричневый, на поверхности слизь, реакция щелочная. При микроскопии обнаружены единичные обрыв­ки хорошо переваренных мышечных волокон, отсутствие жира, непереваренной клетчатки и крахмальных зерен. В окрашенных мазках из слизи присутствует цилиндрический эпителий и лейкоциты:

а) какие копрологические показатели характерны для запора;

б) можно ли на основании данного анализа кала говорить о на­рушении переваривания в кишечнике?

№ 35

Больная, 28 лет, поступила в клинику на обследование с жалобами на общую слабость, мучительное вздутие живота, понос, про­грессирующую потерю в весе. Стул 3—5 раз в сутки, обильный.

Копрологическая картина: кашицеобразная консистенция, цвет серовато-желтый с жирным блеском, положительная реакция на [билирубин](http://pandia.ru/text/category/bilirubin/). При микроскопическом исследовании обнаружено зна­чительное количество жирных кислот и мыл, умеренное количество нейтрального жира, небольшое количество мышечных волокон, пере­варимая клетчатка, значительное количество крахмала.

Недостаточность переваривания в каком отделе ЖКТ может дать подобную картину кала:

а)недостаточность переваривания в желудке

б)недостаточность поджелудочной железы

в)недостаточность переваривания в тонком кишечнике

№ 36

Пациент П., 32 лет, поступил с жалобами на боль в эпигастральной области, возникающую через 1,5—2 часа после приема пищи, а также в ночное время, изжогу, кислый привкус во рту, склонность к запорам. Боль купируется приемом антацидов.

Какое инструментальное обследование необходимо в данном случае:

а) рентгенологическое исследование легких

б) бронхоскопия

в) ирригоскопия

г) ректороманоскопия

д) фиброгастродуоденоскопия

Укажите обязательное исследование в данном случае:

а) клинический анализ крови;

б) клинический анализ мочи;

в) анализ мокроты

г) определение хеликобактерий

д) копрограмма

**4. Задания по обследованию больных с заболеваниями органов мочевыделения**

1. У больного отмечаются частые позывы к мочеиспусканию с выделением каждый раз небольшого количества мочи.

а) Назовите этот симптом.

б) Перечислите его причины.

в) Какими терминами обозначаются [болезненные](http://pandia.ru/text/category/boleznennostmz/) мочеиспу­скания и редкие мочеиспускания?

2. Больной за сутки выделяет 3500 мл мочи, причем днем 1000 мл, а в ночное время — 2500 мл.

а) Дайте оценку суточной мочи (количеству) и назовите этот симптом.

б) Укажите нормальное соотношение дневного и ночного количества мочи. Дайте оценку его у больного.

в) Дайте определение понятию «суточный диурез».

г) Перечислите экстраренальные и ренальные факторы, вы­зывающие подобные явления.

3. У больного имеет место уменьшение суточного количества мочи.

а) Назовите этот симптом.

б) Перечислите экстраренальные и ренальные факторы, вы­зывающие подобные явления.

в) Какие цифры суточного количества считаются пониженными?

4. Суточное количество выделяемой мочи составляет 50 мл.

а) Назовите этот симптом.

б) Как определить, связан ли он с нарушением деятельности почек или с задержкой мочи?

в) Перечислите экстраренальные и ренальные факторы, вызывающие отсутствие мочи.

5. У больного выделяется моча с фиксированным низким удельным весом (1004-1008),
а) Назовите этот симптом и дайте ему оценку.

б) Каким методом можно выявить низкий удельный вес, опишите принцип метода?

в) Назовите колебания удельного веса здорового человека.

6. У больного при исследовании мочи обнаружен белок.

а) Назовите этот симптом.

б) Перечислите причины появления белка в моче.

7. У больного при исследовании мочи обнаружен сахар 5%, аце­тон (++).

а) Назовите эти симптомы.

б) При каком заболевании обнаруживаются данные измене­ния чаще всего?

8. У больного суточное количество мочи 450 мл, колебания удельного веса в пробе по Земницкому 1003—1008.

а) Назовите эти симптомы.

б) О какой функции почек можно судить на основании пробы по Земницкому?

в) Дайте оценку выявленным изменениям.

9. Проводится исследование мочи здоровых людей с различной патологией.

а) Перечислите вещества, обусловливающие цвет мочи у здорового человека.

б) Объясните, когда появляется почти бесцветная моча, блед­ная моча, моча насыщенного цвета, цвета «пива» или креп­кого чая, молочно-белая моча, цвета «мясных помоев», почти черная моча.

в) Перечислите лекарственные вещества, изменяющие цвет мочи.

10. У больного выделяется моча цвета «мясных помоев».

а) Назовите этот симптом.

б) Укажите минимальное количество крови, придающее моче подобную окраску.

в) Опишите пробу, при проведении которой можно предположить источник кровотечения и дайте ей оценку.

г) Дайте определение понятия «ложная гематурия».

11. У больного диагностированы выраженные отеки вплоть до развития анасарки, асцита, гидроторакса. В анализах мочи протеинурия до 20 г/л.

а) Назовите этот синдром.

б) Опишите возможные изменения при исследовании сыво­ротки крови (содержание холестерина, общего белка и его фракций).

в) Что определяется в осадке мочи?

12. При исследовании пациента возникло предположение о нали­чии скрытых отеков.

а) Укажите, какими методами можно подтвердить указанное
предположение.

б) Опишите волдырную пробу Мак Клюра - Олдрича и дайте ее оценку.

13. У больного с заболеванием почек отмечаются отеки.

а) Объясните, почему почечные отеки вначале появляются на лице и на веках.

б) Отличите по внешним признакам почечные и сердечные отеки.

14. Проводится обследование здорового человека и больного с патологией почек.

а) Укажите положение пациента при обследовании.

б) Можно ли пальпировать почки у здорового человека?

в) Перечислите признаки того, что прощупываемое образование является почкой.

г) Назовите три степени опущения почек.

**4.2. Ситуационные задачи**

№ 1.

У больного подсчитано методом Нечипоренко 20 000 лейко­цитов, 2000 эритроцитов, 100 цилиндров в 1 мл мочи.

Как можно оценить данные результаты?

№ 2..

Пациент П., 43 лет, доставлен машиной скорой помощи в при­емное отделение с приступом интенсивных болей в правой поясничной области, иррадиирущих по ходу мочеточников в промежность, сопровождающихся болями при мочеиспускании, учащенное мочеиспускание, макрогематурия. Указанный приступ впервые.

О каком синдроме можно думать в данной ситуации?

№3.

Пациент Д., 24 лет, поступил с жалобами на тупую боль в поясничной области, головную боль, отечность лица (век), недомогание, общую слабость. Отмечает снижение суточного диуреза, При осмотре бледность и одутловатость лица. В общем анализе мочи: удельный вес 1028, белок 1,65 г/л, лейкоциты до 8 в поле зрения, эритроциты 10—15 в поле зрения, цилиндры гиалиновые, зернистые, восковидные; клетки почечного эпителия, кристаллы холестерина.

Признаки какого синдрома обнаруживаются у данного пациента?

№4.

Пациент Г., 33 лет, обратился с жалобами на тупые ноющие
длительные боли в поясничной области с обеих сторон, отеки на лице, головную боль. При объективном обследовании обнаружено повышенное артериальное давление.

О каком синдроме можно думать в данной ситуации?

№5.

Пациент К., 17 лет, клинический диагноз: острый гломерулонефрит. Резко ухудшилось состояние: появилась резкая головная боль, головокружение, ухудшение зрения, судороги, тошнота.

О каком клиническом синдроме можно думать при данной клинической ситуации?

№6.

Пациентка Ш., 28 лет, поступила с жалобами на острые ин­тенсивные постоянные боли в правой поясничной области, повыше­ние температуры тела до 38 °С, небольшие отеки под глазами. Боли появились после переохлаждения и длились около 5-7 дней. После лечения остаются тупые ноющие длительные боли в пояснице.

О каком синдроме можно думать в данной ситуации?

№7.

Пациент 3., 18 лет, поступил в связи с приступом резких очень интенсивных болей в правой поясничной области с иррадиацией вниз, в паховую область и мошонку. Боли начались внезапно 1 час назад и так­ же внезапно купировались в отделении после [инъекции](http://pandia.ru/text/category/intzektcii/) баралгина.

О каком синдроме можно думать в данной ситуации и почему?

**5. Задания по обследованию больных с заболеваниями органов кроветворения.**

**5.1.** **Опишите синдромы**.

**Синдром анемический:**

жалобы —

осмотр —

аускультация сердца —

клинический анализ крови —

**Лимфопролиферативный синдром:**

жалобы —

осмотр —

пальпация —

клинический анализ крови —

**Миелопролиферативный синдром:**

жалобы —

осмотр -

пальпация —

лабораторные исследования —

**Геморрагический синдром:**

жалобы —

осмотр -

лабораторные исследования —

**5.2. Подберите правильные ответы (а—е) на вопросы (1-6).**

1. Каковы основные функции гемоглобина?

2. Что такое цветовой показатель?

3. Какие физиологические факторы влияют на число эритро­цитов?

4. При каких видах терапии важно следить за появлением сим­птома лейкопении?

5. Чем объясняется увеличение СОЭ при большинстве инфекционных и воспалительных заболеваний?

6. Каков механизм возникновения лекарственных тромбоцитопений?

а. Белковыми сдвигами в сыворотке крови.

б. Перенос кислорода из легких к тканям, доставка углекислоты
от тканей в легкие.

в. В основном иммуно-аллергический, иногда токсический.

г. Возраст, пол, физическая и эмоциональная нагрузка, положе­ние тела, подъем на высоту, интенсивное потоотделение.

д. Содержание гемоглобина в одном эритроците.

е. При применении цитостатиков, лучевой терапии, приеме ами­допирина, бутадиона, сульфаниламидных препаратов.

**5.3. Отметьте патологию в следующих анализах крови**

а) эритроциты — 2,3 х 1012/л; б) эритроциты 4,2 х 1012/л;

гемоглобин — 80 г/л; гемоглобин — 140 г/л;

цветовой показатель — 1,0; цветовой показатель — 1,0;

лейкоциты — 6,8 х 109/л; лейкоциты — 16 х 109/л;

СОЭ — 12 мм в час СОЭ — 10 мм в час

в) эритроциты — 3,6 х 1012/л; г) эритроциты 3,1 х 1012/л; гемоглобин — 12 г/л; гемоглобин — 63 г/л;

цветовой показатель — 1,0; цветовой показатель — 0,6;

лейкоциты — 6,1 х 109/л; лейкоциты — 8 х 10/9л;

СОЭ — 60 мм в час СОЭ — 18 мм в час

д) эритроциты — 1,8 х 1012/л; е)эритроциты 5,0 х 1012/л;

гемоглобин — 71 г/л; гемоглобин — 134 г/л;

цветовой показатель — 1,2; цветовой показатель — 0,9;

лейкоциты — 3,7 х 109/л; лейкоциты — 6,7 х 109/л;

СОЭ — 38 мм в час СОЭ — 12 мм в час

ж) эритроциты — 3,8 х 1012/л; з)эритроциты 4,2 х 1012/л;

гемоглобин — 92 г/л; гемоглобин — 100 г/л;

цветовой показатель — 1,0; цветовой показатель — 0,9;

лейкоциты — 28 х 109/л; лейкоциты —15 х 109/л;

СОЭ — 35 мм в час СОЭ — 5 мм в час

**5.4. Проведите обследование, данные опишите в тетради.**

1. Проводится обследование [гематологического](http://pandia.ru/text/category/gematologiya/) больного.

а) Какие жалобы наиболее характерны для такого больного?

б) Опишите данные общего осмотра.

в) Что можно выявить при осмотре полости рта?

2.Проводится исследование гематологического больного.

а) Пальпация каких органов помогает в уточнении диагноза?

б) Что можно определить при постукивании по грудине и по
трубчатым костям?

3. У больного на коже и слизистых обнаруживаются мелкото­чечные кровоизлияния.

а) Назовите этот симптом.

б) Опишите, как их отличить от папул и розеол.

4. У больного снижение содержания гемоглобина и эритроцитов.

а) Перечислите виды [анемии](http://pandia.ru/text/category/anemiya/) в зависимости от их происхождения.

б) Назовите виды анемий в зависимости от цветового показа­теля.

**5.5. Ситуационные задачи**

№ 1

Пациент Г., 44 года, в течение месяца беспокоит слабость, температура до 37,8 °С. Лечился [антибиотиками](http://pandia.ru/text/category/antibiotik/) без эффекта. При иссле­довании бледность кожных покровов. В остальном без особенностей.

Анализ крови: гемоглобин 90 г/л, эритроциты 3 х 1012/л, лей­коциты 3,3 х 109/л, тромбоциты 100 х 109/л, СОЭ 40 мм/час. Какое исследование наиболее важно для уточнения диагноза:

а) стернальная пункция;

б) определение уровня сывороточного железа в крови;

в) подсчет лейкоцитарной формулы;

г)анализ кала на скрытую кровь;
д) ирригоскопия

№ 2

Пациентка П., 31 год. Обратилась в поликлинику с жалоба­ми на слабость, сердцебиение, субфебрильную температуру в течение двух месяцев. При объективном обследовании патологических изме­нений не найдено.

Анализ крови: гемоглобин 94 г/л, эритроциты 3 х 1012/л, лей­коциты 10 х 109/л, СОЭ 45 мм/час.

Какое исследование наиболее целесообразно провести сначала?

а) рентгеноскопию грудной клетки;

б) подсчет лейкоцитарной формулы;

в) исследование уровня железа сыворотки крови;

г) стернальную пункцию;

д) стационарное обследование и лечение?

№ 3

Пациентка Ч., 38 лет, поступила в клинику с жалобами на сла­бость, головокружение, сердцебиение. Считает себя больной в течение двух месяцев. При осмотре выявлена бледность кожных покровов и слизистых оболочек, сухость кожи, ломкость и расслоение ногтей.

В общем анализе крови: эритроциты 3,0 х 1012/л, гемоглобин 70 г/л, цветовой показатель 0,6, лейкоциты 7 х 109/л, СОЭ 10 мм/час.

О каком гематологическом синдроме можно думать?

№4

Пациент С, 40 лет, предъявляет жалобы на слабость, потли­вость, снижение массы тела. При пальпации выявляется увеличенная, печень и селезенка.

В общем анализе крови: эритроциты 3,2 х 1012/л, гемоглобин 97 г/л, лейкоциты 75 х 109/л, бласты 0,5%, тромбоциты 165 х 109/л, СОЭ 32 мм/час.

О каком гематологическом синдроме можно думать?

№ 5

Пациент К., 46 лет, жалуется на слабость, потливость, субфебрильную температуру тела, тяжесть в правом подреберье. При объективном обследований пальпируются безболезненные, увеличенные подчелюстные, подмышечные, паховые лимфатические узлы, не спа­янные между собой, эластичные, тестоватой консистенции. При паль­пации печень и селезенка увеличены. В общем анализе крови: эритроциты 3,0 х 1012/л, гемоглобин 85 г/л, лейкоциты 180 х 109/л, лимфоциты 80%, тромбоциты 100 х 109/л, СОЭ 32 мм/час.

Признаки какого гематологического синдрома имеются у данно­го пациента?

№ 6

Пациент В., 27 лет, поступил в клинику по поводу носового кровотечения, которыми страдает последние 5—6 лет. Возникают они спонтанно, не сопровождаются головными болями, повышением арте­риального давления, повышением температуры тела.

О каком гематологическом синдроме можно думать?

№ 7

Пациентка М., 32 лет, с жалобами на слабость, одышку и серд­цебиение при быстрой ходьбе, подъеме на 3-й этаж, головокружение при подъеме с постели, шум, звон в ушах, мелькание мушек перед гла­зами. Ухудшение состояния в течение последних 4-5 лет. В анамне­зе — нарушение менструального цикла, метроррагии.

При обследовании: кожные покровы бледные, периферические лимфоузлы не увеличены. АД - 110/60 мм рт. ст. Язык [влажный](http://pandia.ru/text/category/vlazhnostmz/), со­сочки сглажены.

В общем анализе крови: эритроциты 3,1 х 10,12/л, гемоглобин 60 г/л, цветовой показатель 0,7, лейкоциты 5 х10 9/л, СОЭ 12мм/час.

О каком гематологическом синдроме можно думать?

№ 8

Пациентка Л., 40 лет, поступила в клинику с жалобами на сла­бость, снижение работоспособности, сонливость, головокружение, шум в ушах, извращение вкуса (ест мел), повышенную ломкость ногтей.

Считает себя больной в течение последнего года, когда на фоне нарушения менструального цикла появились и стали нарастать пере­численные симптомы.

Объективно: кожные покровы и видимые слизистые бледные. Язык чистый, сухой. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Со стороны органов грудной клетки без особенностей. Печень и селезенка не пальпируются. Анализ крови: гемоглобин 68 г/л, эритроциты 3,8 х 1012/л, цветовой показатель 0,5, лейкоцитарная формула без особенностей, тромбоциты 300 х 109/л, СОЭ 4 мм/час. В мазке — микроцитоз, анизоцитоз, пойкилоцитоз. Содержание железа в сыворотке крови 7 мкмоль/л (норма 9—31 мкмоль/л).

Признаки какого гематологического синдрома имеются у данной пациентки?

№ 9.

Пациентка Р., 45 лет, поступила в клинику с жалобами на сла­бость, головокружение, шум в ушах, мелькание мушек перед глазами.

В [анамнезе](http://pandia.ru/text/category/anamnez/) геморрой 10-летней давности, дважды оперативные вмешательства по поводу геморроидальных кровотечений.

Объективно: кожные покровы и видимые слизистые оболоч­ки бледные. Язык чистый. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Со стороны органов грудной клетки без особенностей. Печень и селезенка не увеличены.

Анализ крови: гемоглобин 62 г/л, эритроциты 3 х 1012/л, цветовой показатель 0,6, тромбоциты 180 х 109/л, СОЭ 15 мм/час.

Признаки какого гематологического синдрома имеются у данной пациентки?

№ 14

Пациент Ш., 16 лет, ученик 9-го класса, поступил в подрост­ковое отделение для обследования с жалобами на боли в горле при глотании, кровоточивость десен, лихорадку, озноб. В течение месяца до поступления отмечал недомогание, быструю утомляемость, 10 дней назад появились боли в горле при глотании, температура повысилась до 38,5-39 °С, озноб.

При поступлении: кожные покровы и видимые слизистые обо­лочки бледные. На коже туловища, слизистой оболочке рта и мягкого неба точечные геморрагические высыпания, на миндалинах некроти­ческие налеты, выражены явления гингивита. Пальпируются шейные и надключичные лимфатические узлы величиной с фасоль, не спаян­ные с окружающими тканями и кожей, безболезненные. Со стороны сердца и легких без патологии. Печень выступает из-под края ребер­ной дуги на 2 см, при пальпации плотная, малоболезненная. Селезенка не пальпируется.

Анализ крови: гемоглобин 78 г/л, эритроциты 2,5 х 1012/л, цветовой показатель 0,96, лейкоциты 229 х 109/л, бластные клетки 95%, тромбоциты 18 х 109/л, СОЭ 60 мм/час.

Признаки какого гематологического синдрома имеются у данно­го пациента?

**6. Задания по обследованию больных с заболеваниями органов внутренней секреции.**

**6.1. Установите соответствие между вопросами (1—5) и ответами (а—д).**

1. Какие гормоны вырабатывает поджелудочная железа?

2. Назовите наиболее точные критерии функциональной актив­ности щитовидной железы.

3. Когда отмечается повышение уровня йода, связанного с бел­ками крови (СБЙ), не связанное с увеличением тиреоидных гормонов?

4. Что такое основной обмен?

5. Как определяется функция коры надпочечников?

а. Содержание в крови тиреоидных гормонов: Т3 и Т4.

б. Количество [тепловой энергии](http://pandia.ru/text/category/teployenergetika/), которое образуется при минимальных процессах обмена веществ человека натощак, в усло­виях полного покоя, необходимое для обеспечения его нор­мальных жизненных функций.

в. По уровню кортикостероидов в крови и в моче в базальных условиях, в суточном ритме, при проведении функциональных проб.

**6.2. Согласны ли вы с данными утверждениями?**

1. Инсулин является [анаболическим](http://pandia.ru/text/category/anabolicheskie_sredstva/) гормоном, его эффекты проявляются повышением синтеза углеводов, жиров, белков.

2. Для оценки эндокринной функции поджелудочной железы определяют уровень амилазы и диастазы в крови и в моче.

3. Гипергликемия натощак не свидетельствует о сахарном диабете.

4. Гликозурия возможна при [беременности](http://pandia.ru/text/category/beremennostmz/), инсульте, опухоли мозга.

5. Наиболее точными критериями функциональной активности щитовидной железы являются показатели в крови тиреоид­ных гормонов: Т3 и Т4.

6. Чем выше функциональная активность щитовидной железы, тем больше ее потребность в йоде.

7. Исследование содержания гонадотропинов в крови и моче имеют значение для выяснения патогенеза нарушений менструального цикла у женщин.

8. Секреция кортикостероидов не имеет выраженной суточной и сезонной периодичности.

**6. 3. Исправьте алгоритм проведения теста толерантно­сти к глюкозе:**

1. Берут пробу крови натощак.

2. Проводится после ночного голодания в течение 12-14 часов, прием воды разрешается.

3. 2-ю пробу крови берут через 30 минут, затем каждые 30 минут в течение трех часов.

4. В течение 15 минут до и на протяжении всего исследования па­циент должен находиться в спокойном состоянии и удобном положе­нии сидя или лежа.

5. Затем пациент должен принять 500 мл воды в течение 5-15 минут.

**6.4. Ситуационные задачи.**

№ 1. В [эндокринологическом](http://pandia.ru/text/category/yendokrinologiya/) отделении госпитализированы больные с различными отклонениями в росте.

а) Какой рост принято считать карликовым?

б) Когда можно говорить о гигантизме?

в) Какие заболевания возникают при нарушении функции гипофиза?

г) Как называется заболевание, при котором непропорционально увеличены голова и конечности?

№ 2. У больного отмечено избирательное отложение жира на туловище, шее, спине, животе, кроме конечностей, лунообразное красное лицо, стрии на коже.

а) Назовите этот тип ожирения и заболевание, при котором он имеет место.

б) Уточните цифры АД.

№ 3. Больной отмечает жажду, похудание, выделение мочи до 15 л в сутки. Содержание сахара в крови натощак 6 ммоль/л. Реакция мочи на сахар отрицательная.

а) Назовите это заболевание.

б) С чем связано это заболевание?

в) Какие изменения наблюдаются в моче?

№ 4. При обследовании больного выявлено увеличение щитовид­ной железы, видимая при осмотре «толстая шея».

а) Опишите данные общего осмотра больного при диффуз­ном токсическом зобе.

б) Назовите глазные симптомы.

в) Опишите степень увеличения щитовидной железы.

г) Опишите, как определить, что пальпируемое на шее обра­зование является щитовидной железой.

№ 5. У больного диагностирован гипотиреоз.

а) Опишите внешний вид больного.

б) Какой пульс у больного?

в) Чем характеризуются отеки при этом заболевании?

№ 6. У больного выявлены симптомы сахарного диабета.

а) Перечислите жалобы больного.

б) Назовите характерные изменения в крови и в моче.

в) Какова норма сахара у здорового человека?

№ 7.

У пациента К., 60 лет, при лабораторном исследовании обнаружен уровень сахара в крови 8,5 ммоль/л.

О какой патологии необходимо думать при получении данного результата?

Какие дополнительные лабораторные исследования необхо­димо назначить:

а) клинический анализ крови;

б) [биохимический](http://pandia.ru/text/category/biologicheskaya_hiimya/) анализ крови;

в) гликемический профиль;

г) рентгенограмму грудной клетки?

№ 8.

Пациентка С. 35 лет, предъявляет жалобы на сердцебиение, потливость, раздражительность, тремор конечностей, [бессонницу](http://pandia.ru/text/category/bessonnitca/), не­устойчивый стул.

При объективном обследовании обнаружено увеличение щито­видной железы, экзофтальм. При аускультации выявлена тахикардия, систолический шум на верхушке сердца. ЧСС 100 в 1 мин, АД 140/90 мм рт. ст.

1. О каком синдроме свидетельствуют эти симптомы?

2. Какие дополнительные лабораторные исследования необходимо провести данной пациентке:

а) определение концентрации гормонов щитовидной железы (Т3 и Т4);

б) определение сахара крови;

в) клинический анализ мочи;

г) У ЗИ органов брюшной полости?

№ 9.

Пациент Н., 63 лет, обратился с жалобами на жажду, сухость во рту, частое обильное мочеиспускание, прогрессирующее похудание, несмотря на хороший аппетит. При осмотре: кожные покровы сухие, лицо розоватое, следы расчесов на коже груди и живота.

О патологии какого органа свидетельствуют данные симптомы?

№ 10.

Пациентка Б., 45 лет, отмечает утомляемость, снижение памя­ти, сонливость, головные боли, значительное увеличение веса в тече­ние последнего года.

При объективном обследовании: амимичное маскообразное лицо, выраженная апатия. Лицо одутловатое, глазные щели сужены. Кож­ные покровы бледные с желтоватым оттенком, холодные, отмечается сухость и шелушение. Волосы сухие, тонкие, ломкие. Ногти тусклые. Голос у пациентки низкий, хриплый. По всему телу определяются оте­ки плотновато-тестоватой консистенции, при надавливании ямки не остается. Отмечается брадикардия, ЧСС 54 в мин., АД 110/70 мм рт. ст.

О каком синдроме свидетельствуют эти симптомы

**7. Задания по обследованию больных с заболеваниями соединительной ткани и опорно-двигательного аппарата.**

**7.1. Установите соответствие между вопросами (1—5) и ответами (а—д).**

1. Для какого заболевания характерны возможные острые при­ступы болей, продолжающиеся несколько дней в одной или нескольких группах мышц, нередко после переохлаждения?

2. При каком заболевании нарушен обмен пуринов в организме?

3. Когда возникают боли при артрозе?

4. Какие жалобы чаще всего предъявляют пациенты с заболева­ниями костно-мышечной системы?

5. Что исследуют при пальпации суставов?

а. Подагра.

6. Кожные покровы вокруг суставов, их [болезненность](http://pandia.ru/text/category/boleznennostmz/), деформацию, пассивную подвижность.

в. Миозит.

г. При нагрузке на больной сустав (при ходьбе, наступании на пораженную ногу), усиливаются к вечеру, после дневной на­ грузки, при длительном неподвижном пребывании в одном по­ложении.

д. Боли в суставах, позвоночнике, мышцах, по утрам скованность в движениях, иногда мышечная слабость, повышенная температура тела.

**7.2. Ситуационные задачи**

№1. Пациентка 3., 52 лет, отмечает опухание и тугоподвижность дистальных межфаланговых суставов кистей рук.

Какой метод допол­нительного обследования необходим для постановки диагноза?

№ 2. Пациентка, 53 лет, жалуется на боли в мелких суставах кистей, ограничение их подвижности.

При осмотре плотные симметричные узловатые утолщения в области дистальных межфаланговых суста­вов кистей. При рентгенографии определяются краевые разрастания костной ткани концевых фаланг пальцев. Каково название узловатых образований:

а) узелки Бушара

б) узелки Гебердена

в) тофусы

г) ревматоидные узелки

д) ксантомы

№ 3. Больной, 49 лет. Диагностирован острый приступ подагры.
Страдает данным заболеванием в течение 10 лет, обострения два раза в год. Какие методы дополнительного обследования необходимы для постановки диагноза:

а) рентгенологические

б) ультразвуковые исследования

в) ЭКГ

г) эндоскопические

д) лабораторные

№ 4. Больной, 48 лет. Диагностирован острый приступ подагры. Какие изменения синовиальной жидкости подтверждают этот ди­агноз:

а) обнаружение кристаллов фосфата кальция;

б) лейкоциты более 10 х 109/л;

в) обнаружение ревматоидного фактора;

г) обнаружение кристаллов мочевой кислоты;

д) лейкоциты более 15 х 109/л

**9. Список литературы**

1.  «Терапия для фельдшера». . Ростов н/Д. Феникс. 2001г.

2.  «Пропедевтика [внутренних болезней](http://pandia.ru/text/category/vnutrennie_bolezni/)» . М. Медицина. 2001г

3.  «Пропедевтика внутренних болезней» . М. Медицина. 2001г.

4.  «Методические рекомендации к практическим занятиям по пропедевтике внутренних болезней». Учебное пособие АГМА. Г Благовещенск. 2002г.

5.  «Диагностика заболеваний по анализам крови и мочи». «Медицина для вас». 2001г.

6.  «Терапия для фельдшера» . Ростов н/Д. Феникс. 2011г