

**Бухарский медицинский институт
имени Абу Али ибн Сино
Кафедра пропедевтики внутренних болезней**

**Учебно-методический комплекс по предмету
пропедевтики внутренних болезней для 3 курса
лечебного и медико-педагогического факультета на 2021-
2022 учебный год**



Бухара-2021

**Министерство высшего и средно-специального образования
Министерство здравоохранения Республики Узбекистан
Бухарский медицинский институт имени Абу Али ибн Сино
Кафедра пропедевтики внутренних болезней**

«УТВЕРЖДАЮ»

Проректор по учебной работы

Д.м.н. доц. _____ Г.Ж. Жарылкасинова

« _____ » _____ 2021 г

**Учебно-методический комплекс по предмету
пропедевтики внутренних болезней для 3 курса
лечебного и медико-педагогического факультета**

Министерство высшего и средно-специального образования
Бухарский медицинский институт имени Абу Али ибн Сино
Кафедра пропедевтики внутренних болезней

Профил знаний	500000	-Здравоохранения и социального обеспечения
Профил образования	510000	- Здравоохранения
Маршрут образования	5510100	-Лечебного дело
	5111000	-профил образования
	5510200	-Педиатрия

Заведующий кафедра пропедевтики
внутренних болезней д.м.н. доцент Нурбоев Ф.Э.

Составили:

Хазратов У.Х.	к.м.н. доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней
Халилова Ф.А.	PhD кафедры пропедевтики внутренних болезней
Тошева Х.Б.	PhD кафедры пропедевтики внутренних болезней

Рецензенты:

Ахмедова Н. Ш.	к.м.н., доц. кафедры внутренних болезней
Нуров У.И..	к.м.н., доц. кафедры ЛОР и офтальмологии

Рассмотрено на собрании ученого совета Бухарского медицинского
института в 2021 год №_2

ОГЛАВЛЕНИЕ

Аннотация.....	5
Силабус предмета.....	6
Учебная программа по предмету пропедевтики внутренних болезней.....	9
Рабочая учебная программа.....	27
Контрольные вопросы для оценки знаний студентов.....	49
Критерии оценки знаний студентов	56
Лекции.....	64
Раздаточные материалы. Тести по темам.....	213
Ситуационные задачи по темам.....	262
Материалы практических занятий.....	289
Вопросы к промежуточным контролям.....	418
Техника выполнения практических навыков.....	435
Темы самостоятельных работ.....	442
Вопросы к промежуточному контролю	447
Методика оценки.....	451
Глоссарий.....	459
Основные и дополнительные литературы.....	464

Аннотация

Настоящий учебно-методический комплекс предназначено для студентов 3 курса лечебного и медико-педагогический факультета и составлено соответствии с учебной программе. Настоящий учебно-методический комплекс соответствует профил знаний 500000 - здравоохранения и социального обеспечения. Профил образования 510000 - Здравоохранения. Маршрут образования 5510100 - Лечебного дело. Настоящем учебно-методическом комплексе освещено все лекционные материалы 3 го курса. Освещены темы по системы пищеварения, сердечно-сосудистая система, болезни крови и кроветворной системы, эндокринной системы, костно-мышечная система и аллергии. Для качественного решения и проведения занятий и самоподготовки составлено ассесменты, тесты, ситуационные задачи. Также дано список и техника проведения практических навыков

Для подготовки на практических занятий дано вопросы для самоподготовки и материалы практических занятий. Для проведения практических занятий составлено технологический карта практических занятий. Для изучения практических навыков дано техника выполнения этих навыков по шагам, для самоподготовки студентов. Также для подготовки самостоятельных работ приведено вопросы этих работ. В глоссарий приведено медицинские терминологии и понятия про них.

С читаем что, данная учебно-методический комплекс составлено удобно для пользования студентов и они получают достаточное знания.

СИЛЛАБУС
ПО ПРЕДМЕТУ ПРОПЕДЕВТИКИ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ.

Кракая характеристика предмета: Дисциплина ориентирует на формирование системных знаний, умений и владения практическими навыками для лечебной работы, работы в поликлиниках и стационарах, научно-исследовательских и учебных учреждениях Министерства Здравоохранения Республики Узбекистан с целью внедрения в медицинскую практику достижений современной терапии, развитие у будущих специалистов комплексного мышления, позволяющего прогнозировать развитие терапевтического процесса, ознакомление студентов с возможностями современных и инновационных методов при диагностике и лечении терапевтических болезней, что позволит в будущем врачам быстрее интегрироваться в практическую лечебную работу на современном уровне.

Наименования и место расположения института:	Бухарский Государственный медицинский институт имены Али Абу ибн Сина	Проспект Навоий, 1		
Кафедра:	Пропедевтика внутренних болезней, клиническая фармакология с ВСД	Факультет медицинская педогогика и ВСД		
Область и направления образования:	510000- «Здравоохранение»	Пропедевтика внутренних болезней, клиническая фармакология с ВСД		
Справка о преподавателя:	Тошева Хакима Бекмуродовна	Е-mail:	Tkhakima2017@gmail.co m	
Место проведения занятия и время:	ОМКБ	Продолжит ельность курса	Целый год	
Время работы по индивидуальному графику:	Понедельник, четверг и суббота от 14.00 до 18.00			
Выделенные часы на предмет	Аудиторные часы			Самостоятель ная работа 65
	Лекция	20	Практическое занятие	
Связь предмета с другими предметами (пререквизитлари)	Биология, анатомия, микробиология, внутренние болезни, общая хирургия, физиология, биохимия, фармакология.			
Связь предмета с другими предметами (постреквизитлари)	Госпитальная терапия, госпитальная хирургия, онкология, гематология, реанимация и анестезиология, ВОП.			

Всего часов	Учебные аудиторные часы					Сам.работа
	Всего	Лекция	Практическое занятие	Семинар	Лабораторные работы	
	155	20	70	-		65

СОДЕРЖАНИЯ ПРЕДМЕТА

Актуальности и краткое содержание предмета	Учебная цель предмета: Выработать интегральный подход к клинической симптоматике, пальпации, перкуссии, аускультации, диагностике, рационального использования лабораторных и инструментальных методов исследования. Обучить рациональной терапии на дому, оказанию неотложной догоспитальной помощи, профилактике на дому, диспансеризации и реабилитации терапевтических заболеваний. Задачи обучения предмета: - Обучить основам этиологии, патогенеза, клиники и диагностики терапевтических заболеваний. - Обучить принципам проведения ранней лабораторной и инструментальной диагностики терапевтического больного в условиях ГВП и СВП. - Обучить принципам проведения профилактических мероприятий при терапевтических болезнях. - Обучить принципам комплексной терапии больного, как на дому, так и в стационаре. - Обучить основам педагогического мастерства при преподавании дисциплины терапевтических болезней.
Требования предъявляемые к студентам:	В результате обучения студент <i>должен знать</i> <i>поквалификационной характеристики специалиста:</i> a. профессиональный расспрос и осмотр пациента b. ранняя лабораторная диагностика и интерпретация клинических и биохимических анализов c. методика исследования крови. d. техника забора крови, мочи, мазка из зева и носа на бак.исследования e. методика определения гельминтов в кале f. наблюдение за контактными лицами g. иммунопрофилактика h. тактика врача при подозрении ИБС у больного i. терапия неотложных состояний на догоспитальном этапе j. проведению комплексной терапии и реабилитации терапевтических заболеваний k. показания к госпитализации в терапевтический стационар l. методику преподавания терапевтических заболеваний <i>Должен уметь:</i> a. провести сбор анамнеза и осмотр терапевтического больного. b. сформулировать предварительный диагноз на основании ранних симптомов болезни и после дифференциального диагноза со схожими заболеваниями c. назначить целенаправленное лабораторное обследование. d. интерпретировать данные лабораторных, инструментальных исследований. e. владеть клинической логикой в формулировке окончательного диагноза, оценить тяжесть состояния и прогноз. f. принять решение о госпитализации в соответствующий стационар или лечения на дому. g. проводить диспансерное наблюдение и реабилитацию реконвалесцента инфекционного заболевания. В результате обучения на кафедре терапевтических болезней студент <i>должен иметь навыки:</i> - Осмотра больного с терапевтической патологией - Осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация терапевтического

	больного - Осмотра и описания характера сыпи при различных заболеваниях - Осмотра и описания кала при различных кишечных инфекциях - Определения патогномоничных симптомов характерных для отдельной нозологической форме инфекций - Определения клинических симптомов - Пальпации живота - Оформления истории болезни - Определения размеров печени по Курлову - Расчета антибиотиков и других антибактериальных препаратов - Расчета ГКС препаратов - Промывания желудка и кишечника (очистительные клизмы).
Правила пользования электронной почтой для общения преподавателем	Отношения между преподавателем может осуществляться и электронной почтой. При этом оценка полученная студентом во время занятия и на ПК и ИК по телефону не обсуждаются. Время пользования электронной почтой с 16.00 до 20.00.

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ
ОЛИЙ ВА ЎРТА МАХСУС ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ

Рўйхатга олинди:

№ БД-

2018 йил "18" 08

Олий ва ўрта махсус таълим
вазирлиги

2018 йил "18" 08



ИЧКИ КАСАЛЛИКЛАР ПРОПЕДЕВТИКАСИ

ФАН ДАСТУРИ

Билим соҳаси:	500000	–Соғлиқни сақлаш ва ижтимоий таъминот
Таълим соҳаси:	110000	– Педагогика
	510000	– Соғлиқни сақлаш
Таълим йўналишлари:	5510100	– Даволаш иши
	5510300	– Тиббий – профилактика иши
	5111000	– Касбий таълим (5510100 – Даволаш иши)

Тошкент – 2018

Фаннинг долзарблиги

Ушбу дастур Давлат таълим стандарти ва умумий амалиёт шифокорини тайёрлаш дастури асосида тузилган, тиббиёт олий ўқув юртлирининг талабаларига ички касалликлар пропедевтикаси фанидан таълим бериш учун мўлжалланган.

Ички касалликлар пропедевтикаси барча касалликларнинг симптом ва синдромларини, ички аъзолар касалликлари диагностикасида қўлланиладиган касаллик ва янги текширув усулларини, ташхис қўйиш ва беморнинг тиббий баённомасини ёзишни ўргатади. Симптоматология ва диагностикани ўқитишни хусусий патологияни ўргатишдан ажратиб бўлмайди, яъни, бир томондан ўрганиш йўллари ва билиш усуллари, бошқа томондан объектив билиш орасида фарқ бўлмаслиги керак. Симптоматология, диагностика ва хусусий патология асослари ажралмас боғлиқликда ўрганилиши керак. Асосий терапевтик касалликларни ўрганиш симптомларнинг клиник аҳамиятини иллюстрациясидир. Талабалар диагностика усулларига муайян бемор касаллиги тарихини таҳлил қилишга кўникадилар. Талаба клиникада ишлашнинг биринчи кунлариданоқ ички касалликлар пропедевтикаси вазифаларидан бири бўлган врачлик деонтологияси асосларини ҳам ўрганиб олиши лозим. Пропедевтикани билиш кейинчалик терапияни эмас, балки бошқа клиник интизомларни ҳам ўрганиш учун зарур. Касалликлар симптомларини ва асосий диагностик усулларни билиши, ташхис услубларига фақатгина терапевт эмас, балки, хирург, гинеколог, невропатолог ва бошқа барча клиник мутахассислар ҳам эга бўлишлари шарт.

Бакалавр ички касалликлар пропедевтикаси фани бўйича назарий, услубий, ташкилий ва амалий кўникмаларни ўзлаштириш орқали мустақил ишга яъни умумий амалиёт врач бўлишига тайёрланиши, ҳамда уларни клиник, лаборатор, функционал ва асбобий текширувлар натижаларни таҳлил қилиб, диагноз қўйишга ўрганади.

Ички касалликлар пропедевтикаси фанини ўрганиш жараёнида талабаларда касаллик, диагноз, диагностика принциплари, симптом, синдромларни келиб чиқиши механизмлари тўғрисида ҳозирги замон тушунчаларини шакллантириш, талабалар онгига врачлик одоби ва ахлоқи ва деонтологияси асосларини сингдиришдир.

Ички касалликлар пропедевтикаси фани орқали талаба организмдаги асосий патологик жараёнларни вужудга келиш сабабларини ва уларни ривожланиш механизмларини, асосий симптом ва синдромлар тўғрисида тушунчани, физикал текшириш ўтказишни, кўздан кечириш, пайпаслаш, тукиллатиш, эшитиш, артериал босимни ўлчаш, пульсни аниқлаш, ЭКГни ёзиб олиш, қон, сийдик, нажас, балғам, меъда шираси, дуоденал маҳсулотни, плеврал суюқликни умумий таҳлили ва уларни клиник баҳолаш, клиник ўлим ҳолларида реанимация чора-тадбирларни кўришни, шифокорлик деонтологияси асосларини билишлари шарт.

Фаннинг ўқув режадаги бошқа фанлар билан ўзаро боғлиқлиги ва услубий жиҳатдан узвийлиги

“Ички касалликлар пропедевтикаси” фани умумкасбий фанлар блокига киритилган курс ҳисобланиб, даволаш, тиббий-педагогика факультетларнинг 3-курсининг 5,6-семестрларида ўқитилади.

Ички касалликлар пропедевтикасини фани клиник фанлар туркумига кириб, у барча тиббий бакалаврият таълим йўналишларида ўқитилади. Ички касалликлар пропедевтикасини – клиник фан ҳисобланади. Мазкур дастурни амалга ошириш учун талабаўқув режасида режалаштирилган клиник ва табиий-илмий ўқитиш фани (нормал анатомия, нормал физиология, умумий биология ва тиббиёт генетикаси, биохимия ва микробиология фанлари билан вертикал интеграция ва патологик анатомия, патологик физиология, умумий хирургия ва фармакалогия фанлари билан горизонтал) интеграция асосида олиб борилади.

Фаннинг илм-фан, иқтисодиёт ва ишлаб чиқаришдаги ўрни

Ички касалликлар пропедевтикасини умумий амалиёт шифокорида тиббий билимлар асосини шакллантиришда муҳим фанлардан бирidir.

Касбий фаолиятини кўлланиш учун УАШ ички касалликларининг тарқалишини ва кечишини ўрганиш, эрта ташхислаш, даволаш, аҳоли ўртасида ички касалликларининг тарқалишини олдини олишга ва касалликларнинг кечиши бўйича башорат бера олишга қаратилган илмий-тадқиқот фаолиятини олиб бориш; соғлиқни сақлаш тизимининг даволаш ва профилактика ташкилотларида (марказий туман, шаҳар, вилоят, республика шифохоналари терапевтик бўлимларида, кўп тармоқли марказий шаҳар поликлиникалари, тез ва шошилиш тиббий ёрдам марказлари ва станциялари, она ва болалиқни ҳимоя қилиш ташкилотлари, санатор-курорт ташкилотлари) ташхислаш ва даволашнинг замонавий усулларида кенг фойдаланган ҳолда беморларнинг тиббий муаммолари бўйича асосий вазифаларни ҳал қилиш жуда муҳим; соғлиқни сақлаш тизимининг барча бўғинларида ички касалликлар соҳасида комплекс масалаларни ечишни ўз ичига олади.

Фанни ўқитишдаги замонавий ахборот ва педагогик технологиялар ҳамда ўқув машғулотларини лойиҳалаш

Талабаларнинг “Ички касалликлар пропедевтикасини” фанини ўзлаштиришлари учун ўқитишнинг илғор ва замонавий усулларида фойдаланиш, янги инфор­мацион-педагогик технологияларни татбиқ қилиш муҳим аҳамиятга эгадир. Фанни ўзлаштиришда дарслик, ўқув ва услубий қўлланмалар, маъруза матнлари, тарқатма материаллар, электрон материаллар, кейс-технологияларидан фойдаланилади. Маъруза ва семинар машғулотларида ўқитишнинг интерактив усуллари (визуал, муаммоли, муаллифлик маърузалари, икки томонлама таҳлил, кластер, “Венн”, Синквейн ва бошқалар)дан фойдаланилади.

Фан ўқитувчиси томонидан педагогик технология тамойиллари асосида “Ички касалликлар пропедевтикасини” фани ўқув машғулотларининг лойиҳалари ишлаб чиқи­лади.

Фан модулининг дастури (module syllabus)

Ўқув курсининг тўлиқ номи:	Ички касалликлар пропедевтикаси		
Курснинг қисқача номи:	ИКП	Код: ИКП	
Кафедра:	Ички касалликлар пропедевтикаси		
Ўқитувчи ҳақида маълумот:	Ф.И.Ш.		E-mail
Семестр ва ўқув курсининг давомийлиги	5,6семестр 18/18 ҳафта		
Ўқув соатлари ҳажми:	Факуль-тет	Даволаш	тиб.пед.
	жами:	250	250
	шунингдек:		
	маъруза	32	32
	семинар		
	амалий	130	130
	мустақил таълим	88	88
Ўқув курсининг статуси	Умумқасбий фанлар блоки		
Дастлабки тайёргарлик:	Курс “Анатомия”, “Нормал физиология”, “Патологик физиология”, “Патологик анатомия”, “Фармакология”, “Гистология”фанларидан ўзлаштирилган билимларга асосланади.		
Фаннинг предмети ва мазмуни:			
Фанни ўқитишдан мақсад –талабаларни пропедевтика фани бўйича таништириш ва врач деонтологияси, ятрогения, беморларни клиник текшириш усуллари бўйича таништириш (сўраб суриштириш, кўздан кечириш, пальпация, перкуссии, аускультация)			

орган ва системаларни кадамма-кадам текширишни, система бўйича синдром ва симптомларни асосий қонуниятларини ўрганиш,, аъзоларни лаборатор ва инструментал текширишни ва интерпретация қилиш кўникмаларини эгаллашдан иборат.

Фаннинг мақсади – ИКП бўйича дастурнинг асосий мақсади бўлажак умумий амалиёт шифокорларни (УАШ) ички аъзоларнинг ҳолатини текшириш усуллари ва шу орқали организм ҳолатига баҳо бера олишни ўргатиш, тиббий муассасаларда ички касалликлар фанини ўқитиш методикасини ўргатиш.

Фанни вазифаси уни ўрганувчиларга:

- синдром ва симптомларни асосий қонуниятларини ўргатиш
- аъзо ва тизимларни ҳолатини кадамма-кадам текширишни ўргатиш
- лаборатор ва инструментал текширувларва уларнинг натижаларининг интерпретацияси
- олинган текширув натижалари асосида диагностик хулосақила олиш,
- ички касалликларнинг нозологик формаларини саволларини ўрганиш
- ички касалликларнинг асосий даволаш принципларини ўргатиш

«Ички касалликлар пропедевтикаси» фанини ўзлаштириш жараёнида бакалавр:

- ички аъзоларининг анатомияси;
- ички аъзоларининг физиологияси;
- ичкиаъзоларининг вазифалари;
- ички аъзоларининг текшириш усуллари ҳақида *тасаввурга эга бўлиши;*
- Кукрак кафаси пальпацияси
- Упканинг таккослама перкуссияси
- Упканинг топографик перкуссияси
- Упка аускультацияси
- Юрак соҳаси пальпацияси
- Юрак перкуссияси (нисбий бугик чегаралари)
- Юрак перкуссияси (мутлок бугик чегаралари)
- Юрак аускультацияси
- АД улчаш
- Пульсинг текшириш
- ЭКГ- олиш усуллари
- Нормал ЭКГ
- Қорин бўшлиғи юзаки пальпацияси
- Қорин бўшлиғи чуқур пальпацияси
- Жигар пальпацияси
- Курлов буйича жигар перкуссияси
- Буйрак пальпацияси
- Лимфа тугунлари пальпацияси
- Талок пальпацияси ва перкуссияси
- Анализлар таҳлиллари *кўникмаларига эга бўлиши керак;*
- стационар шароитда даволанаётган беморлар касаллик тарихини юритиш
- беморлар билан мулоқот*малакаларига эга бўлиши керак.*

Курснинг тематик таркиби ва мазмуни

Т/р	Мавзу	Маъруза	Амалий	Мустақил иш
Даволаш факультети, тиббий педогогика				
1.	1. Талабаларни ИКП фани вазифаси билан таништириш. Фаннинг ривожланиш тарихи, мақсад ва вазифалари. Ташхис турлари ва усуллари. Беморни асосий клиник текшириш усуллари: субъектив ва объектив Касаллик тарихи схемаси. Талабаларнинг бемор билан мустақил ишлаши. Беморни умумий кўздан	2/2	6	4

	кечириш: умумий ҳолати, эс ҳуши, вазияти, тана тузилиши. Беморни тана қисмлари бўйича кўздан кечириш: бош, юз, бўйин, тери қопламлари, тери ости ёғ қатламлари, шишлар, мушаклари, бўғимлари, суяги ва оёқ қўллари. Термометрия. Антропометрия. Лаборатор ва инструментал текширувлар ҳақида умумий тушунча. Замонавий лаборатор ва инструментал текширув усуллари аҳамияти.			
2.	Нафас аъзолари касалликлари билан касалланган беморларни текшириш. Сўраб-суриштириш. Асосий ва қўшимча шикоятлар. Кўкрак қафасини кўздан кечириш. Пальпация (пайпаслаш) – объектив текшириш усули сифатида. Лимфатик тугунлар ва кўкрак қафаси пальпацияси. Перкуссия – объектив текширув усули сифатида. Ўпканинг қиёсий ва топографик перкуссияси. Норм ва патологияда.	2	6	3
3.	Ўпкани эшитиш (аускультация). Техника ва қоидалари. Асосий (бронхиал ва везикуляр) ва қўшимча (хириллаш, крепитация, плевра ишқаланиш шовқини) нафас шовқинлари. Замонавий текшириш усуллари. Рентгенологик текширув усуллари: бронхоскопия, бронхография, томография. Ўпкани функционал текширув усуллари: спирометрия, спирография, пневмотахометрия. Балғамни текшириш.	2	6	4
4.	Бронхлар ўтказувчанлигининг бузилиш синдроми. Уткир вазурункали бронхитлар. Обструктив ва нообструктив. Ўпка тўқимасида ҳаво ортиб кетиш синдроми (бронхиал астма, ўпка эмфиземаси). Ўпкани обструктив касалликларини текшириш. Диагностика. Этиологияси ва патогенези ҳақида умумий тушунча Асосий даволаш принциплари		6	4
5.	Ўпка тўқимасини қаттиқлашиш (зичлашиш) синдроми (крупоз ва ўчоқли пневмония мисолида). Ўпкада бўшлиқ синдроми (Ўпка абсцесси ва бронхоэктаз касаллиги мисолида). Диагностика. Этиологияси ва патогенези ҳақида умумий тушунча. Асосий даволаш принциплари.		6	4
6.	Плевра бўшлиғида ҳаво ва суюқлик тўпланиш синдроми (плеврит, гидроторакс, пневмоторакс). Нафас етишмовчилиги. Диагностика. Этиологияси ва патогенези ҳақида умумий тушунча Асосий даволаш принциплари.		6	4

	Беморлар курацияси. Касаллик тарихини ёзиш.			
7.	Юрак қон томир касалликларида беморларни текшириш усуллари. Семиотика. Сўраб–суриштириш: асосий шикоятлари. Патогенези. Кўздан кечириш (умумий ҳолати, тери қопламларини ранги, шишлар, буйини қуздан кечириш). Диагностик аҳамияти. Юрак соҳаси ва периферик томирлар соҳасини кўздан кечириш. Юрак соҳаси пальпацияси. Диагностик аҳамияти.	2	6	4
8.	Юрак перкуссияси. Юракни нисбий ва мутлоқ бўғиқлик чегарасини соғлом одамда аниқлаш . Юрак конфигурацияси. Юракни нисбий ва мутлоқ бўғиқлик чегарасини патологияда аниқлаш. Юрак конфигурациясини патологияда аниқлаш. Диагностик аҳамияти. Рентгенограмма таҳлили.		6	4
9.	Юракни эшитиш (аускультация). Аускултация қоидалари. Юрак тонларини эшитиш нормада. Тонларни эшитиш тартиби ва нуқталари. Юрак қон томир патологиясида тонларни ўзгариши (қучайиши, сусайиши). Тонларни парчаланиши ва иккига бўлиниши. Диагностик аҳамияти. Юрак қон томир касалликларида қўшимча тонлар.	2	6	4
10.	Юрак шовқинлари, ҳосил бўлиш механизми, характеристикаси (патологияда). Пульсни текшириш. Соғлом одамда ва юрак қон томир патологиясида пульсни хусусиятлари. Диагностик аҳамияти. Артериал босим. Артериал босимни қадамма қадам ўлчаш. Гипертония ва гипотония ҳақида тушинча. Диагностик аҳамияти. Замонавий 3лаборатор ва инструментал текшириш усуллари.		6	4
11.	Электрокардиография (ЭКГ), ёзиб олиш усули ва нормал ЭКГ таҳлили. Юрак автоматизми ва қўзғалувчанлиги бузилишида ЭКГ. Юрак ўтказувчанлик ва қисқарувчанлик функцияси бузилгандаги ЭКГ.	2	6	4
12.	Асосий клиник синдромлар. Коронар етишмовчилиги синдроми. Қон айланиш етишмовчилиги синдроми. Юрак астмаси, упка шишиси. Томир етишмовчилиги синдроми. Артериал гипертензия синдроми. Юрак ритмини бузилиш синдроми. Кардиомегалия синдроми. Кичик қон айланиш доирасида гипертензия синдроми.		6	4

13	Ревматик иситма ва бирламчи ревмокардит симптоматологияси. Бирламчи ревмокардит белгилари ва эрта ташҳиси. Митрал нуқсонлар. Митрал қопқоқ етишмовчилиги ва стенози. Диагностика. Даволаш асосий принциплари.	2	6	4
14	Септик эндокардит симптоматологияси. Аортал нуқсон симптоматологияси. Аортал қопқоқ етишмовчилиги ва стенози. Диагностика. Даволаш асосий принциплари.	2	6	4
15	Гипертония касаллиги симптоматологияси. Симптоматик гипертензия ҳақида тушунча. Диагностика. Даволаш асосий принциплари. Юракнинг ишемик касаллиги(ЮИК) ҳақида тушунча. Стенокардия таснифи, симптоматологияси. Миокард инфаркти симптоматологияси. Диагностика. Даволаш асосий принциплари. Беморлар курацияси. Касаллик тарихини ёзиш №2.	2	6	4
16	Ҳазм аъзолари билан касалланган беморларни текшириш усуллари. Сўраб–суриштириш. Асосий шикоятлари. Симптомлар механизми ва диагностик аҳамияти. Умумий кўздан кечириш ва оғиз бўшлиғини кўриш, қоринни кўздан кечириш. Қорин бўшлиғи аъзоларини пальпацияси (юзаки ва чуқур). Диагностик аҳамияти. Замонавий лаборатор ва инструментал текшириш усуллари. Асосий клиник синдромлар.	2	6	4
17	Гастритлар симптоматологияси (уткир ва сурункали).Меъда ва 12 бармоқ ичак яра касаллиги симптоматологияси. Энтерит ва колитлар диагностикаси. Асосий даволаш принциплари.		6	4
18	Жигар ва ўт йўллари касалликларида беморларни текшириш. Сўраб–суриштириш. Асосий шикоятлари, диагностик аҳамияти. Кўздан кечириш, жигар перкуссияси (Курлов бўйича), пальпацияси. Диагностик аҳамияти.	2	6	4
19	Асосий клиник синдромлар: сариклик , портал гипертензия, жигар етишмовчилиги. Замонавий лаборатор ва инструментал текшириш усуллари. Сурункали гепатит ва холециститлар диагностикаси. Жигар циррозлари симптоматологияси. Асосий даволаш принциплари		6	4
20	Буйрак касалликларида беморларни текшириш усуллари. Сўраб–суриштириш, асосий шикоятлари. Кўздан кечириш, буйракни пайпаслаш, тукиллашиш	2	6	4

	(Пастернацкий симптоми). Замонавий лаборатор ва инструментал текшириш усуллари. Ўткир ва сурункали пиелонефрит ва гломерулонефрит диагностикаси. Буйрак етишмовчилиги (ўткир ва сурункали) белгилари. Асосий даволаш принциплари. Касаллик тарихини езиш № 3.			
21	Қон тизими касалликларида беморларни текшириш усуллари (асосий шикоятлари, анамнез, куздан кечириш), талокни пайпаслаш. Клиник лаборатория. Қон умумий таҳлили. Асосий клиник синдромлар. Анемиялар диагностикаси. Лейкозлар диагностикаси Асосий даволаш принциплари.	2	6	4
22	Ички секреция безлари касалликларида беморларни сшраб суриштириш, анамнез йи-иш.Қалқонсимон без касалликлари симптоматологияси. Қандли диабет диагностикаси.	2/2	4	4
Жами:250		32	130	88
Таълим бериш ва ўқитиш услуби:		Маъруза, амалий машғулотлар, мустақил ишлар (айлана стол, кейс стади, мастер-класслар)		
Мустақил ишлар:		Ўқув лойиҳалар, гуруҳли тақдимот, рефератлар, кейслар, докладлар, кроссвордлар, постер, проспект, эссе ва ҳ.з.		
Маслаҳатлар ва топшириқларни топшириш вақти		Кунлар	Вақти	Ауд.
1.				
2.				
3.				
Билимларни баҳолаш усуллари, мезонлари ва тартиби:				
ЖН ва ОН нинг баллари ишчи дастурда берилади				
Баҳолаш усуллари		Тестлар, ёзма ишлар, оғзаки сўров, презентациялар ва ҳ.з.		
Фан бўйича талабалар билимини назорат қилиш ва баҳолаш		Назорат шакллари Баҳолаш турлари фан хусусиятидан келиб чиққан ҳолда сўровлар, оғзаки савол-жавоб, ёзма иш, тест синовлари ёки бошқа кўринишда ўтказилиши мумкин.		
		Фан бўйича талабалар билимини баҳолаш мезони		
		Балл	Талабанинг билим даражаси	
		86 - 100 балл	– талаба машғулотларга доимо тайёрлаган, жуда фаол, дастурий материалларни яхши билади, хулоса ва қарорлар қабул қила олади, ижодий фикрлайди, билимларни амалиётда қўллай олади; – талаба ижодий масалаларни ҳал қилиш мобайнида тегишли билимларни қўллаш доирасини мақсадга мувофиқ танлаб, ечимни	

		топишга хизмат қилувчи янги усул ва йўналишларни топа олади, ўқув материаллини моҳиятини тушунади; – талаба тақдим этилган ўқув масалаларини ечиш йўллари излайди, дастурий материалларни билади ва айтиб бераолад ҳамда тасаввурга эга бўлади.
	71 - 85 балл	– талаба ўрганилаётган ҳодисалар алоқадорлигини билиш ҳамда объектни тавсифлай олиш кўникмасига эга бўлиши билан биргаликда, қўйилган масалаларни сабаб-оқибат алоқадорлигини очиб берган ҳолда еча олади, ўрганилаётган назарий билимларни амалиёт билан боғлай олади ва мустақил мушоҳада қилаолади; – билим ва кўникмалар мазмунини тадбиқ қила олиш маҳорати, бир типдаги масалаларни еча олиш, ёзиб олиш ва эслаб қолиш фаолиятини амалга оширади, билимларни амалиётда қўллай олади; – талаба машғулотларга тайёрланган, дастурий материалларни билади, моҳиятини тушунади ва тасаввурга эга.
	55 - 70 балл	– талабанинг эшитганлари, уларга берилган намуналар, тақдим этилган алгоритм ва кўрсатмалар асосида топшириқларни бажара олади, моҳиятини тушунади; – талаба қатор белгилар асосида маълум объектни фарқлаш билан биргаликда унга таъриф бера олади ва ўқув материаллини тушунтириб бера олади ва тасаввурга эга.
	0 - 54 балл	– талаба тасаввурга эга эмас; – талаба дастурий материалларни билмайди.
Фанга доир видео маърузалар, видео роликлар: Ҳар бир мавзуга мос видеороликлар кўрсатилади (ЎУМ)		
Глоссарийлар: Ҳар бир мавзу учун глоссарий тузилган (ЎУМ)		
Ахборот ресурс база: Асосий адабиётлар 1. ГадаевА; Каримов М.Ш.; “Ички касалликлар пропедевтикаси” Т. 2012; 2. Мухин Н.А., Моисеев В.И. "Пропедевтика внутренних болезней", М. 2000. 3. Василенко В.Х.. Гребенев А.Л “Пропедевтика внутренних болезней”, М.1989		

АСОСИЙ ҚИСМ

Фаннинг маърузалари мазмуни

даволаш ва тиббий педагогика факультетлари учун

1-модуль. Кириш. Ички тиббиётнинг ривожланиш тарихи. Ички касалликлар пропедевтикаси фани. Мақсади, вазифалари. Семиотика, симптоматология ва таъхис ҳақида тушунча.

Ички касалликлар пропедевтикаси барча касалликларнинг симптом ва синдромларини, ички аъзолар касалликлари диагностикасида қўлланиладиган касаллик ва

янги текширув усуллари, ташхис қўйиш ва беморнинг тиббий баённомасини ёзишни ўргатади. Симптоматология ва диагностикани ўқитишни хусусий патологияни ўргатишдан ажратиб бўлмайди, яъни, бир томондан ўрганиш йўллари ва билиш усуллари, бошқа томондан объектив билиш орасида фарқ бўлмаслиги керак.

2-модуль. Беморларни клиник текшириш усуллари. Сўраб-суриштириш. Шикоят.

Ҳаёт тарихи. Физик текширув усуллар: кўздан кечириш, пальпация, перкуссия, аускультация.

Симптоматология, диагностика ва хусусий патология асослари ажралмас боғлиқликда ўрганилиши керак. Асосий терапевтик касалликларни ўрганиш симптомларнинг клиник аҳамиятини иллюстрациясидир. Талабалар диагностика усулларига муайян бемор касаллиги тарихини таҳлил қилишга кўникадилар. Талаба клиникада ишлашнинг биринчи кунлариданоқ ички касалликлар пропедевтикаси вазифаларидан бири бўлган врачлик деонтологияси асосларини ҳам ўрганиб олиши лозим. Пропедевтикани билиш кейинчалик терапияни эмас, балки бошқа клиник интизомларни ҳам ўрганиш учун зарур. Касалликлар симптомларини ва асосий диагностик усулларни билиши, ташхис услубларига фақатгина терапевт эмас, балки, хирург, гинеколог, невропатолог ва бошқа барча клиник мутахассислар ҳам эга бўлишлари шарт.

3-модуль. Нафас тизими аъзолари касалликларида беморларни текшириш. Сўраб-суриштириш. Кўздан кечириш. Пальпация, перкуссия ва аускультация объектив текшириш усуллари.

Асосий ва қўшимча нафас шовқинлари.

Нафас органлари касалликлари билан оғриган беморларни текшириш усуллари, сўраб-суриштириш, асосий шикоятлари ва патогенези. Кўкрак қафасини кўздан кечириш, пальпация. Кўкракда оғриқлар (характери, жойи давомийлиги, интенсивлиги, тарқалиши), ҳансираш (физиологик, патологик, объектив, субъектив, аралаш; эксператор, инсператор, аралаш). Ўғтал (қуруқ, нам, давомийлиги, пайдо бўлиш вақти). Балғам ажралиши - характери, миқдори, балғам ажралишининг бемор ҳолатига боғлиқлиги. Қон кетиш (бурундан, ўпкадан, бурун-ҳалқумдан, қизилўнгачдан, меъдадан), қон тупуриш, давомийлиги, диагностик аҳамияти. Бурундан нафас олишнинг бузилиши. Юқори нафас йўллари текшириш. Қўшимча шикоятлар: иситма, ҳолсизлик, иштаҳанинг пасайиши. Касаллик ва ҳаёт анамнези. Кўкрак қафасини кўздан кечириш, қоидалари, кетма-кетлиги. Кўкрак қафаси шакли, асимметрия ва деформацияси, синхрон ҳаракатланиши. Нафас вақтида нафас мушакларининг иштироки. Нафас типи. Бир минутдаги нафаслар сони. Кўздан кечирганда нафас ритмининг бузилиши ва ҳансирашнинг бўлиши. Кўкрак қафасини патологик шакллари. Нафас типлари (норма ва патология). Кўкрак қафаси пальпацияси техникаси (товуш титраши, кўкрак қафаси резистентлиги). Ўпка перкуссияси техникаси. Қийсий перкуссия кетма-кетлиги. Нормада ва патологияда перкутор товуш ўзгариши. Кўкрак қафасининг шартли топографик чизиқлари. Топографик перкуссия. Ўпканинг юқори ва пастки чегараси, баландлиги, кенглиги, пастки қирраси ҳаракатчанлигини аниқлаш. Ҳар хил физиологик ва патологик ҳолатларда ўпка чегарасининг ўзгаришлари. Ўпка аускультацияси техникаси ва қоидалари. Асосий (везикуляр ва бронхиал) нафас шовқинлари, юзага келиш механизми, ўзгариши: кучайиши ва сусайиши (физиологик ва патологик) ва уларнинг диагностик аҳамияти. Хириллашлар, пайдо бўлиш механизми (қуруқпаст ва юқори тонли, нам жарангли ва жарангсиз, майда, ўрта, йирик пуфакчали), локализацияси ва тарқалиши, диагностик аҳамияти. Бронхофония. Нафас органлари билан касалланган беморларни функционал-инструментал текшириш усуллари ҳақида тушунча. Спирометрия, пневмотахометрия, оксигемотерапия. Ўпкаларни рентгенологик текшириш методлари, бронхоскопия, бронхография, томография. Спирометрия. Спирография, пневмотахометрия, оксигемотетрия, пневмотахография. Балғам ва плевра суюқлигини текшириш, диагностик аҳамияти. Тарнссудатни экссудатдан фарқи. Олинган натижаларни интерпритация қилиш.

4-модуль. Нафас тизими касалланган беморларда кузатиладиган

асосий клиник синдромлар.

Бронхлар ўтказувчанлигини бузилиш синдроми, патогенези. Шикоятлари, кўздан кечириш. Пальпация. Перкуссия, аускультация. Ўткир ва сурункали бронхит симптомлари, уни ривожланишида касбнинг роли. Нафас органларига чекишнинг манфий таъсири ва патогенези. Ўпка тўқимасида ҳаво ортиш синдроми патогенези. Шикоятлари, кўздан кечириш. Пальпация. Перкуссия, аускультация. Ўпка обструктив касалликлари билан оғриган беморларни текшириш. Бронхиал астма ва ўпка эмфиземаси. Ўпка тўқимасини зичлашув синдроми патогенези. Шикоятлари, кўздан кечириш, пальпация, перкуссия, аускультация. Ўпка тўқимаси яллиғланиши касаллиги билан беморларни текшириш. Крупоз ва ўчоқли пневмония симптомлари. Плевра бўшлиғида ҳаво ва суюқлик тўпланиши синдроми патогенези. Шикоятлари, кўздан кечириш, пальпация, перкуссия, аускультация. Куруқ ва экссудатив плевритлар симптоматологияси. Гидроторакс, пневмоторакс симптоматологияси. Пневмоторакс турлари (очик, берк, қопқоқли). Ўпкада бўшлиқ синдроми патогенези. Шикоятлари, кўздан кечириш, пальпация, перкуссия, аускультация. Бронхоэктатик касаллик, ўпка абсцесси симптоматологияси.

5-модуль. Юрак-қон томир тизими касалликларида беморларни субъектив ва объектив текшириш усуллари.

Юрак қон-томир касаллиги билан беморларни текшириш усуллари. Сўраб-суриштириш, кўздан кечириш. Юрак соҳасини, периферик томирларни кўздан кечириш. Юрак соҳасини пальпация қилиш.

Сўраб-суриштириш. Асосий шикоятлари, уларни патогенези. Юрак соҳасида оғриқ. Оғриқхосил бўлиш механизми, локализацияси, табиати, давомийлиги, иррадиацияси, интенсивлиги тарқалиши, кечасидаги оғриқ, камайиши, йўқолиши. Ҳансираш: пайдо бўлиш механизми, интенсивлиги. Юрак астмаси. Юрак уриши: доимийлиги, ҳуружлилиги, интенсивлиги, давомийлиги, ҳаяжонга, зўриқишга, ҳолат ўзгаришига, овқатга боғлиқлиги. Юрак соҳасида ноҳушлик сезиш, танани турли жойларида пульсация сезиш. Йўтал, қон туфлаш характери, пайдо бўлиш механизми, диагностик аҳамияти. Кўздан кечириш. Тана тузилиши. Эс ҳуши ҳолати. Тери ранги, қизариши, оқариши, кўкариши. Юрак цианозини ўпка цианозидан фарқи. Юрак шишини пайдо бўлиш механизми локализацияси, диагностика аҳамияти, буйрак шишларидан фарқи.

Бўйин томирларини кўздан кечириш. Веналар пульсацияси, бўртиши. Эпигастрал пульсация. Капиллярлар пульсацияси. Келиб чиқиш сабаблари, диагностик аҳамияти. Юрак соҳасини кўздан кечириш. Юрак букрилиги. Чўққи ва юрак турткиси пальпацияси. Чўққи турткисини нормадаги таъриф: жойлашиши, кучи, баландлиги, тарқалиши. Чўққи турткисини паталогик ўзгариши. Манфий чўққи турткиси. Систолик ва диастолик титрашни аниқлаш. «Мушук хириллаши» симптоми. Эпигастрал пульсацияни пальпатор ўрганиш, юрак ва жигар пульсациясидан фарқлаш.

Юрак перкуссияси техникаси ва қоидаси. Юрак нисбий бўғиқлик чегарасини ва томирлар тутамини аниқлаш усули. Юрак белини аниқлаш. Юрак нисбий бўғиқлик чегараси. Патологияда юрак бўғиқлик чегараларининг ўзгариши: нафас органлари ва юрак қон-томир касалликларида, тана ҳолати ўзгарганда.

Юрак мутлоқ бўғиқлик чегарасини аниқлаш усули. Нафас ва юрак қон-томир касалликларида юракни бўғиқлик чегарасини ўзгариши. Бу ўзгаришларни диагностик аҳамияти.

6-модуль. Юрак аускультацияси: нормал ва паталогик тонлар.

Юрак шовқинлари.

Юрак аускультацияси. Аускультация қоидалари. Кўкрак қафасини олдинги деворида қопқоқлар проекцияси ва уларни эшитиш жойлари. Юрак аускультацияси: нафас олишни турли фазасида, танани ҳар хил ҳолатида, тинч ҳолатда ва физик зўриқишдан кейин. Юрак аускультациясида систола ва диастоланинг фарқи. Юрак товушлари ҳақида тушунча (1, 2, 3, 4), уларни ҳосил бўлиш механизми. Товушларни асосий хоссалари: тембри, кучи. Асосий товушларни кучайиши ва сусайиши. Асосий (1, 2, 3, 4) ва қўшимча митрал қопқоқ очилиш товуши, перикард-тон, товушларни бўлиниши, иккиланиши, ритми, уларни паталогияда

ўзгариши. От дупури ритми, бедана сайраш ритми, маятниксимон ритм, эмбриокардия. Тахикардия, брадикардия, аритмия. Нормал ФКГ, ЭХОКГ ҳақида тушунча. Фонокардиография ва уни ташхис қўйишда аҳамияти ҳақида тушунча. Поликардиографик, ЭХОКГ текширув ва уни аҳамияти ҳақида тушунча, диагностик аҳамияти, интерпритация қилиш.

7-модуль. Электрокардиография. Юрак гипертрофиясидаги ЭКГ ўзгаришлари. Ўткир миокард инфарктидаги ЭКГ ўзгаришлари. Аритмиялар. Юрак фибриляцияси ҳақида тушунча

Нормал ЭКГ, ўқишусули (ритм, электрўқи, ЮҚС, тишлар, интерваллар). Юрак ритми бузилишининг диагностик ва клиник аҳамияти.

8-модуль. Ревматик иситма. Юрак нуқсонлари:митрал қопқоқ етишмовчилиги. Чап атриовентрикуляр тешик торайиши симптоматологияси.

Қонайланиши. Юрак қопқоқлари анатомияси ҳақида тушунча. Юракшовқинлари, уларни ҳосил бўлиш механизми. Классификацияси. Функционал ва органик шовқинларни фарқи. Юрак фаолияти фазасига шовқинларни муносабати. Систолик ва диастолик шовқинлар: протодиастолик, мезодиастолик, пресистолик, тотал, тембри, давомийлиги. Шовқинларни энг яхши эшитилиш жойлари. Перикард ишқаланиш шовқини, плевроперикардиал шовқинлар. Артерия ва веналар аускультацияси. Траубе икки товуши, паталогик, диастолик Винаградов-Дюразье шовқини. Томирларни текшириш. Қоида ва усулари. Пульс асосий характеристикаси. Артериал қон босимни ўлчаш қоида, усул ва техникаси. Максимал, минимал, ўрта босим. "Тасодифан" ва асосий босим. Гипертония ва гипотония ҳақида тушунча. Оксиллография, сфигмография, капилляроскопия. Пульс тўлқини тезлигини аниқлаш. Флебграфия. Вена босими, аниқлаш усули. Қон оқиш тезлигини ўлчаш, диагностик аҳамияти. Айланиб юрувчи қон миқдори. Юрак қон чиқариши ва периферик қаршилиқ. Ортастик синама: нафас олишни тўхтатиб текшириш синамаси.

Ревматизм этиологияси ва патогенези, беморларни текшириш. Ревматизм ва бирламчи ревмокардит симптоматологияси.

Юрак иллатлари. Орттирилган юрак иллати этиологияси, патогенези. Митрал қопқоқ етишмовчилиги, гемодинамикаси, симптоматологияси (шикояти, кўздан кечириш, пальпация, перкуссия, аускультация). Митрал стеноз. Гемодинамикаси шикоят. Кўздан кечириш. Пальпация, перкуссия, аускультация. Митрал иллатларда ЭКГ, ФКГ, ва ЭХОКГ ўзгариши.

9-модуль. Аортал нуқсонлар. Учта вакали қопқоқ етишмовчилиги симптоматологияси.

Аортал қопқоқ етишмовчилиги. Гемодинамикаси. Шикоят. Кўздан кечириш. Пальпация, перкуссия, аускультация. Аортал стеноз гемодинамикаси, симптоматологияси (шикояти, кўздан кечириш, пальпация, перкуссия, аускультация ЭКГ, ЭХОКГ, ФКГ)

Қон айланиш етишмовчилиги ҳақида тушунча. Юрак етишмовчилиги механизми. Ўткир ва сурункали юрак етишмовчилик синдроми. Чап қоринча етишмовчилиги. Клиник кўриниши (юрак астмаси, ўпка шиши диагностикаси, шошилиш ёрдам). Сурункали юрак етишмовчилик босқичлари (компенсацияланган ва декомпенсацияланган). Юрак етишмовчилик компенсация механизми.

10-модуль. Гипертония касаллиги. Юрак ишемик касаллиги, юрак санчиги, миокард инфаркти, кардиосклероз симптоматологияси.

Гипертония касаллиги ҳақида тушунча. Этиология. Патогенез. Симптоматология. Шикоят, кўздан кечириш, пальпация, перкуссия, аускультация. Лаборатор - инструментал диагностикаси. Гипертоник криз ҳақида тушунча, шошилиш ёрдам. Симптоматик гипертензия (буйрак, эндокрин, марказий, гемодинамик).

Юрак ишемик касаллиги ҳақида тушунча. Этиология. Патогенез, стенокардия классификацияси симптоматологияси. ЭКГ диагностика. Стенокардия хуружини тўхтатиш.

Миокард инфаркти. Этиологияси. Патогенези. Симптоматологияси. ЭКГ–

диагностикаси (босқичлари ва локализацияси). Шошинч ёрдам.

11-модуль. Ҳазм қилиш аъзолари касалликлари билан касалланган беморларни субъектив ва объектив текшириш усуллари. Ўткир ва сурункали гастритлар. Яра касаллиги. Ошқозон раки ва уни эрта аниқлаш усуллари. Сурункали энтерит ва колитлар симптоматологияси.

Ҳазм аъзолари касалликлари билан оғриган беморларни текшириш усуллари. Сўраб-суриштириш. Асосий шикоятлари оғриқ; ҳосил бўлиш механизми, локализацияси, иррадиацияси, овқатга боғлиқлиги, характери, ич кетиш билан боғлиқлиги, интенсивлиги, кун давомида қачон пайдо бўлиши, давом этиши. Оғриқ йўқолиши: ўз-ўзидан ёки дори ичгандан, иссиққилгандан, қайт қилгандан кейин. Қусиш, механизми пайдо бўлиш вақти (наҳорга ёки овқатдан кейин - эрта, кечки). Қусуқ таркиби, миқдори, қон аралашуви, аҳлатли қусуқ, кўнгил айнаш - механизми, диагностик аҳамияти, пайдо бўлиш вақти, сони, интенсивлиги, даволийлиги. Кекириш - ҳаво билан, овқат билан, пайдо бўлиш вақти, интенсивлиги, тана ҳолатига боғлиқлиги. Жиғилдон қайнаши сони, пайдо бўлиш шароити, давомийлиги, овқатга боғлиқлиги. Иштаҳа: яхши, ўрта, йўқ, оғизда тахирлик, оғиз қуриши, ноҳуш таъм сезиш, сўлак оқиш, таъм билмаслик. Ютиниш: эркин, оғриқли, қийин (дисфагия). Диагностик аҳамияти. Метеоризм, қорин ғулдираши, қоринда оғирлик. Ичак фаолияти: ич келиш сони, характери, миқдори, қон аралашуви. Диарея сабаби, диагностик аҳамияти. Ич қотиши механизми. Оғиз бўшлиғини кўздан кечириш, бодом безлари, шиллиққавати, тишлар. Тил, намлиги, ранги, характери, сўрғичлари, карачланганлиги, ёрилиш борлиги.

Қоринни вертикал, горизонтал ҳолатда кўздан кечириш. Қоринни топографик соҳаларга бўлиш. Нафас актида қорин деворининг ҳаракати. Қорин олдинги юзасида, ён деворида веноз коллатераллар ривожланиши. Медуза боши пигментация, чурра ошқозон перистальтикаси, антиперистальтикаси. Пальпация. Юзаки пальпация усули. Тери ва тери ости ёғқавати ҳолати. Чурра, мускуллар ажралишини аниқлаш. Шеткин-Блумберг симптоми, методик, сирпанувчи, Образцов-Стражеско усулида пальпация. 4 моментли ичак пальпацияси кетма-кетлиги аъзоларга нисбатан жойлашуви, ҳаракатчанлиги, оғриқ, консистенция, катталиги, юзаси, ғулдираш бор-йўқлиги. Жигар, талоқ, буйрак пальпацияси. Ошқозон ишрасини ва ўтнинг текшириш, олинган натижаларни интерпритация қилиш. Дуоденал зондлаш методикаси, ўтнинг 3 порциясини микро, макроскопик текшириш, диагностик аҳамияти.

Ҳазм аъзоларини инструментал текшириш усуллари. (рентгенологик, эзофагогастроуденофиброскопия ректороманоскопия). Ошқозон-ичак трактини рентгенологик текшириш, диагностик аҳамияти. Ошқозон ичак йўллари эндоскопик текшириш. Гастроскопия. Колоноскопия. Ректороманоскопия. Эндоскопия усулини рентгенологик текширув усулидан афзаллиги.

Гастритлар, этиологияси, патогенези ва таснифи. Ўткир ва сурункали гастрит симптоматологиясини. Ошқозон ва 12 бармоқли ичак яра касаллиги этиологияси. Патогенези симптоматологияси.

Энтерит ва колитлар симптоматологияси этиологияси, патогенези, симптоматологияси. Копрологик текширув. Диагностик аҳамияти ва олинган натижаларни интерпритация қилиш.

12-модуль. Жигар ва ўт йўллари касалликлари билан касалланган беморларни субъектив ва объектив текшириш усуллари. Асосий клиник синдромлар: сариклик, портал гипертензия, жигар етишловчилиги. Гепатитлар ва жигар циррозининг симптоматологияси

Жигар ва ўт йўллари касаллиги билан оғриган беморларни сўраб-суриштириш. Асосий шикоятлари: оғриқҳосил бўлиш механизми, локализацияси, характери, давомийлиги, иррадиацияси, сабаблари, кучайиши, сусайиши, оғриқ тўхташи, диагностик аҳамияти. Диспепсия: иштаҳа ўзгариши, оғизда тахирлик, кекириш, кўнгил айлаш, қайт қилиш, қорин димланиши, ҳулдираши. Сариклик: тери рангини ўзгариши, сийдик, аҳлат ўзгариши. Диагностик аҳамияти. Тери кичиши. Қон кетиш ва геморагик диатезни бошқа

кўринишлари. Қорин катталашуви. Кўздан кечириш. Умумий кўриниши, тери ости ёғқаватини ўзгариши. Теридаги ўзгаришлар: сарғайиш, томирли юлдузчалар, жигар кафти, ноғарасимон бармоқлар, гинекомастия, эритема, диагностик аҳамияти. Қоринни кўздан кечириши: асцит ёки чегараланган (талок, жигар ўт қопи катталашуви). Киндик ҳолати. Қоринни олдинги деворида вена тугларини ҳосил бўлиши. Жигар пальпацияси, қирраси, консистенцияси, юзи, оғриқлилиги. Қорин перкуссияси, асцитни аниқлаш. Курлов буйича жигар ўлчамини аниқлаш.

Асосий клиник синдромлар ҳақида тушунча сариклик портал гипертензия, жигар етишловчилиги. Сариклик. Сариклик турлари. Сарикликнинг механизми ва патогенези. Билирубин алмашинувчини схемаси. Портал гипертензия симптоматологияси. Жигарни пигмент, углевод, ёғ алмашинувчини текшириш (қонни биокимёвий текшириш), микроэлементларни текшириш (темир, мис) тушунчалари ва аҳамияти. Ферментларни текшириш жигарнинг зарарсизлантирувчи, чиқарувчи фаолиятини текшириш жигар структураси ва фаолиятини радиоизотоп билан текшириш, радиометрик текшириш, жигарни сканерлаш методикалари. Ўт қопини сканерлаш методикаси. Рентген усули билан текшириш: холицистография, холеграфия, компьютер томография.

Жигар етишловчилиги механизми ва симптоматологияси. Сурункали холецистит ва гепатитлар симптоматологияси. Шикоятлари, кўздан кечириш, пайпаслаш, тукиллатиш. Касалликлар этиологияси ва патогенези ҳақида умумий тасаввур. Жигар циррози симптоматологияси. Шикоятлари, кўздан кечириш, пайпаслаш, тукиллатиш. Касалликлар этиологияси ва патогенези ҳақида умумий тасаввур.

13-модуль. Буйрак касалликлари билан касалланган беморларни субъектив ва объектив текшириш усуллари. Асосий клиник синдромлар: сийдик, нефротик, гипертоник. Уткирва сурункали гломерулонефрит ва пиелонефритларни симптоматологияси.

Буйрак касаллиги билан касалланган беморларни сўраб-суриштириш, кўздан кечириш, пальпация, асосий клиник синдромлар, асосий шикоятлар ва уларнинг патогенези ҳақида умумий тушунча. Оғриқлар, уларнинг таҳлили. Шишлар жойлашуви, тарқалиши. Дизурик бузилишлар. Пешобни лаборатор текшириш усуллари. Функционал буйрак синамалари (Зимницкий, Ничепоренко, Реберга). Олинган натижаларни интерпритация қилиш.

Нефритлар симптоматологияси. Ўткир ва сурункали пиелонефрит, гломерулонефритнинг этиологияси ва патогенези ҳақида умумий тушунча.

14-модуль. Қон тизими касалликлари билан касалланган беморларни субъектив ва объектив текшириш усуллари. Клиник, лаборатор ва инструментал текшириш усуллари. Анемия ва лейкозларни симптоматологияси.

Қон касаллиги билан касалланган беморларни сўраб-суриштириш ва текшириш усуллари (шикоятини, анамнез йиғиш, наслий факторлар). Оғриқ томоқда, суякларда, ўнг ва чап қовурға остида. Қон кетиши: бурундан, милклардан, меъда-ичак тизимидан, бачадон ва бошқа органлардан. Тери қичиши, безгак, кўздан кечириш. Тери ва шиллик қаватларда ўзгаришлар, регионар лимфа тугунларининг катталашуви. Лимфа тугунларни пайпаслаш. Жигар, талокни пайпаслаши, консистенцияси, юзаси ва қирраси, оғриқлар. Петехиялар. Қонни текшириш. Умумий қон анализини клиник аҳамияти ва олинган натижаларни интерпритация қилиш.

Анемиялар симптоматологияси. Камқонликлар. Этиология ва патогенези туғрисида умумий тушунчалар. Камқонликлар таснифи. Темир етишмовчилик, постгеморрагик, гемолитик камқонликлар симптоматологияси. Лейкозлар симптоматологияси. Этиология ва патогенез туғрисида умумий тушунчалар. Лейкозлар таснифи. Ўткир ва сурункали (миелолейкоз ва лимфолейкоз) лейкозлар симптоматологияси.

15-модуль. Эндокрин тизим касалликлари билан касалланган беморларни субъектив ва объектив текшириш усуллари. Қалқонсимон без касалликлари симптоматологияси. Қандли диабет симптоматологияси.

Ички секреция безлари касалликларини билан оғриган беморларни сўраб-суриштириш (шикоят, анамнез йиғиш, наслий факторлар). Шикоятлар: ҳолсизлик, озиш, семириш, чанқоқ, иштаҳа, иситма ҳолати, юқори кўзғалувчанлик, тери қичиши, юрак уриши, тери қопламларини ранги ўзгариши, кўриши. Умумий ҳолат. Эс-ҳуши. Бўй ва унинг пропорциялари ўзгариши. Жинси ва ёш белгилари. Тери қопламлари ўзгариши. Терида тошмалар, стриялар борлиги. Тери ости ёғ клетчаткасининг ривожланиши ва бир текис тарқалиши. Шишлар. Ҳолсизлик. Суяк системасини ўзгариши. Тананинг айрим қисмларини кўриниши симптомларини аниқлаш. Юзни ўзгариши, бўйин соҳасини ўзгариши. Қолқонсимон без касалликлари. Гипо ва гипертериоз симптоматологияси. Қандли диабет этиопатогенези, симптоматологияси. Диабетик ва гипогликемик комалар тўғрисида тушунча. Тез ёрдам асослари.

15-модуль. Бириктирувчи тукима тизимли касалликлари билан касалланган беморларни субъектив ва объектив текшириш усуллари. Ревматоидли артрит, тизимли кизил бурнча, склеродермия симптоматологияси.

Амалий машғулотлар

Амалий машғулотларни ташкил этиш бўйича кўрсатма ва тавсиялар

Амалий машғулотларини ўтказишда қуйидаги дидактик тамойилларга амал қилинади:
амалий машғулотларининг мақсадини аниқ белгилаб олиш;
ўқитувчининг инновацион педагогик фаолияти бўйича билимларни чуқурлаштириш имкониятларига талабаларда қизиқиш уйғотиш;
талабада натижани мустақил равишда қўлга киритиш имкониятини таъминлаш;
талабани назарий-методик жиҳатдан тайёрлаш;
амалий машғулотлари нафақат аниқ мавзу бўйича билимларни яқунлаш, балки талабаларни тарбиялаш манбаи ҳамдир.

Амалий машғулотларнинг тахминий рўйхати

- Ички касалликлар пропедевтикасининг вазифалари. Беморни текшириш тартиби.
- Касаллик тарихи схемаси.
- Беморни умумий кўздан кечириш.
- Температура эгрилиги. Антропометрия.
- Пальпация текширув усули сифатида.
- Перкуссия объектив текширув усули.
- Аускультация.
- Беморларни функционал ва инструментал текширув усуллари.
- Лаборатор машғулотлар.
- ЭКГ олиш ва таҳлил қилиш.
- Нафас олиш тизими.
- Юрак-қон томирлар системаси
- Овқат ҳазм қилиш системаси.
- Сийдик айирув системаси.
- Қон тизими.
- Эндокрин система.
- Бириктирувчи тукима касалликлари.
- Аллергик касалликлар бўйича тушунча.

Лаборатория ишларини ташкил этиш бўйича кўрсатмалар

Фан бўйича лаборатория ишлари ўқув режада назарда тутилмаган.

Курс ишини ташкил этиш бўйича услубий кўрсатмалар

Даволаш ва тиббий педагогика таълим йўналишлари бўйича касаллик тарихи текшириш кўздатилган.

Мустақил таълимни ташкил этишнинг шакли ва мазмуни

Талаба “ИКП” фанидан мустақил таълимни ташкил этишда муайян фаннинг хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда қуйидаги шакллардан фойдаланиш тавсия этилади ва жорий назорат сифатида баҳоланади:

1) мавзулар бўйича конспект (реферат, тақдимот) **тайёрлаш.** Назарий материални пухта ўзлаштиришга ёрдам берувчи бундай усул ўқув материалига диққатни кўпроқ жалб этишга ёрдам беради. Талаба конспекти турли назорат ишларига тайёргарлик ишларини осонлаштиради, вақтни тежайди;

2) ўқитиш ва назорат қилишнинг автоматлаштирилган тизимлари билан ишлаш. Талабалар маъруза ва амалий машғулотлар давомида олган билимларини ўзлаштиришлари, турли назорат ишларига тайёргарлик кўришлари учун тавсия этилган электрон манбалар, инновацион дарс лойиҳаси намуналари, ўз-ўзини назорат учун тест топшириқлари в.б;

3) фан бўйича қўшимча адабиётлар билан ишлаш. Мустақил ўрганиш учун берилган мавзулар бўйича талабалар тавсия этилган асосий адабиётлардан ташқари қўшимча ўқув, илмий адабиётлардан фойдаланадилар. Бунда рус ва хорижий тиллардаги адабиётлардан фойдаланиш рағбатлантирилади;

4) ИНТЕРНЕТ тармоғидан фойдаланиш. Фан мавзуларини ўзлаштириш, рефератлар, презентацияларни тайёрлашда мавзу бўйича ИНТЕРНЕТ манбаларини топиш, улар билан ишлаш назорат турларининг барчасида қўшимча рейтинг баллари билан рағбатлантирилади;

5) мавзуга оид масалалар, кейс-стадилар ва ўқув лойиҳаларини ишлаб чиқиш ва иштирок этиш;

6) амалиёт турларига асосан материал йиғиш, амалиётдаги мавжуд муаммоларнинг ечимини топиш, ҳисоботлар тайёрлаш;

7) илмий семинар ва анжуманларга тезис ва мақолалар тайёрлаш ва иштирок этиш;

Уйга берилган вазифаларни бажариш, янги билимларни мустақил ўрганиш, керакли маълумотларни излаш ва уларни топиш йўллари аниқлаш, Интернет тармоқларидан фойдаланиб маълумотлар тўплаш ва илмий изланишлар олиб бориш, илмий тўгарак доирасида ёки мустақил равишда илмий манбалардан фойдаланиб илмий мақола (тезис) ва маърузалар тайёрлаш кабилар талабаларнинг дарсда олган билимларини чуқурлаштиради, уларнинг мустақил фикрлаш ва ижодий қобилиятини ривожлантиради. Уй вазифаларини текшириш ва баҳолаш амалий машғулот олиб борувчи ўқитувчи томонидан, конспектларни ва мавзунини ўзлаштириш даражасини **текшириш** ва баҳолаш эса маъруза дарсларини олиб борувчи ўқитувчи томонидан ҳар дарсда амалга оширилади.

Мустақил ишни ташкил этиш бўйича услубий кўрсатма ва тавсиялар, кейс-стади, вазиятли масалалар тўплами ишлаб чиқилади. Унда талабаларга асосий маъруза мавзулари бўйича амалий топшириқ, кейс-стадилар ечиш услуби ва мустақил ишлаш учун вазифалар белгиланади.

Уйга берилган вазифаларни бажариш, янги билимларни мустақил ўрганиш, керакли маълумотларни излаш ва уларни топиш йўллари аниқлаш, Интернет тармоқларидан фойдаланиб маълумотлар тўплаш ва илмий изланишлар олиб бориш, илмий тўгарак доирасида ёки мустақил равишда илмий манбалардан фойдаланиб илмий мақола (тезис) ва маърузалар тайёрлаш кабилар талабаларнинг дарсда олган билимларини чуқурлаштиради, уларнинг мустақил фикрлаш ва ижодий қобилиятини ривожлантиради. Уй вазифаларини текшириш ва баҳолаш амалий машғулот олиб борувчи ўқитувчи томонидан, конспектларни ва мавзунини ўзлаштириш даражасини **текшириш** ва баҳолаш эса маъруза дарсларини олиб борувчи ўқитувчи томонидан ҳар дарсда амалга оширилади.

Мустақил ишни ташкил этиш бўйича услубий кўрсатма ва тавсиялар, кейс-стади, вазиятли масалалар тўплами ишлаб чиқилади. Унда талабаларга асосий маъруза мавзулари бўйича амалий топшириқ, кейс-стадилар ечиш услуби ва мустақил ишлаш учун вазифалар белгиланади.

№	ТМИ мавзуси	соатлар
1.	Уткир респиратор дистресс синдром	3
2.	Астматик статус.	3
3.	Ўпка эмфиземаси.	3
4.	Обструктив нафас етишмовчилиги диагностикаси.	3
5.	Бронхоэктатик касаллик диагностикаси.	3
6.	Упка абсцесси.	3
7.	Упка касаллиги натижасида юрак касалликлари.	3
8.	Инфекцион экдокардит.	3
9.	Гипертоник кризлар.	3
10.	Гипотония касаллиги.	3
11.	Уткир коронар синдром.	3
12.	Уткир кон айланиш етишмовчилиги.	3
13.	Сурункали кон айланиш етишмовчилиги.	3
14.	Одам гельминтоз касалликлари	3
15.	Ошкозон ичак трактини имунопатологияси	3
16.	Сурункали панкреатит.	3
17.	Рефлюкс эзофагит.	3
18.	Буйрак касалликлари имунопатологияси.	3
19.	Тубулоинтерстеционал нефропатиялари.	3
20.	Ревматоид артрит имунопатологияси.	3
21.	Анемиялар (Темир танқис анемиялар)	3
22.	Қандли диабет. Диабетик ва гипогликемик кома	3
23.	Ревматоидли артрит.	3
24.	Тиреотоксикоз	3
25.	Аддисон касаллиги симптоматологияси	3
26.	Бехтерева касаллиги симптоматологияси	3
27.	Бўғим синдроми қиёсий диагностикаси	2
28.	Гипер ва гипогликемик комалар қиёсий диагностикаси	2
29.	Лейкозлар	2
30.	Эритроцитоз симптоматологияси	2
31.	Тизимли қизил бўрича ташхис мезонлари	2

Жами

88соат

Фойдаланиладиган адабиётлар рўйхати

Асосий адабиётлар

1. Гадаева; Каримов М.Ш.; “Ички касалликлар пропедевтикаси” Т. 2012;
2. Мухин Н.А., Моисеев В.И. "Пропедевтика внутренних болезней", М. 2000.
3. Василенко В.Х., Гребенев А.Л. “Пропедевтика внутренних болезней”, М.1989

Қўшимча адабиётлар

1. Гребенев А.Л. "Пропедевтика внутренних болезней", М. 2001.
2. Струтынский А.В. “Основы семиотики заболеваний внутренних органов” М. 2004. МЕДпресс-информ.
3. Карабаева Р.А. Практикум по пропедевтике внутренних болезней, 1992.
4. Терапия пер. с англ. \ под ред. Чучалина М. 1997.
5. Геотар М. Терапевтический справочник Вашингтонского университета, пер. с англ. -1996.
6. Textbook. Harrisons principles of internal medicine. Fauci A. Braunwald E ed. McGraw-Hill, 1998.
7. Textbook of internal medicine. William N. Kelley ed. Lippincott - Ravenpublishers, 1997.
8. Перевод с английского под редакцией акад. РАМН В.Т.Ивашкина “Внутренние болезни по Дэвидсону” Геотар М. 2009

Интернет сайтлари:

- 1.www.tma.uz
- 2.www.ziyonet.uz
- 3.www.medlincs.ru
- 4.www.medbook.ru.

**Министерство высшего среднего-специального образования
Министерство здравоохранения Республики Узбекистан
Бухарский медицинский институт имени Абу Али ибн Сина
Кафедра пропедевтики внутренних болезней**

Взята на учет
Учебным частом
№ _____

«_____» _____ 2021у.

“Утверждаю”
проректор по учебной работы
дмн., доц _____ Г.Ж.Жарилкасынова
“_____” _____ 2021 у

**Модуль рабочей программы по предмету пропедевтики внутренних
болезней на 2021-2022 учебный год
Ta'lim yo'nalishi:**

Профил знаний:	500000	– Здравоохранения и социального обеспечения
Профил образования:	510000	– Здравоохранения
Профил образования:	5510700	– Лечебный дело
	5111000	- Профессии образования

Курс	3
Объем часов	155 soat
В том числе:	
Лекции	20 soat
Теоретическая занятия	24 soat
Клиническая занятия	46 soat
Самостоятельная работа	65 soat

Бухара – 2021

Fanning ishchi o'quv dasturi o'quv, ishchi o'quv reja va o'quv dasturiga muvofiq ishlab chiqildi.

Tuzuvchi:

Narziyev Sh. S. – Ichki kasalliklar propedevtikasi kafedrası katta o'qituvchisi, t.f.n.

Taqrizchi:

Axmedova N.Sh. – Fakultet va gospital terapiya, gematologiya va klinik laboratoriya kafedrası dotsenti

Ushbu ishchi dastur o'quv dasturi va o'quv reja asosida 5510700- davolash ishi, 5111000 -Kasbiy ta'lim yo'nalish bo'yicha tuzilgan va kafedra yig'ilishida muhokama qilingan va tasdiqlangan.

Bayonnoma № _____ « _____ » _____ 2021y.

Kafedra mudiri: t. f. d., prof. _____

(imzo)

Nurboyev F.E.

FUK rahbari: Obloqulov A.R.—Yuqumli kasalliklar, epidemiologiya, teri-tanosil kasalliklari kafedrası mudiri, t.f.d., dotsent _____

Ushbu ishchi dastur o'quv dasturi va o'quv reja asosida 5510700- davolash ishi, 5111000 -Kasbiy ta'lim yo'nalish bo'yicha tuzilgan va Buxoro davlat tibbiyot instituti markaziy uslubiy kengashida muhokama qilingan va tasdiqlangan.

Bayonnoma № _____ « _____ » _____ 2021 y.

Uslubchi:

Odilova R. H.

KIRISH

Ichki kasalliklar propedevtikasi barcha kasalliklarning simptom va sindromlarini, ichki a'zolar kasalliklari diagnostikasida qo'llaniladigan kasallik va yangi tekshiruv usullarini, tashxis qo'yish va bemorning tibbiy bayonnomasini yozishni o'rgatadi. Simptomatologiya va diagnostikani o'qitishni xususiy patologiyani o'rgatishdan ajratib bo'lmaydi, ya'ni, bir tomondan o'rganish yo'llari va bilish usullari, boshqa tomondan ob'ektiv bilish orasida farq bo'lmasligi kerak. Simptomatologiya, diagnostika va xususiy patologiya asoslari ajralmas bog'liqlikda o'rganilishi kerak. Asosiy terapevtik kasalliklarni o'rganish simptomlarning klinik ahamiyatini illyustratsiyasidir. Talabalar diagnostika usullariga muayyan bemor kasalligi tarixini tahlil qilishga ko'nikadilar. Talaba klinikada ishlashning birinchi kunlaridanoq ichki kasalliklar propedevtikasi vazifalaridan biri bo'lgan vrachlik deontologiyasi asoslarini ham o'rganib olishi lozim. Propedevtikani bilish keyinchalik terapiyani emas, balki boshqa klinik intizomlarni ham o'rganish uchun zarur. Kasalliklar simptomlarini va asosiy diagnostik usullarni bilishi, tashxis uslublariga faqatgina terapevt emas, balki, xirurg, ginekolog, nevropatolog va boshqa barcha klinik mutaxassislar ham ega bo'lishlari shart.

Bakalavr ichki kasalliklar propedevtikasi fani bo'yicha nazariy, uslubiy, tashkiliy va amaliy ko'nikmalarni o'zlashtirish orqali mustaqil ishga ya'ni umumiy amaliyot vrachi bo'lishiga tayyorlanishi, hamda ularni klinik, laborator, funktsional va asbobiy tekshiruvlar natijalarni tahlil qilib, diagnoz qo'yishga o'rganadi.

Ichki kasalliklar propedevtikasi fanini o'rganish jarayonida talabalarda kasallik, diagnoz, diagnostika prinsiplarini simptom, sindromlarni kelib chiqishi mexanizmlari to'g'risida hozirgi zamon tushunchalarini shakllantirish talabalar ongida vrachlik odobi va axloqi va deontologiyasi asoslarini singdirishdir.

Ichki kasalliklar propedevtikasi fani orqali talaba organizmdagi asosiy patologig jarayonlarni vujudga kelish sabablarini va ularni rivojlanish mexanizmlarini asosiy simptom va sindrom haqida tushunchalarni fizikal tekshirishni o'tkazishni, ko'zdan kechirish, paypaslash, tukkillatish, eshitish, arterial bosimni o'lchash, pulsni aniqlash, EKG ni yozib olish, qon, siydik, najas, balg'am, me'da shirasi, duodenal mahsulotlarni, plevral suyuqligini umumiy tahlili va ularni klinik baholash, klinik o'lim hollarida reanimatsiya chora- tadbirlarini ko'rishni, shifokorlik deontologiyasi asoslarini bilishlari shart.

Ichki kasalliklar propedevtikasi fani o'qitish fani normal anatomiya, normal fiziologiya, umumiy biologiya va tibbiyot genetikasi, bioximiya va mikrobiologiya fanlari bilan vertikal integratsiya va patologik anatomiya, patologik fiziologiya, umumiy xirurgiya va farmakologiya fanlari bilan gorizontal integratsiya asosida olib boriladi.

Ishchi o'quv modulning maqsadi va vazifalari

Fanni o'qitishdan maqsad- talabalarni propedevtika fani bo'yicha tanishtirish va vrach deontologiyasi, yatrogeniya, bemorlarni klinik tekshirish usullari bo'yicha tanishtirish (so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, auskultatsiya) organ va sistemalarni qadamba- qadam tekshirishni, sistema bo'yicha sindrom va simptomlarni asosiy qonuniyatlarini o'rganish, a'zolari laborator va instrumental tekshirishni va interpretatsiya qilish ko'nikmalarini egallashdan iborat.

Fanning vazifasi- uni o'rganuvchilarga:

talabalarni vrach texnikasi yoki tekshirish usullariga o'rgatish

sindrom va simptomlarni asosiy qonuniyatlarini o'rgatish
organ va sistemalarni qadamba-qadam tekshirishni o'rgatish
a'zolari laborator va instrumental tekshirishni va interpretatsiya qilish o'rgatish
olingan tekshiruv natijalari asosida diagnostik xulosani qo'ya bilish,
ichki kasalliklarning nozologik formalarini savollarini o'rganish
ichki kasalliklarning asosiy davolash printsiplarini o'rgatish

Fan bo'yicha talabalarning tasavvur, bilim, ko'nikma va malakalariga qo'yiladigan talablar

Asosiy klinik tashxis qoyish usullari ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, auskultatsiya usullarini bilish va amaliyotda qo'llash. Bemorlarni mustaqil ravishda so'rab surishtirish va organizmdagi patologik jarayonlar etiologiyasi va patogenezini haqida tasavvurga ega bo'lishi kerak.

- shifokor deontologiya asoslari.
- kasalliklarning asosiy simptom va sindromlari haqidagi tushunchalarga ega bo'lishlari kerak.

Qo'shimcha tashxis uchun kerakli bo'lgan laboratoriya analizlarini tahlil qilishni bilishi va ulardan foydalana olishi;

- ko'p tarqalgan, tipik formada kechuvchi ichki kasalliklarning asosiy diagnostikasi
- birinchi tez tibbiy yordam berish choralari tushunchasiga ega bo'lishi va asosiy tibbiy hujjatlarni yurita olish ko'nikmalariga va malakalariga ega bo'lishi kerak.

Fanning o'quv rejadagi boshqa fanlar bilan o'zaro bog'liqligi va uslubiy jihatidan uzviy ketma-ketligi

Ichki kasalliklar propedevtikasi fani tibbiy- klinik fan hisoblanib, 5 va 6 semestrlarda o'qitiladi. Dasturni amalga oshirish o'quv rejasida rejalashtirilgan matematik va tibbiy –ilmiy (odam anayomiyasi va patologik anatomiya, normal va patologik fiziologiya, farmakologiya) fanlaridan yetarli bilim va ko'nikmalarga ega bo'lishlik talab etiladi.

Fanning ilm-fan va ishlab chiqarishdagi o'rni

Umumiy amaliyot shifokorini tayyorlashda propedevtika fani katta ahamiyatga ega. Chunki bu fan bakalavrlarga bemorlarni tekshirish usullarini o'rgatadi (anamnez yig'ish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, auskultatsiyani) hamda laborator instrumental tekshirish usullarini chuqur o'rgatadi.

Fanni o'qitishda zamonaviy axborot va pedagogik texnologiyalar

Talaba ichki kasalliklar propedevtikasi fanini o'zlashtirishda ta'limning innovasion usullaridan foydalanishi, yangi pedagogic, axborot va internet texnologiyalarni tadbqiq qilishi muhim ahamiyat kasb etadi. Fanni o'zlashtirishda o'quv va uslubiy ta'minot (darslik, o'quv va uslubiy qo'llanmalar, modul topshiriqlari, ma'ruza matnlari, tarqatma materiallar, kompyuter dasturlari, elektron materiallar hamda EKG, videotizimlardan)dan foydalanish tavsiya etiladi. Ma'ruza va amaliy mashg'ulotlarda turli metod va vositalardan, xususan, aqliy hujum, klaster, amaliy ish va didaktik o'yinlar, portfolio, keys-stadi, shuningdek, kompyuter dasturlaridan, internet tizimlaridan foydalanish mumkin.

Shaxsga yo'naltirilgan ta'lim. Bu ta'limo'zmohiyatiga ko'rata'lim jarayoning barcha ishtirokchilarini to'laqonli rivojlanishlarini ko'zda tutadi. Bu esa ta'limni loyihalashtirilayotganda, albatta, ma'lum bir ta'lim oluvchining shaxsini emas, avvalo kelgusidagi mutahassislik faoliyati bilan bog'liq o'qish maqsadlaridan kelib chiqqan holda yondashilishni nazarda tutadi.

Tizimli yondashuv. Ta'lim texnologiyasi tizimning barcha belgilarini o'zida mujassam etmog'I lozim: jarayoning mantiqiyligi, uning barcha bo'g'inlarini o'zaro bo'g'langanligi, yahlitligi.

Faoliyatga yo'naltirilgan yondashuv. Shaxsning jarayonli sifatlarini shakllantirishga, ta'lim oluvchining faoliyatini aktivlashtirish va intensivlashtirish, o'quv jarayonida uning barcha qobiliyati va imkoniyatlari, tashabbuskorligini ochishga yo'naltirilgan ta'limni ifodalaydi.

Dialogik yondashuv. Bu yondashuv o'quv munosabatlarini yaratish zaruriyatini bildiradi. Uning natijasida shaxsning o'z-o'zini faollashtirishi va o'z-o'zini ko'rsata olishi kabi ijodiy faoliyati kuchayadi.

Hamkorlikdagi ta'limni tashkil etish. Demokratik, tenglik, ta'lim beruvchi va oluvchi faoliyat mazmunini shakllantirishda va erishilgan natijalarni baholashda birgalikda ishlashni joriy etishga e'tiborni qaratish zarurligini bildiradi.

Muammoli ta'lim. Ta'lim mazmunini muammoli tarzda taqdim qilish usuli ta'lim oluvchi faoliyatini aktivlashtiradi. Bunda ilmiy bilimni ob'ektiv qarama-qarshiligi va uni hal etish usullarini ijodiy tarzda qo'llanilishi dialektik mushohadani shakllantiradi va rivojlantiradi natijada talabani mustaqil ijodiy faoliyati ta'minlanadi.

Axborotni taqdim qilishning zamonaviy vosita va usullarini qo'llash – yangi kompyuter va axborot texnologiyalarini o'quv jarayoniga tatbiq etish.

O'qitishning usillari va texnikasi. Ma'ruza (kirish, mavzuga oid, vizuallash), muammoli ta'lim, keys-stadi valoyihalash usullari, amaliy ishlar.

O'qitishni tashkil etish shakllari: dialog, polilog, muloqot hamkorlik va o'zaro o'rganishga asoslangan frontal, kollektiv va guruh.

O'qitish vositalari. O'qitishning an'anaviy shakllari (darslik, ma'ruza matni) bilan bir qatorda – kompyuter va axborot texnologiyalari.

Kommunikatsiya usullari: tinglovchilar bilan operativ teskari aloqaga asoslangan bevosita o'zaro munosabatlar.

Teskari aloqa usullari va vositalari: kuzatish, blits-so'rov, oraliq, joriy va yakuniy nazorat natijalarini tahlili asosida o'qitish diagnostikasi.

Boshqarish usullari va vositalari: o'quv mashg'uloti bosqichlarini belgilab beruvchi texnologik xarita ko'rinishdagi o'quv mashg'ulotlarini rejalashtirish, qo'yilgan maqsadga erishishda o'qituvchi va talabaning birgalikdagi harakati, nafaqat auditoriya mashg'ulotlari машғулотлари, balki auditoriyadan tashqari mustaqil ishlarning nazorati.

Monitoring va baholash: o'quv mashg'ulotida ham butun dars davomida ham o'qitishning natijalarini rejali tarzda kuzatib borish. Sikl oxirida OSKI yordamida tinglovchilarning bilimlarini baholash.

Fanning hajmi, mashg'ulotlar va reyting baholash tarkibi

semestr	Jami soat	Audatoriya soat	ma'ruza	Amaliy mashg'ulot	Klinik mashg'ulot	Mustaqil Ta'lim	Nazorat turi		
							Reyting bali		
							j/n	o/n	ya/n
5	155	90	20	24	46	65	0,5	0,2	0,3

Interfaol usullar

1. "Assisment" usuli

O'qituvchi trener qo'lida qog'oz 4 ga bo'lingan.

Mavzuga oid simptomni aytib berish.

Muammoli masalani echish.

Test yechish.

Amaliy ko'nikmani bajarish.

2. "Moychechak" usuli:

Oldindan moychechak maketini plakatda, doskada tayyorlab qo'ying.

Moychechak barglarining teskari tomoniga savol yozib, 2-3 tasiga "priz" yoki "savolga javob berishingiz shart emas, dam oling" deb yozib qo'yning. Guruh qatnashchilari navbat bilan moychechak barglaridan olib, tegishli savolga javob berishadi.

3. "Syurprizni top" o'yini:

Mashgulot boshlanishi oldidan qog'oz parchalariga savol yozilib, ko'rinmaydigan joyga yopishtirib qo'yiladi.

Qatnashchilar dars xonasiga kirishgach, ularga ba'zi birlari sovg'a topishlari mumkinligi aytiladi. Navbat bilan stol tagidan topilgan qog'ozlardagi savollarga javob beriladi.

4. "Miya shturmi" usuli.

Usulning asosiy koidalari:

- fikrlarni tuzishga xalakit beradigan xech kanakangi o'g'xlantirish ishlari va kritikalar bulmasligi
 - agar fikr kanchalik gayritabiiy bulsa, shuncha yaxshiligini inobatga olish
 - kuprok takliflar olishga xarakat kilish
 - fikrlarni kombinatsiyalash va rivojlantirish
 - keng asoslab bermay, kiska ta'rif berish
 - guruxning fikrlarini aytadigan va kayta ishlaydiganlarga bulish
- Ushbu metod talabalarga uz fikrlarini asoslash, ximoya kilish, mustakil fikrlash kobiliyatini oshirish .

5. "Rotatsiya" usuli

Guruhni kichik guruhlarga bo'lib ularga bir nechta muammoli savol yoki vaziyatli masala beriladi. Har bir kichik guruh 10 daqiqa davomida o'z javobini yozib keyingi savolga o'tadi. Oxirigacha barcha savollarga javob yoziladi. Yozilgan javoblar muhokama qilinib to'g'ri javob tanlanadi. Ko'rgazmali plakatlardan foydalanadi.

6. "Zaif halka" usuli

Guruhdagi talabalar doira hosil qilib o'tirishadi. Talabalarga navbat bilan mavzu yuzasidan tez va qisqa javoblar talab qilinadigan savollar beriladi. Savolga javob bera olmagan talaba o'yindan chiqadi. Eng oxirida qolgan talaba ko'p savollarga to'g'ri javob bergan bo'ladi.

7. Savol-javob usuli "Bum" o'yini

Trener –o'qituvchining qo'lida o'tilgan mavzu-materiallar bo'yicha tayyor savollar bo'lishi lozim. Qatnashchilarga o'yin qoidasi tushuntiriladi: ular 1,2,3 deb sonlarni ovoz chiqarib aytishlari, 3,3 ga bo'linadigan, 3 bilan tugaydigan sonlar o'rniga "Bum" so'zini aytishlari kerak. Diqqat qilib o'tirmagan, hisobda adashgan talabaga oldindan tayyorlangan savol berib, uning fikri o'rganiladi;

Shu tariqa guruh qatnashchilari orasida o'yin davom ettiriladi.

8. "Akademik polemika" «Akademik polemika» guruh 2 komandaga bo'linadi. Ularga vaziyatli masala beriladi. Har bir komanda to'g'ri javoblarni aytib beradigan (Advokatlar) va noto'g'ri javoblarni aytib beradigan (prokurorlar) 2 ta talaba tayinlanadi.

9. "3 pog'onali intervyu" «3 pog'onali intervyu» har bir guruhga (3 kishidan) rollarga bo'lib beriladi. "Vrach", "bemor", "VOP ekspert". "Bemorlarga" anonim ravishda tashxis aytiladi. Har bir guruh 10-15 daqiqa ichida muhokama o'tkazadi. "Ekspert" vrach harakatini uch qism bo'yicha baholaydi.

nima to'g'ri bajarildi 2. nima noto'g'ri bajarildi 3. qanday bajarish kerak edi

10. "Guruh tekshirish" - guruhda mavzuga oid 2-3 ta savol beriladi. Ma'lumot yig'ish uchun vaqt beriladi.

11. "Galereya bo'yicha" - kichik guruhlarga bitta topshiriq beriladi. Har bir guruh 10 daqiqa ichida o'z fikrini yozadi va javob varaqasini 2 guruh bilan almashinadi. Keyingi guruh ularni baholaydi va javob to'liq bo'lmasa to'ldiriladi.

3. O'quv soatlari miqdori

Soat hajmi 155	O'quv yuklama miqdorining auditoriya mashg'ulotlari bo'yicha taqsimlanishi (soat)				Mustaqil ish 65
	Jami 90	Ma'ruza 20	Amaliy mashg'ulot 24	Klinik mashg'ulot 46	

Наименования лекционных занятий

№	Наименования лекционных занятий	Часы	Литературы
1	Пищеварительный тракт. Обследование пищевода, желудка, кишечника (расспрос, физикальная, лабораторно-инструментальная). Основные клинические синдромы. Понятия о коронавирусе, эпидемиология и его клиника	2	1. ГадаевА; Каримов М.Сщ.; “Ички касалликлар пропедевтикаси” Т. 2012; 2. Мухин Н.А., Моисеев В.И. "Пропедевтика внутренних болезней", М. 2000. 3. Василенко В.Х.. Гребенев А.Л “Пропедевтика внутренних болезней”, М.1989 4. Нарзиев Сщ.С. Абдуллаева М.А. «Ички касалликлар пропедевтикаси». Бухоро. 2018;
2	Заболевание пищеварительного тракта: заболевание пищевода, гастриты клиника, диагностика Диагностика и дифференциальная диагностика и течения коронавируса	2	1. ГадаевА; Каримов М.Сщ.; “Ички касалликлар пропедевтикаси” Т. 2012; 2. Мухин Н.А., Моисеев В.И. "Пропедевтика внутренних болезней", М. 2000. 3. Василенко В.Х.. Гребенев А.Л “Пропедевтика внутренних болезней”, М.1989 4. Нарзиев Сщ.С. Абдуллаева М.А. «Ички касалликлар пропедевтикаси». Бухоро. 2018;
3	Заболевании ищеварительного тракта. Язвенная болезнь, синдром мальабсорбции, хронические колиты клиника, диагностика. Лечение коронавируса	2	1. ГадаевА; Каримов М.Сщ.; “Ички касалликлар пропедевтикаси” Т. 2012; 2. Мухин Н.А., Моисеев В.И. "Пропедевтика внутренних болезней", М. 2000. 3. Василенко В.Х.. Гребенев А.Л “Пропедевтика внутренних болезней”, М.1989 4. Нарзиев Сщ.С. Абдуллаева М.А. «Ички касалликлар пропедевтикаси». Бухоро. 2018;
4	Печень и желчные пути. Методы обследования: расспрос, физикальный (осмотр, пальпация, перкуссия), лабораторно-инструментальные исследование. Основные клинические синдромы. Желтухи клиника, диагностика	2	1. ГадаевА; Каримов М.Сщ.; “Ички касалликлар пропедевтикаси” Т. 2012; 2. Мухин Н.А., Моисеев В.И. "Пропедевтика внутренних болезней", М. 2000. 3. Василенко В.Х.. Гребенев А.Л “Пропедевтика внутренних болезней”, М.1989 4. Нарзиев Сщ.С. Абдуллаева М.А. «Ички касалликлар пропедевтикаси». Бухоро. 2018;
5	Заболевании печени и желчных путей. Хронические гепатиты,	2	1. ГадаевА; Каримов М.Сщ.; “Ички касалликлар пропедевтикаси” Т. 2012; 2. Мухин Н.А., Моисеев В.И. "Пропедевтика

	цирроз печени, хронический холецистит клиника, диагностика.		внутренних болезней", М. 2000. 3. Василенко В.Х.. Гребенев А.Л "Пропедевтика внутренних болезней", М.1989 4. Нарзиев Сщ.С. Абдуллаева М.А. «Ички касалликлар пропедевтикаси». Бухоро. 2018;
6	Почки и мочевыделительная система. Методы обследования: опрос, физикальный (осмотр, пальпация, перкуссия), лабораторно-инструментальные исследование. . Основные клинические синдромы.	2	1. ГадаевА; Каримов М.Сщ.; "Ички касалликлар пропедевтикаси" Т. 2012; 2. Мухин Н.А., Моисеев В.И. "Пропедевтика внутренних болезней", М. 2000. 3. Василенко В.Х.. Гребенев А.Л "Пропедевтика внутренних болезней", М.1989 4. Нарзиев Сщ.С. Абдуллаева М.А. «Ички касалликлар пропедевтикаси». Бухоро. 2018;
7	Заболевание почек и мочевыделительной системы. Симптоматология острых и хронических гломерулонефритов и пиелонефритов. Острая и хроническая почечная недостаточность клиника, диагностика.	2	1. ГадаевА; Каримов М.Сщ.; "Ички касалликлар пропедевтикаси" Т. 2012; 2. Мухин Н.А., Моисеев В.И. "Пропедевтика внутренних болезней", М. 2000. 3. Василенко В.Х.. Гребенев А.Л "Пропедевтика внутренних болезней", М.1989 4. Нарзиев Сщ.С. Абдуллаева М.А. «Ички касалликлар пропедевтикаси». Бухоро. 2018;
8	Эндокринная и система обмен веществ. Методы обследования: опрос, физикальный, лабораторно-инструментальные исследование.	2	1. ГадаевА; Каримов М.Сщ.; "Ички касалликлар пропедевтикаси" Т. 2012; 2. Мухин Н.А., Моисеев В.И. "Пропедевтика внутренних болезней", М. 2000. 3. Василенко В.Х.. Гребенев А.Л "Пропедевтика внутренних болезней", М.1989 4. Нарзиев Сщ.С. Абдуллаева М.А. «Ички касалликлар пропедевтикаси». Бухоро. 2018;
9	Заболевание эндокринной и системы обмена веществ.	2	1. ГадаевА; Каримов М.Сщ.; "Ички касалликлар пропедевтикаси" Т. 2012; 2. Мухин Н.А., Моисеев В.И. "Пропедевтика внутренних болезней", М. 2000. 3. Василенко В.Х.. Гребенев А.Л "Пропедевтика внутренних болезней", М.1989 4. Нарзиев Сщ.С. Абдуллаева М.А. «Ички касалликлар пропедевтикаси». Бухоро. 2018;
10	Система крови. Методы обследования: опрос, физикальный, лабораторно-инструментальные исследование. Заболевание системы крови. Анемии клиника, диагностика.	2	1. ГадаевА; Каримов М.Сщ.; "Ички касалликлар пропедевтикаси" Т. 2012; 2. Мухин Н.А., Моисеев В.И. "Пропедевтика внутренних болезней", М. 2000. 3. Василенко В.Х.. Гребенев А.Л "Пропедевтика внутренних болезней", М.1989 4. Нарзиев Сщ.С. Абдуллаева М.А. «Ички касалликлар пропедевтикаси». Бухоро. 2018;
	Всего	20	

Содержание лекционных занятий

Лекция 1 Пищеварительный тракт. Обследование пищевода, желудка, кишечника (опрос, физикальная, лабораторно-инструментальная). Основные клинические синдромы.

Литература: 1.(осн. лит.)- 4

2.(доп. лит.)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

сайты интернета

Лекция 2 Заболевание пищеварительного тракта: заболевание пищевода, гастриты.

Литература: 1.(осн. лит.)- 4

2.(доп. лит.)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

сайты интернета

Лекция 3 Заболевании пищеварительного тракта: язвенная болезнь, синдром мальабсорбции, хронические колиты.

Литература: 1.(осн. лит.)- 4

2.(доп. лит.)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

сайты интернета

Лекция 4 Печень и желчные пути. Методы обследования: опрос, физикальный (осмотр, пальпация, перкуссия), лабораторно-инструментальные исследование. Основные клинические синдромы.

Литература: 1.(осн. лит.)- 4

2.(доп. лит.)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

сайты интернета

Лекция 5 Заболевании печени и желчных путей. Хронические гепатиты, цирроз печени, хронический холецистит.

Литература: 1.(осн. лит.)- 4

2.(доп. лит.)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

сайты интернета

Лекция 6 Почки и мочевыделительная система. Методы обследования: опрос, физикальный (осмотр, пальпация, перкуссия), лабораторно-инструментальные исследование. . Основные клинические синдромы.

Литература: 1.(осн. лит.)- 4

2.(доп. лит.)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

сайты интернета

Лекция 7 Заболевание почек и мочевыделительной системы. Симптоматология острых и хронических гломерулонефритов и пиелонефритов. ОПН и ХПН.

Литература: 1.(осн. лит.)- 4

2.(доп. лит.)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

сайты интернета

Лекция 8 Эндокринная и система обмен веществ. Методы обследования: опрос, физикальный, лабораторно-инструментальные исследование.

Литература: 1.(осн. лит.)- 4

2.(доп. лит.)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

сайты интернета

Лекция 9 Заболевание эндокринной и системы обмена веществ.

Литература: 1.(осн. лит.)- 4

2.(доп. лит.)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

сайты интернета

Лекция 10 Система крови. Методы обследования: опрос, физикальный, лабораторно-инструментальные исследование. Заболевания системы крови.

Литература: 1.(осн. лит.)- 4

2.(доп. лит.)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

сайты интернета

Наименования практических занятий

№	Наименование занятий	Кол.во часов	литературы
1	Пищеварительный тракт. Обследование пищевода, желудка, кишечника (расспрос, физикальная, лабораторно-инструментальная).	2	1. ГадаеваА; Каримов М.Сщ.; “Ички касалликлар пропедевтикаси” Т. 2012; 2. Мухин Н.А., Моисеев В.И. "Пропедевтика внутренних болезней", М. 2000. 3. Василенко В.Х.. Гребенев А.Л “Пропедевтика внутренних болезней”, М.1989 4. Нарзиев Ш.С. С. Абдуллаева М.А. «Ички касалликлар пропедевтикаси». Бухоро. 2018;
2	Основные клинические синдромы. Заболевание пищеварительного тракта: синдром диспепсии, острый живот, острые кровотечения от пищеварительного тракта.	2	1. ГадаеваА; Каримов М.Сщ.; “Ички касалликлар пропедевтикаси” Т. 2012; 2. Мухин Н.А., Моисеев В.И. "Пропедевтика внутренних болезней", М. 2000. 3. Василенко В.Х.. Гребенев А.Л “Пропедевтика внутренних болезней”, М.1989 4. Нарзиев Ш.С. Абдуллаева М.А. «Ички касалликлар пропедевтикаси».Бухоро.2018;
3	Заболевание пищеварительного тракта: заболевание пищевода-эзофагит, гастриты клиника, диагностика.	2	1. ГадаеваА; Каримов М.Сщ.; “Ички касалликлар пропедевтикаси” Т. 2012; 2. Мухин Н.А., Моисеев В.И. "Пропедевтика внутренних болезней", М. 2000. 3. Василенко В.Х.. Гребенев А.Л “Пропедевтика внутренних болезней”, М.1989 4. Нарзиев Ш.С. Абдуллаева М.А. «Ички касалликлар пропедевтикаси».Бухоро.2018;
4	Язвенная болезнь, синдром мальабсорбции, хронические колиты клиника, диагностика.	2	1. ГадаеваА; Каримов М.Сщ.; “Ички касалликлар пропедевтикаси” Т. 2012; 2. Мухин Н.А., Моисеев В.И. "Пропедевтика внутренних болезней", М. 2000. 3. Василенко В.Х.. Гребенев А.Л “Пропедевтика внутренних болезней”, М.1989 4. Нарзиев Ш.С. Абдуллаева М.А. «Ички касалликлар пропедевтикаси».Бухоро.2018;
5	Печень и желчные пути. Методы обследования: расспрос, физикальный (осмотр, пальпация, перкуссия).	2	1. ГадаеваА; Каримов М.Сщ.; “Ички касалликлар пропедевтикаси” Т. 2012; 2. Мухин Н.А., Моисеев В.И. "Пропедевтика внутренних болезней", М. 2000. 3. Василенко В.Х.. Гребенев А.Л “Пропедевтика внутренних болезней”, М.1989 4. Нарзиев Ш.С. Абдуллаева М.А. «Ички касалликлар пропедевтикаси».Бухоро.2018;
6	Печень и желчные пути: лабораторно-инструментальные исследование. Основные клинические синдромы. Желтухи клиника, диагностика.	2	1. ГадаеваА; Каримов М.Сщ.; “Ички касалликлар пропедевтикаси” Т. 2012; 2. Мухин Н.А., Моисеев В.И. "Пропедевтика внутренних болезней", М. 2000. 3. Василенко В.Х.. Гребенев А.Л “Пропедевтика внутренних болезней”, М.1989 4. Нарзиев Ш.С. Абдуллаева М.А. «Ички касалликлар пропедевтикаси».Бухоро.2018;
7	Печень и желчные пути. Хронические гепатиты клиника,	1	1. ГадаеваА; Каримов М.Сщ.; “Ички касалликлар пропедевтикаси” Т. 2012; 2. Мухин Н.А., Моисеев В.И. "Пропедевтика

	диагностика.		внутренних болезней", М. 2000. 3. Василенко В.Х.. Гребенев А.Л "Пропедевтика внутренних болезней", М.1989 4. Нарзиев Ш.С. Абдуллаева М.А. «Ички касалликлар пропедевтикаси».Бухоро.2018;
8	Цирроз печени, хронический холецистит клиника, диагностика. Промежетоchnый экзамень № 3.	1	1. Гадаева; Каримов М.Сщ.; "Ички касалликлар пропедевтикаси" Т. 2012; 2. Мухин Н.А., Моисеев В.И. "Пропедевтика внутренних болезней", М. 2000. 3. Василенко В.Х.. Гребенев А.Л "Пропедевтика внутренних болезней", М.1989 4. Нарзиев Ш.С. Абдуллаева М.А. «Ички касалликлар пропедевтикаси».Бухоро.2018;
9	Почки и мочевыделительная система. Методы обследования: распрос, физикальный (осмотр, пальпация, перкуссия), лабараторно-инструментальные исследование.	1	1. Гадаева; Каримов М.Сщ.; "Ички касалликлар пропедевтикаси" Т. 2012; 2. Мухин Н.А., Моисеев В.И. "Пропедевтика внутренних болезней", М. 2000. 3. Василенко В.Х.. Гребенев А.Л "Пропедевтика внутренних болезней", М.1989 4. Нарзиев Ш.С. Абдуллаева М.А. «Ички касалликлар пропедевтикаси».Бухоро.2018;
10	Заболевание почек и мочевыделительной системы. Основные клинические синдромы.	1	1. Гадаева; Каримов М.Сщ.; "Ички касалликлар пропедевтикаси" Т. 2012; 2. Мухин Н.А., Моисеев В.И. "Пропедевтика внутренних болезней", М. 2000. 3. Василенко В.Х.. Гребенев А.Л "Пропедевтика внутренних болезней", М.1989 4. Нарзиев Ш.С. Абдуллаева М.А. «Ички касалликлар пропедевтикаси».Бухоро.2018;
11	Острый и хронический гломерулонефрит клиника, диагностика	1	1. Гадаева; Каримов М.Сщ.; "Ички касалликлар пропедевтикаси" Т. 2012; 2. Мухин Н.А., Моисеев В.И. "Пропедевтика внутренних болезней", М. 2000. 3. Василенко В.Х.. Гребенев А.Л "Пропедевтика внутренних болезней", М.1989 4. Нарзиев Ш.С. Абдуллаева М.А. «Ички касалликлар пропедевтикаси».Бухоро.2018;
12	Острый и хронический пиелонефрит. Острая и хроническая почечная недостаточность клиника, диагностика	1	1. Гадаева; Каримов М.Сщ.; "Ички касалликлар пропедевтикаси" Т. 2012; 2. Мухин Н.А., Моисеев В.И. "Пропедевтика внутренних болезней", М. 2000. 3. Василенко В.Х.. Гребенев А.Л "Пропедевтика внутренних болезней", М.1989 4. Нарзиев Ш.С. Абдуллаева М.А. «Ички касалликлар пропедевтикаси».Бухоро.2018;
13	Костно-мышечная и соединительная ткань. Методы обследования: распрос, физикальный (осмотр, пальпация, перкуссия), лабараторно-инструментальные	1	1. Гадаева; Каримов М.Сщ.; "Ички касалликлар пропедевтикаси" Т. 2012; 2. Мухин Н.А., Моисеев В.И. "Пропедевтика внутренних болезней", М. 2000. 3. Василенко В.Х.. Гребенев А.Л "Пропедевтика внутренних болезней", М.1989 4. Нарзиев Ш.С. Абдуллаева М.А. «Ички касалликлар пропедевтикаси».Бухоро.2018;

	исследование. Основные клинические синдромы. СКВ, системная склеродермия клиника, диагностика		
14	Эндокринная и система обмен веществ. Методы обследования: опрос, физикальный, лабораторно-инструментальные исследование	1	1. ГадаевА; Каримов М.Сщ.; “Ички касалликлар пропедевтикаси” Т. 2012; 2. Мухин Н.А., Моисеев В.И. "Пропедевтика внутренних болезней", М. 2000. 3. Василенко В.Х.. Гребенев А.Л “Пропедевтика внутренних болезней”, М.1989 Нарзиев Ш.С.
15	Заболевание эндокринной и системы обмена веществ. Сахарный диабет, тиреотоксикоз, гипотиреоз клиника, диагностика	1	1. ГадаевА; Каримов М.Сщ.; “Ички касалликлар пропедевтикаси” Т. 2012; 2. Мухин Н.А., Моисеев В.И. "Пропедевтика внутренних болезней", М. 2000. 3. Василенко В.Х.. Гребенев А.Л “Пропедевтика внутренних болезней”, М.1989 4. Нарзиев Ш.С. Абдуллаева М.А. «Ички касалликлар пропедевтикаси».Бухоро.2018;
16	Система крови. Методы обследования: опрос, физикальный, лабораторно-инструментальные исследование	1	1. ГадаевА; Каримов М.Сщ.; “Ички касалликлар пропедевтикаси” Т. 2012; 2. Мухин Н.А., Моисеев В.И. "Пропедевтика внутренних болезней", М. 2000. 3. Василенко В.Х.. Гребенев А.Л “Пропедевтика внутренних болезней”, М.1989 4. Нарзиев Ш.С. Абдуллаева М.А. «Ички касалликлар пропедевтикаси».Бухоро.2018;
17	Заболевание системы крови. Анемии клиника, диагностика	1	1. ГадаевА; Каримов М.Сщ.; “Ички касалликлар пропедевтикаси” Т. 2012; 2. Мухин Н.А., Моисеев В.И. "Пропедевтика внутренних болезней", М. 2000. 3. Василенко В.Х.. Гребенев А.Л “Пропедевтика внутренних болезней”, М.1989 4. Нарзиев Ш.С. Абдуллаева М.А. «Ички касалликлар пропедевтикаси».Бухоро.2018;
18	История болезни, практические навыки	1	1. ГадаевА; Каримов М.Сщ.; “Ички касалликлар пропедевтикаси” Т. 2012;
	Всего	24	

Краткое содержание практических и клинических занятий

Тема 1 Пищеварительный тракт. Обследование пищевода, желудка, кишечника (опрос, физикальная, лабораторно-инструментальная).

Интерактивный метод: свод, мозговой штурм, тур по Галерее, метод снежков

Литература: 1.(осн. лит.)- 4

2.(доп. лит.)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

сайты интернета

Тема 2 Основные клинические синдромы. Заболевание пищеварительного тракта: синдром диспепсии, острый живот, острое кровотечение от пищеварительного тракта.

Интерактивный метод: Слабое звено, метод круглого стола, ручка на середине стола

Литература: 1.(осн. лит.)- 4

2.(доп. лит.)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

сайты интернета

Тема 3 Заболевание пищеварительного тракта: заболевание пищевода, гастриты.

Интерактивный метод: 3-х ступен. интервью, мозговой штурм, пчелиный рой

Литература: 1.(осн. лит.)- 4

2.(доп. лит.)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

сайты интернета

Тема 4 Язвенная болезнь, синдром мальабсорбции, хронические колиты.

Интерактивный метод: Академическая полем., слаб. звено метод снеж.

Литература: 1.(осн. лит.)- 4

2.(доп. лит.)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

сайты интернета

Тема 5 Печень и желчные пути. Методы обследования: опрос, физикальный (осмотр, пальпация, перкуссия).

Интерактивный метод: 3-х ступен. интервью, круглый стол, метод снежков

Литература: 1.(осн. лит.)- 4

2.(доп. лит.)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

сайты интернета

Тема 6 Печень и желчные пути: лабораторно-инструментальные исследования. Основные клинические синдромы.

Интерактивный метод: ассистент, слабое звено, пчелиный рой, метод ратации

Литература: 1.(осн. лит.)- 4

2.(доп. лит.)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

сайты интернета

Тема 7 Печень и желчные пути. Хронические гепатиты.

Интерактивный метод: Академическая полем. ручка на середине стола

Литература: 1.(осн. лит.)- 4

2.(доп. лит.)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

сайты интернета

Тема 8 Цирроз печени, хронический холецистит. Промежуточный экзамен № 3.

Интерактивный метод: Групповое исследование, 3-х ступенчат. интервью, метод снеж.

Литература: 1.(осн. лит.)- 4

2.(доп. лит.)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

сайты интернета

Тема 9 Почки и мочевыделительная система. Методы обследования: опрос, физикальный (осмотр, пальпация, перкуссия), лабораторно-инструментальные исследования.

Интерактивный метод: Метод инцидента, тур по Галерее, академическая полем.

Литература: 1.(осн. лит.)- 4

2.(доп. лит.)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

сайты интернета

Тема 10 Заболевание почек и мочевыделительной системы. Основные клинические синдромы.

Интерактивный метод: свод, ручка на се-ред.стола, 3-х ступенчат. интервью

Литература: 1.(осн. лит.)- 4

2.(доп. лит.)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

сайты интернета

Тема 11 Острый и хронический гломерулонефрит.

Интерактивный метод: метод ратации, академическая полемика

Литература: 1.(осн. лит.)- 4

2.(доп. лит.)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

сайты интернета

Тема 12 Острый и хронический пиелонефрит. Острая и хроническая почечная недостаточность.

Интерактивный метод: метод разрешения проблем, тур по Галерее

Литература: 1.(осн. лит.)- 4

2.(доп. лит.)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

сайты интернета

Тема 13 Костно-мышечная и соединительная ткань. Методы обследования: опрос, физикальный (осмотр, пальпация, перкуссия), лабораторно-инструментальные исследование. Основные клинические синдромы.

Интерактивный метод: ассимент, пчелиный рой, мозговой штурм

Литература: 1.(осн. лит.)- 4

2.(доп. лит.)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

сайты интернета

Тема 14 Эндокринная и система обмен веществ. Методы обследования: опрос, физикальный, лабораторно-инструментальные исследование.

Интерактивный метод: Академическая полемика, мет. ратации, Кластер

Литература: 1.(осн. лит.)- 4

2.(доп. лит.)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

сайты интернета

Тема 15 Заболевания эндокринной и системы обмена веществ.

Интерактивный метод: 3-х ступенчат. интервью, мозговой штурм, Галерея

Литература: 1.(осн. лит.)- 4

2.(доп. лит.)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

сайты интернета

Тема 16 Система крови. Методы обследования: опрос, физикальный, лабораторно-инструментальные исследование.

Интерактивный метод: метод снеж., академическая полемика

Литература: 1.(осн. лит.)- 4

2.(доп. лит.)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

сайты интернета

Тема 17 Заболевания системы крови.

Интерактивный метод: 3-х ступенчат. интервью, метод инцидента

Литература: 1.(осн. лит.)- 4

2.(доп. лит.)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

сайты интернета

Тема 18 История болезни, практические навыки

Интерактивный метод: метод инцидента, академ. полемика

Литература: 1.(осн. лит.)- 4

2.(доп. лит.)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

сайты интернета

Наименования клинических занятий

№	Наименование занятий	Кол.во часов	литературы

1	Пищеварительный тракт. Обследование пищевода, желудка, кишечника (расспрос, физикальная, лабораторно-инструментальная).	2	1. ГадаевА; Каримов М.Сщ.; “Ички касаллиқлар пропедевтикаси” Т. 2012; 2. Мухин Н.А., Моисеев В.И. "Пропедевтика внутренних болезней", М. 2000. 3. Василенко В.Х.. Гребенев А.Л “Пропедевтика внутренних болезней”, М.1989 4. Нарзиев Ш.С. Абдуллаева М.А. «Ички касаллиқлар пропедевтикаси».Бухоро.2018;
2	Основные клинические синдромы. Заболевание пищеварительного тракта: синдром диспепсии, острый живот, острые кровотечения от пищеварительного тракта.	2	1. ГадаевА; Каримов М.Сщ.; “Ички касаллиқлар пропедевтикаси” Т. 2012; 2. Мухин Н.А., Моисеев В.И. "Пропедевтика внутренних болезней", М. 2000. 3. Василенко В.Х.. Гребенев А.Л “Пропедевтика внутренних болезней”, М.1989 4. Нарзиев Ш.С. Абдуллаева М.А. «Ички касаллиқлар пропедевтикаси».Бухоро.2018;
3	Заболевание пищеварительного тракта: заболевание пищевода-эзофагит, гастриты клиника, диагностика.	2	1. ГадаевА; Каримов М.Сщ.; “Ички касаллиқлар пропедевтикаси” Т. 2012; 2. Мухин Н.А., Моисеев В.И. "Пропедевтика внутренних болезней", М. 2000. 3. Василенко В.Х.. Гребенев А.Л “Пропедевтика внутренних болезней”, М.1989 4. Нарзиев Ш.С. Абдуллаева М.А. «Ички касаллиқлар пропедевтикаси».Бухоро.2018;
4	Язвенная болезнь, синдром мальабсорбции, хронические колиты клиника, диагностика.	2	1. ГадаевА; Каримов М.Сщ.; “Ички касаллиқлар пропедевтикаси” Т. 2012; 2. Мухин Н.А., Моисеев В.И. "Пропедевтика внутренних болезней", М. 2000. 3. Василенко В.Х.. Гребенев А.Л “Пропедевтика внутренних болезней”, М.1989 4. Нарзиев Ш.С. Абдуллаева М.А. «Ички касаллиқлар пропедевтикаси».Бухоро.2018;
5	Печень и желчные пути. Методы обследования: расспрос, физикальный (осмотр, пальпация, перкуссия).	2	1. ГадаевА; Каримов М.Сщ.; “Ички касаллиқлар пропедевтикаси” Т. 2012; 2. Мухин Н.А., Моисеев В.И. "Пропедевтика внутренних болезней", М. 2000. 3. Василенко В.Х.. Гребенев А.Л “Пропедевтика внутренних болезней”, М.1989 4. Нарзиев Ш.С. Абдуллаева М.А. «Ички касаллиқлар пропедевтикаси».Бухоро.2018;
6	Печень и желчные пути: лабораторно-инструментальные исследование. Основные клинические синдромы. Желтухи клиника, диагностика.	2	1. ГадаевА; Каримов М.Сщ.; “Ички касаллиқлар пропедевтикаси” Т. 2012; 2. Мухин Н.А., Моисеев В.И. "Пропедевтика внутренних болезней", М. 2000. 3. Василенко В.Х.. Гребенев А.Л “Пропедевтика внутренних болезней”, М.1989 4. Нарзиев Ш.С. Абдуллаева М.А. «Ички касаллиқлар пропедевтикаси».Бухоро.2018;
7	Печень и желчные пути. Хронические гепатиты клиника, диагностика.	3	1. ГадаевА; Каримов М.Сщ.; “Ички касаллиқлар пропедевтикаси” Т. 2012; 2. Мухин Н.А., Моисеев В.И. "Пропедевтика внутренних болезней", М. 2000. 3. Василенко В.Х.. Гребенев А.Л “Пропедевтика внутренних болезней”, М.1989 4. Нарзиев Ш.С. Абдуллаева М.А. «Ички

			касаликлар пропедевтикаси».Бухоро.2018;
8	Цирроз печени, хронический холецистит клиника, диагностика. Промежетоchnый экзамень № 3.	3	1. ГадаевА; Каримов М.Сщ.; “Ички касаликлар пропедевтикаси” Т. 2012; 2. Мухин Н.А., Моисеев В.И. "Пропедевтика внутренних болезней", М. 2000. 3. Василенко В.Х.. Гребенев А.Л “Пропедевтика внутренних болезней”, М.1989 4. Нарзиев Ш.С. Абдуллаева М.А. «Ички касаликлар пропедевтикаси».Бухоро.2018;
9	Почки и моче выделительная система. Методы обследования: распрос, физикальный (осмотр, пальпация, перкуссия), лабараторно-инструментальные исследование.	3	1. ГадаевА; Каримов М.Сщ.; “Ички касаликлар пропедевтикаси” Т. 2012; 2. Мухин Н.А., Моисеев В.И. "Пропедевтика внутренних болезней", М. 2000. 3. Василенко В.Х.. Гребенев А.Л “Пропедевтика внутренних болезней”, М.1989 4. Нарзиев Ш.С. Абдуллаева М.А. «Ички касаликлар пропедевтикаси».Бухоро.2018;
10	Заболевание почек и моче выделительной системы. Основные клинические синдромы.	3	1. ГадаевА; Каримов М.Сщ.; “Ички касаликлар пропедевтикаси” Т. 2012; 2. Мухин Н.А., Моисеев В.И. "Пропедевтика внутренних болезней", М. 2000. 3. Василенко В.Х.. Гребенев А.Л “Пропедевтика внутренних болезней”, М.1989 4. Нарзиев Ш.С. Абдуллаева М.А. «Ички касаликлар пропедевтикаси».Бухоро.2018;
11	Острый и хронический гломерулонефрит клиника, диагностика	3	1. ГадаевА; Каримов М.Сщ.; “Ички касаликлар пропедевтикаси” Т. 2012; 2. Мухин Н.А., Моисеев В.И. "Пропедевтика внутренних болезней", М. 2000. 3. Василенко В.Х.. Гребенев А.Л “Пропедевтика внутренних болезней”, М.1989 4. Нарзиев Ш.С. Абдуллаева М.А. «Ички касаликлар пропедевтикаси».Бухоро.2018;
12	Острый и хронический пиелонефрит. Острая и хроническая почечная недостаточность клиника, диагностика	3	1. ГадаевА; Каримов М.Сщ.; “Ички касаликлар пропедевтикаси” Т. 2012; 2. Мухин Н.А., Моисеев В.И. "Пропедевтика внутренних болезней", М. 2000. 3. Василенко В.Х.. Гребенев А.Л “Пропедевтика внутренних болезней”, М.1989 4. Нарзиев Ш.С. Абдуллаева М.А. «Ички касаликлар пропедевтикаси».Бухоро.2018;
13	Костно-мышечная и соединительная ткань. Методы обследования: распрос, физикальный (осмотр, пальпация, перкуссия), лабараторно-инструментальные исследование. Основные клинические синдромы. СКВ, системная склеродермия клиника, диагностика.	3	1. ГадаевА; Каримов М.Сщ.; “Ички касаликлар пропедевтикаси” Т. 2012; 2. Мухин Н.А., Моисеев В.И. "Пропедевтика внутренних болезней", М. 2000. 3. Василенко В.Х.. Гребенев А.Л “Пропедевтика внутренних болезней”, М.1989 4. Нарзиев Ш.С. Абдуллаева М.А. «Ички касаликлар пропедевтикаси».Бухоро.2018;

14	Эндокринная и система обмен веществ. Методы обследования: распрос, физикальный, лабараторно-инструментальные исследование	3	1. ГадаевА; Каримов М.Сщ.; “Ички касалликлар пропедевтикаси” Т. 2012; 2. Мухин Н.А., Моисеев В.И. "Пропедевтика внутренних болезней", М. 2000. 3. Василенко В.Х.. Гребенев А.Л “Пропедевтика внутренних болезней”, М.1989 4. Нарзиев Ш.С. Абдуллаева М.А. «Ички касалликлар пропедевтикаси».Бухоро.2018;
15	Заболевание эндокринной и системы обмена веществ. Сахарный диабет, тиреотоксикоз, гипотиреоз клиника, диагностика.	3	1. ГадаевА; Каримов М.Сщ.; “Ички касалликлар пропедевтикаси” Т. 2012; 2. Мухин Н.А., Моисеев В.И. "Пропедевтика внутренних болезней", М. 2000. 3. Василенко В.Х.. Гребенев А.Л “Пропедевтика внутренних болезней”, М.1989 4. Нарзиев Ш.С. Абдуллаева М.А. «Ички касалликлар пропедевтикаси».Бухоро.2018;
16	Система крови. Методы обследования: распрос, физикальный, лабараторно-инструментальные исследование	3	1. ГадаевА; Каримов М.Сщ.; “Ички касалликлар пропедевтикаси” Т. 2012; 2. Мухин Н.А., Моисеев В.И. "Пропедевтика внутренних болезней", М. 2000. 3. Василенко В.Х.. Гребенев А.Л “Пропедевтика внутренних болезней”, М.1989 4. Нарзиев Ш.С. Абдуллаева М.А. «Ички касалликлар пропедевтикаси».Бухоро.2018;
17	Заболевание системы крови. Анемии клиника, диагностика	2	1. ГадаевА; Каримов М.Сщ.; “Ички касалликлар пропедевтикаси” Т. 2012; 2. Мухин Н.А., Моисеев В.И. "Пропедевтика внутренних болезней", М. 2000. 3. Василенко В.Х.. Гребенев А.Л “Пропедевтика внутренних болезней”, М.1989 4. Нарзиев Ш.С. Абдуллаева М.А. «Ички касалликлар пропедевтикаси».Бухоро.2018;
18	История болезни, практические навыки	2	1. ГадаевА; Каримов М.Сщ.; “Ички касалликлар пропедевтикаси” Т. 2012;
	Всего	46	

Краткое содержание практических и клинических занятий

Тема 1 Пищеварительный тракт. Обследование пищевода, желудка, кишечника (распрос, физикальная, лабараторно-инструментальная).

Интерактивный метод: свод, мозговой штурм, тур по Галерее, метод снежков

Литература: 1.(осн. лит.)- 4

2.(доп. лит.)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

сайты интернета

Тема 2 Основные клинические синдромы. Заболевание пищеварительного тракта: синдром диспепсии, острый живот, острые кровотечения от пищеварительного тракта.

Интерактивный метод: Слабое звено, метод круглого стола, ручка на середине стола

Литература: 1.(осн. лит.)- 4

2.(доп. лит.)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

сайты интернета

Тема 3 Заболевание пищеварительного тракта: заболевание пищевода, гастриты.

Интерактивный метод: 3-х ступен. интервью, мозговой штурм, пчелиный рой

Литература: 1.(осн. лит.)- 4

2.(доп. лит.)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

сайты интернета

Тема 4 Язвенная болезнь, синдром мальабсорбции, хронические колиты.

Интерактивный метод: Академическая полем., слаб. звено метод снеж.

Литература: 1.(осн. лит.)- 4

2.(доп. лит.)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

сайты интернета

Тема 5 Печень и желчные пути. Методы обследования: опрос, физикальный (осмотр, пальпация, перкуссия).

Интерактивный метод: 3-х ступен. интервью, круглый стол, метод снежков

Литература: 1.(осн. лит.)- 4

2.(доп. лит.)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

сайты интернета

Тема 6 Печень и желчные пути: лабораторно-инструментальные исследования. Основные клинические синдромы.

Интерактивный метод: ассистент, слабое звено, пчелиный рой, метод ратации

Литература: 1.(осн. лит.)- 4

2.(доп. лит.)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

сайты интернета

Тема 7 Печень и желчные пути. Хронические гепатиты.

Интерактивный метод: Академическая полем. ручка на середине стола

Литература: 1.(осн. лит.)- 4

2.(доп. лит.)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

сайты интернета

Тема 8 Цирроз печени, хронический холецистит. Промежуточный экзамен № 3.

Интерактивный метод: Групповое исследование, 3-х ступенчат. интервью, метод снеж.

Литература: 1.(осн. лит.)- 4

2.(доп. лит.)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

сайты интернета

Тема 9 Почки и мочевыделительная система. Методы обследования: опрос, физикальный (осмотр, пальпация, перкуссия), лабораторно-инструментальные исследования.

Интерактивный метод: Метод инцидента, тур по Галерее, академическая полем.

Литература: 1.(осн. лит.)- 4

2.(доп. лит.)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

сайты интернета

Тема 10 Заболевание почек и мочевыделительной системы. Основные клинические синдромы.

Интерактивный метод: свод, ручка на серед.стола, 3-х ступенчат. интервью

Литература: 1.(осн. лит.)- 4

2.(доп. лит.)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

сайты интернета

Тема 11 Острый и хронический гломерулонефрит.

Интерактивный метод: метод ратации, академическая полемика

Литература: 1.(осн. лит.)- 4

2.(доп. лит.)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

сайты интернета

Тема 12 Острый и хронический пиелонефрит. Острая и хроническая почечная недостаточность.

Интерактивный метод: метод разрешения проблем, тур по Галерее

Литература: 1.(осн. лит.)- 4

2.(доп. лит.)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21
сайты интернета

Тема 13 Костно-мышечная и соединительная ткань. Методы обследования: опрос, физикальный (осмотр, пальпация, перкуссия), лабораторно-инструментальные исследование. Основные клинические синдромы.

Интерактивный метод: ассимент, пчелиный рой, мозговой штурм

Литература: 1.(осн. лит.)- 4

2.(доп. лит.)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21
сайты интернета

Тема 14 Эндокринная и система обмен веществ. Методы обследования: опрос, физикальный, лабораторно-инструментальные исследование.

Интерактивный метод: Академическая полемика, мет.ратации, Кластер

Литература: 1.(осн. лит.)- 4

2.(доп. лит.)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21
сайты интернета

Тема 15 Заболевание эндокринной и системы обмена веществ.

Интерактивный метод: 3-х ступенчат. интервью, мозговой штурм, Галерея

Литература: 1.(осн. лит.)- 4

2.(доп. лит.)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21
сайты интернета

Тема 16 Система крови. Методы обследования: опрос, физикальный, лабораторно-инструментальные исследование.

Интерактивный метод: метод снеж.,академическая полемика

Литература: 1.(осн. лит.)- 4

2.(доп. лит.)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21
сайты интернета

Тема 17 Заболевание системы крови.

Интерактивный метод: 3-х ступенчат. интервью, метод инцидента

Литература: 1.(осн. лит.)- 4

2.(доп. лит.)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21
сайты интернета

Тема 18 История болезни, практические навыки

Интерактивный метод: метод инцидента, академ. полемика

Литература: 1.(осн. лит.)- 4

2.(доп. лит.)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21
сайты интернета

Темы самостоятельных работ

№	Название темы	Часы
1.	Причины развития дисфагии, факторы риска, этиология, патогенез, механизм развития боли.	4
2.	Клинические варианты язвенной болезни, клинико-лабораторные	4

	критерии, осложнение и лечение.	
3.	Этиология, патогенез, классификация панкреатита. Диагностические исследования проводимые при раке поджелудочной железы.	4
4.	Диагностические критерии и осложнение неспецифического язвенного колита.	4
5.	Этиопатогенез, клинические виды, синдромальная диагностика заболеваний с гепатомегалиями.	4
6.	Этиопатогенез, клиника и диагностика цирроза печени.	4
7.	Этиопатогенез, клинические виды, синдромальная диагностика заболеваний с желтухой	4
8.	Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика и критерии активности заболеваний с иммунно-воспалительных и воспалительных процессов почек.	4
9.	Этиология, патогенез и методы определения заболевания нефропатии.	4
10.	Этиология, патогенез, классификация, клинические синдромы, диагностика и лечение хронической недостаточности почек.	4
11.	Этиология, патогенез, клиническое проявление и диагностика отеочного синдрома.	4
12.	Диагностические критерии ревматизма и ревматоидного артрита.	4
13.	Диагностические критерии серонегативных спондилоартритов (реактивный артрит, заболевание Бехтерева, псориатический артрит).	4
14.	Диагностические критерии, степень активности и лечение системных заболеваний соединительных тканей.	4
15.	Диагностические критерии, степень активности, лечение, профилактика дерматомиозитов и системных васкулитов.	4
16.	Диагностические критерии, степень активности, лечение, профилактика узелкового периартериита и неспецифического аортоартериита.	5
	Всего	65

Перечень практических навыков

1. Расспрос больных
2. Общий осмотр больных
3. Осмотр по частям тела
4. Пальпация грудной клетки
5. Техника выполнения перкуссии
6. Сравнительная перкуссия легких
7. Топографическая перкуссия легких
8. Определение поля Кренинга
9. Определение верхней границы легкого

- 10.Определение нижние границы легкого
11. Определение экскурсии легкого
12. Аускультация легких
13. Определение бронхофонии
14. Определение функции внешнего дыхания
15. Пальпация сердца
- 16.Перкуссия сердца:Определение границы абсолютной и относительной тупости сердца.
17. Аускультация сердца
18. Определение конфигурации сердца
19. Определение пульса.
20. Метод определения АД.
21. Техника снятия ЭКГ.
22. Расшифровка ЭКГ.
23. Глубокая методическая скользящая пальпация кишечника по Образцову-Стражеско.
- 24Пальпация печени.
- 25Перкуссия печени по Курлову.
26. Пальпация почек.
27. Определение симптома Пастернацкого.
28. Пальпация лимфатических узлов и щитовидной железы.
- 29..Микроскопия мокроты по Цилю-Нильсона.
30. Зондирование желудка и 12типерстной кишки и их интерпретация.
31. Титрирование желудочного сока.
32. Общий анализ мочи.
33. . Общий анализ крови.

Asosiy va qo'shimcha o'quv adabiyotlar hamda axborot manbaalari

Asosiy adabiyotlar

1. Gadaev A.; Karimov M.Sh.; “Ichki kasalliklar propedevtikasi” T. 2012;
2. Muxin N.A., Moiseev V.I. "Propedevtika vnutrennix bolezney", M. 2000.
3. Vasilenko V.X.. Grebenev A.L “Propedevtika vnutrennix bolezney”, M.1989

Qo'shimcha adabiyotlar

1. Grebenev A.L. "Propedevtika vnutrennix bolezney", M. 2001.
2. Struto`nskiy A.V. “Osnovi semiotiki zabolevaniy vnurenix organov” M. 2004.
MEDpress-inform.
3. Karabaeva R.A. Praktikum po propedevtike vnutrennix bolezney, 1992.
4. Terapiya per. s angl. g` pod red. Chuchalina M. 1997.
5. Geotar M. Terapevticheskiy spravochnik Vashingtonskogo universiteta, per. s angl. -1996.
6. Textbook. Harrison's principles of internal medicine. Fauci A. Braunwald E ed. McGraw-Hill, 1998.
7. Textbook of internal medicine. William N. Kelley ed. Lippincott - Ravenpublishers, 1997.
8. Perevod s angliyskogo pod redaktsiey akad. RAMN V.T.Ivashkina “Vnutrennie bolezni po Davidsonu” Geotar M. 2009
9. Narziyev Sh.S. Abdullayeva M.A. «Ichki kasalliklar propedevtikasi».Buxoro.2018;

Интернет сайтлари:

- 1.www.tma.uz
- 2.www.ziyonet.uz
- 3.www.medlincs.ru
- 4.www.medbook.ru.

Didaktik vositalar

Jixozlar, asbob uskunalar, mulyajlar, texnik vositalar: kompyuter, proyektor.
Markazlashgan va markazlashmagan kasalxona oshxonasining tuzilishi,
«Xafakonlik simptomatologiyasi»,
«Plevrit simptomatologiyasi»,
“Qandli diabet asoratlari”
“Bolezni endokrinnoy sistemi”
“Oshqozon va 12 barmoqli ichak yara kasalligi”,
“Aritmiyalar”,
“Bronxialnaya astma”,
“Vrojdennno`e poroki serdtsa”,
“Revmatoid artrit”,
“Miokard infarkti”,
“Kandli diabet simptomatologiyasi.
Diabetik va gipogilekimik koma xakida tushuncha.”,
“Leykozlar simptomatologiyasi”,
“Anemiya (kamkonlik)”,
“Jigar sirrozi”
“Revmatizm va birlamchi revmokatit simptomatologiyasi
“Issledovanie krovenosno`x sosudov.
Gipertoniya ,gipotenziya. Izmerenie AG`D,
«Laboratorno`e i instrumentalno`e metodi issledovaniya pri di`xatelnoy patologii» , va x.o.
mavzularida tayyorladik.

Ishchi dasturga kiritilgan o'zgartirishlar:

2018-2019 o'quv yili uchun tuzildi.

(keyingi yilda xuddi shunday dastur formasi bo'ladi lekin o'zgartirishni shu joyga qo'shicha yozib boriladi.

Ish dasturi kafedraning majlisida ko'rib chiqildi

«__»_____2021 yil

Kafedra mudiri, t. f. d., prof. _____ Nurboyev F. E.

Контрольные вопросы для оценки знаний студентов

Вопросы к промежуточным контролям

Вопросы к промежуточному контролю по ЖКТ

- 1** Расспрос больных с заболеваниями системы пищеварения. Основные жалобы, механизм их возникновения. Анамнез заболевания, анамнез жизни.
- 2** Осмотр живота. Методика поверхностной ориентировочной пальпации. Определение зон гиперчувствительности кожи, болезненных мест живота, резистентности и мышечной защиты. Симптом раздражения брюшины Щеткина-Блюмберга.
- 3** Пальпация органов брюшной полости. Глубокая методическая скользящая пальпация живота. Диагностическое значение. Роль Образцова В.П., Стражеско Н.Д., Василенко В.Х. в изучении методов исследования органов брюшной полости.
- 4** Исследование желудочной секреции. Методика фракционного желудочного зондирования. Понятие о базальной и стимулируемой секреции желудка (гистаминовый и пентагастриновый раздражители). Оценка кислотообразующей функции желудка по продукции соляной кислоты: понятие о дебит-часе HCl базальной, субмаксимальной и максимальной секреции и его подсчете. Понятие о pH-метрии.
- 5** Функциональное исследование секреторной функции желудка. Химическое исследование желудочного содержимого (определение общей, свободной и связанной соляной кислоты). Состояние секреторной функции желудка при язвенной болезни и раке желудка. Гиперсекреторный и гипосекреторный синдром.
- 6** Методы выявления *Helicobacter pylori* (цитологический, гистологический и иммунологические методы, уреазный тест). Диагностическое значение.
- 7.** Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. Этиологические и патогенетические факторы. Клинические симптомы. Гиперсекреторный синдром. Осложнения язвенной болезни.
- 8** Рак желудка. Этиология, патогенез. Симптоматология. Ранняя диагностика. Синдром нарушенной эвакуации из желудка.
- 9** Общая симптоматология заболеваний тонкого кишечника. Синдром поражения тонкой кишки. Хронический энтерит. Этиология, патогенез. Клиническая картина.
- 10** Симптоматология заболеваний толстого кишечника. Синдром поражения толстого кишечника. Хронический колит. Этиология, патогенез. Клиническая картина. Неспецифический язвенный колит. Симптоматология.
- 11.** Синдром «острого живота», причины возникновения, клиническая картина.
- 12** Синдромы нарушения всасывания и экссудативной энтеропатии. Причины развития, симптоматология.
- 13.** Синдромы недостаточности кишечного всасывания и пищеварения. Этиология, патогенез, симптоматология.
- 14** Инструментальные и лабораторные методы исследования кишечника. Диагностическое значение анализа кала. Основные копрологические синдромы.
- 15.** Гастриты (острый и хронический). Этиология, патогенез. Клинические проявления.
- 16** Дуоденальное зондирование. Показания и противопоказания. Клиническая трактовка результатов исследования.
- 17** Пальпация и перкуссия печени и селезенки. Определение размеров печени и селезенки. Семиологическое значение изменения края и поверхности печени.
- 18** Лабораторные методы исследования функции печени, характеризующие ее участие в пигментном, углеводном, белковом, жировом и минеральном обмене. «Печеночные пробы». Понятие о лабораторных синдромах (цитоллиз, холестаз, воспаление,

гепатоцеллюлярная недостаточность).

- 19** Иммунологические методы исследования печени. Понятие о маркерах вирусного гепатита.
- 20** УЗИ печени, селезенки, желчевыводящих путей. Диагностическое значение. Общее представление о пункционной биопсии печени и лапароскопии.
- 21** Рентгенологическое исследование желчевыводящих путей: понятие о холецистографии, внутривенной холеграфии, холангеографии. Понятие о радионуклидных методах исследования печени (гепатографии, радионуклидном сканировании печени).
- 22** Общая симптоматология заболеваний печени. Основные клинические синдромы.
- 23.** Синдром портальной гипертензии. Механизм развития асцита и периферических отеков.
- 24** Методы исследования желчного пузыря. Пальпация желчного пузыря и выявление пузырных симптомов. Диагностическое значение УЗИ, дуоденального зондирования, холецистографии.
- 25** Механизм гипербилирубинемии. Характеристика различных типов желтухи (подпеченочной, печеночной, надпеченочной).
- 26** Клиническая, лабораторная, инструментальная диагностика желтух
- 27** Хронические гепатиты. Этиология и патогенез. Классификация. Основные клинические синдромы. Понятие об активности, стадии процесса.
- 28** Циррозы печени. Этиология и патогенез. Классификация. Клинические проявления.
- 29.** Печеночная недостаточность. Формы. Симптоматология и диагностика.
- 30** Желчнокаменная болезнь. Этиология, патогенез, клиническая картина, течение и осложнения.
- 31** Холециститы (острый и хронический). Этиология, патогенез. Симптоматология и диагностика.
- 32** Панкреатиты (острый и хронический). Этиология, патогенез, симптоматология. Основные принципы лечения.

Вопросы к промежуточному контролю по мочевыделительной системе.

1. Расспрос больных с заболеваниями почек и мочевыводящих путей. Основные жалобы и их патогенез.
2. Осмотр больных с заболеваниями почек. Внешний вид больного с заболеваниями почек. Определение симптома Пастернацкого, его диагностическое значение. Методика пальпации почек.
3. Протеинурия. Патогенез. Виды протеинурии. Диагностическое значение. Методы выявления.
4. Общий анализ мочи: удельный вес, содержание белка, реакция, прозрачность, цвет, запах, микроскопическое исследование мочевого осадка. Диагностическое значение выявляемых изменений.
5. Функциональное исследование почек. Проба Зимницкого. Проба Реберга. Диагностическое значение.
6. Визуализирующие методы исследования мочевыделительной системы.
7. Микроскопическое исследование мочевого осадка. Его диагностическое значение. Исследование мочи по Нечипоренко, Аддис-Каковскому. Бактериологическое исследование мочи.
8. Механизм образования отеков при почечных заболеваниях. Особенности почечных отеков; их отличие от отеков другого происхождения.
9. Острый гломерулонефрит. Этиология, патогенез. Клинические проявления. Исходы.
10. Хронический гломерулонефрит. Этиология, патогенез. Клинические проявления. Исходы. Биопсия почек, диагностическое значение.

11. Пиелонефрит (острый и хронический). Этиология, патогенез. Клинические проявления.
12. Почечная эклампсия. Клинические проявления. Основные принципы лечения.
13. Нефротический синдром. Этиология, патогенез. Клинические проявления. Понятие об амилоидозе почек.
14. Хроническая почечная недостаточность: причины, клинико-биохимическая симптоматика. Стадии ХПН. Уремическая кома.
15. Острая почечная недостаточность. Варианты ОПН. Этиология, клинические проявления. Принципы лечения.
16. Мочекаменная болезнь. Этиология, патогенез. Клинические проявления. Синдром почечной колики. Диагностическое значение рентгенологического метода исследования и УЗИ.

Вопросы к промежуточному контролю по эндокринной системе.

1. Методы исследования при заболеваниях щитовидной железы. Гипотиреоз, основные клинические симптомы.
2. Диффузный токсический зоб. Этиология и патогенез. Клинические проявления.
3. Сахарный диабет. Этиология и патогенез. Клинические проявления. Осложнения. Качественные и количественные методы определения сахара в крови, моче.
4. Диабетическая и гипогликемическая комы. Клинические проявления. Основные принципы лечения.
5. Надпочечниковая недостаточность. Симптоматология.
6. «Острые аллергозы»: крапивница, ангионевротический отек, анафилактический шок.
7. Алиментарное и гипофизарное ожирение.
8. Общее представление о гипо- и авитаминозах.

Вопросы к промежуточному контролю по органам кроветворения.

1. Расспрос больных при заболеваниях органов кроветворения. Основные жалобы больных, их диагностическое значение.
2. Физические методы исследования при заболеваниях крови. Осмотр. Перкуссия и пальпация печени и селезенки. Пальпация лимфатических узлов, методика, диагностическое значение выявляемых изменений.
3. Лабораторные и инструментальные методы исследования при заболеваниях системы крови. Диагностическое значение пункции костного мозга, лимфоузлов, трепанобиопсии.
4. Общий клинический анализ крови. Диагностическое значение изменений показателей гемограммы (изменение содержания гемоглобина, эритроцитов, цветового показателя, лейкоцитарная формула крови, увеличение СОЭ).
5. Счет эритроцитов. Определение гемоглобина и цветового показателя крови. Скорость оседания эритроцитов. Диагностическая ценность этих методов исследования крови.
6. Лейкоцитарная формула и ее изменения при различных заболеваниях внутренних органов. Лейкопения, лейкоцитоз и лейкомоидные реакции.
7. Основные методы исследования свертывающей и антисвертывающей системы крови. Аутоиммунные тромбоцитопении.
8. Геморрагический синдром. Основные заболевания, сопровождающиеся кровоточивостью. Симптоматология геморрагических васкулитов и гемофилии.
9. Анемии. Основные виды. Особенности жалоб при различных видах анемии. Симптоматология и диагностика острой и хронической постгеморрагической анемии.
10. Железодефицитные анемии. Патогенез. Симптоматология. Гематологическая картина. Основные принципы лечения.

11. В12-фолиево-дефицитная анемия. Патогенез. Симптоматология.
12. Основные синдромы, отражающие изменения системы крови. Миелопролиферативный и лимфопролиферативный синдромы. Клинические проявления.
13. Острый лейкоз. Этиология и патогенез. Классификация. Клинические проявления, картина периферической крови.
14. Гематологическая картина при хроническом лимфолейкозе и лимфогранулематозе. Значение пункции лимфатического узла.
15. Хронический миелолейкоз. Клиника, гематологическая картина. Значение стеральной пункции.
16. Хронический лимфолейкоз. Клиника, гематологическая картина. Значение стеральной пункции.
17. Основные клинические синдромы при ВИЧ-инфекции.
18. Меры профилактики ВИЧ-инфекции.

Вопросы к промежуточному контролю по костно-мышечной системе

1. Исследования больных с заболеваниями костно-мышечной системы и суставов. Расспрос. Физические методы исследования.
2. Суставной синдром. Его особенности при ревматизме и ревматоидном артрите.
3. Техника первой доврачебной помощи при остановке сердца и дыхания. Методы искусственной вентиляции легких.
4. Синдромы пищевода, желудка и кишечника. Неотложная помощь.

Органы дыхания

Внутренняя медицина и ее место в ряду медицинских дисциплин. Деление клиники внутренних болезней на пропедевтическую, факультетскую и госпитальную. Основные задачи курса пропедевтики внутренних болезней.

2. Медицинская этика и деонтология.
3. Собираание анамнеза, его значение для диагноза. Г.А.Захарьин - создатель анамнестического метода исследования. Схема истории болезни. Психотерапевтическое воздействие врача на больного. Ятрогенные заболевания.
4. Общая методика исследования больного. Понятие о субъективных и объективных симптомах. Значение общего осмотра.
5. Измерение температуры тела, типы температурных кривых и их графическое изображение, диагностическое значение.
6. Общий осмотр больного. Оценка состояния сознания, положения больного. Оценка телосложения. Антропометрия.
7. Осмотр кожи больного. Оценка выявляемых изменений окраски, эластичности, влажности, высыпаний, рубцов.
8. Осмотр и пальпация лимфатических узлов, диагностическое значение выявляемых изменений. Осмотр мышечной системы, суставов, конечностей.
9. Перкуссия как метод исследования. История развития метода. Роль Ауэнбруггера в развитии метода, внедрение его в клиническую практику Корвизаром. Развитие метода отечественными исследователями. Общие правила и техника перкуссии. Физическая характеристика перкуторных тонов (ясный, тупой, тимпанический).
10. Аускультация как метод исследования больного. История развития метода. Роль Лаэннека. Значение отечественных ученых в развитии метода. Правила и техника аускультации

11. Расспрос больных с заболеваниями органов дыхания. Основные жалобы и механизм возникновения.
12. Осмотр грудной клетки. Оценка формы грудной клетки, типа дыхания. Определение частоты, глубины дыхания. Инспираторная и экспираторная одышка. Различные формы нарушения ритма дыхания.
13. Пальпация грудной клетки. Определение болезненных участков, резистентности грудной клетки. Исследование голосового дрожания, его диагностическое значение. Причины его усиления или ослабления.
14. Перкуссия легких. Методика и правила перкуссии.
15. Сравнительная перкуссия легких. Распределение звучности перкуторного тона в различных местах грудной клетки в норме. Патологические изменения перкуторного звука.
16. Сравнительная перкуссия легких. Изменение перкуторного звука при патологических процессах со стороны легких и плевры.
17. Различные виды перкуторных звуков и их диагностическое значение. Определение экскурсии нижних краев легких при дыхании.
18. Топографическая перкуссия. Определение верхних границ легких, ширины полей Кренига, нижних границ легких. Причины смещения границ.
19. Аускультация легких. Методика и правила аускультации. Нормальные дыхательные шумы, механизм их возникновения.
20. Аускультация легких. Изменения везикулярного дыхания. Бронхиальное дыхание при патологических условиях. Причины его появления и диагностическое значение. Амфорическое дыхание. Везикулобронхиальное дыхание.
21. Аускультация легких. Побочные дыхательные шумы, механизм их возникновения, диагностическое значение.
22. Аускультация легких. Сухие и влажные хрипы. Крепитация. Шум трения плевры. Их различие и механизмы возникновения. Диагностическое значение.
23. Бронхофония, голосовое дрожание. Диагностическое значение их ослабления и усиления. Шум трения плевры.
24. Понятие о рентгеноскопии, рентгенографии и томографии легких. Бронхоскопия, показания и противопоказания к бронхоскопии. Понятие о биопсии слизистой бронхов, легких, плевры, увеличенных трахеобронхиальных лимфатических узлов. Исследование бронхоальвеолярного содержимого.
25. Методы исследования функционального состояния легких. Спирография. Дыхательные объемы и емкости, диагностическое значение их изменений. Проба Тиффно. Понятие о пневмотахометрии и пневмотахографии.
26. Физикальные признаки синдромов уплотнения легкого, полости в легком и пневмоторакса.
27. Синдром нарушения бронхиальной проходимости. Диагностическое значение инструментальных методов диагностики.
28. Бронхиальная астма. Патогенез. Клинические симптомы. Осложнения.
29. Острый и хронический бронхит. Клинические и инструментальные методы выявления нарушений бронхиальной проходимости. Диагностическое значение пневмотахометрии.
30. Синдром наличия газа и жидкости в плевральной полости. Гидроторакс. Пневмоторакс.
31. Плевриты и их классификация. Экссудативный плеврит. Синдром скопления газа и жидкости в плевральной полости. Физико-химическое и микроскопическое исследование плеврального выпота.
32. Заболевания, сопровождающиеся образованием полостей в легком. Клинические симптомы полости в легком. Абсцесс, бронхоэктатическая болезнь, рак легкого.

Клинические симптомы.

33. Синдром повышения воздушности легочной ткани. Эмфизема легких. Причины развития. Первичная эмфизема, вторичная эмфизема. Понятие об обструктивной эмфиземе.
34. Очаговая пневмония. Этиология. Симптоматология. Особенности течения.
35. Крупозная пневмония. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Течение. Осложнения.
36. Синдром недостаточности функции внешнего дыхания (острой и хронической). Диагностика вентиляционных нарушений (рестрикция, обструкция, альвеолярно-капиллярный блок). Степени дыхательной недостаточности.
37. Ателектаз. Стадии формирования обтурационного ателектаза. Компрессионный ателектаз. Симптоматология. Значение инструментальных методов исследования.
38. Исследование мокроты. Характер мокроты при различных заболеваниях легких.
39. Плевральная пункция. Показания, методика, возможные осложнения. Лабораторное исследование плевральной жидкости. Отличия транссудата от экссудата.
40. Развитие сердечной недостаточности при заболеваниях бронхолегочной системы. Синдром хронического легочного сердца.

Вопросы к промежуточному контролю по сердечно-сосудистой системе.

1. Расспрос больных с заболеваниями системы кровообращения. Характеристика основных жалоб сердечного больного, механизм их развития.
2. Осмотр сердечного больного. Цвет кожных покровов, румянец, бледность, цианоз. Положение больного. Различия легочного и сердечного цианоза. Пастозность. Отеки.
3. Виды одышки. Особенности одышки у кардиального больного. Сердечная астма. Первая помощь.
4. Механизм возникновения сердечных отеков. Локализация, выявление. Диагностическое значение. Асцит.
5. Исследование периферических сосудов. Признаки поражения артерий (осмотр, пальпация, аускультация) и вен (осмотр, пальпация).
6. Исследование артериального пульса. Его свойства на лучевых артериях. Латинская терминология.
7. Осмотр области сердца: сердечный горб, сердечный и верхушечный толчок, эпигастральная пульсация. Пальпация области сердца. Определение систолического и диастолического дрожания, диагностическое значение.
8. Измерение артериального давления по методу Короткова. Современные методы измерения АД. Суточное мониторирование АД, его диагностическое значение.
9. Перкуссия области сердца. Определение границ относительной и абсолютной тупости сердца, сосудистого пучка. Определение конфигурации относительной тупости сердца. Диагностическое значение изменения границ относительной и абсолютной тупости сердца.
10. Осмотр сосудов шеи: набухание вен и пульсация вен (отрицательный и положительный венозный пульс). Отличие венозной и артериальной пульсации на шее, причины их возникновения, диагностическое значение. Визуальное определение центрального венозного давления.
11. Аускультация сердца. Основные правила аускультации сердца. Нормальные тоны сердца, механизм их возникновения и характеристика. Понятие о трехчленном ритме.
12. Аускультация сердца. Проекция клапанов сердца на грудную клетку и места наилучшего их выслушивания. Изменения тонов сердца: изменение громкости тонов, появление расщепления (раздвоения), появление дополнительных тонов: «ритм перепела», «ритм галопа», маятникообразный ритм.
13. Аускультация артерий и вен. Шум волчка. Двойной тон Траубе. Патологический шум Дюрозье.
14. Аускультация сердца. Шумы сердца, механизм их возникновения, места наилучшего

выслушивания. Функциональные и органические шумы, их различия. ФКГ характеристика.

15. Шумы сердца, их классификация и семиологическое значение при различных заболеваниях. Характеристика шумов наполнения, регургитации, изгнания.

16. Лабораторные методы исследования при заболевании сердца и сосудов. Их диагностическое значение.

17. ФКГ. Принцип метода. Анализ фонокардиограммы.

18. Физиологические основы ЭКГ. Нормальная электрокардиограмма - анализ основных зубцов и интервалов.

19. Эхокардиография. Показания к назначению исследования. Понятие о диагностических возможностях одномерного, двухмерного и доплеровского сканирования сердца и сосудов.

20. Рентгенологическое исследование сердца. Диагностическое значение. Понятие об ангиографии и коронароангиографии.

21. Ревматизм. Этиология, патогенез. Симптоматология ревматического полиартрита, ревматического эндомиокардита. Диагностические критерии ревматизма. Клиническая и лабораторная диагностика.

22. Инфекционный эндокардит. Этиология, патогенез. Клиническая картина. Современные диагностические критерии. Симптоматология.

23. Эндокардиты. Ревматический эндомиокардит. Симптоматология.

24. Сужение левого атрио-вентрикулярного отверстия. Этиология, гемодинамика, симптоматология. Фонокардиографические и электрокардиографические данные.

25. Недостаточность митрального клапана. Гемодинамика. Клиническая и инструментальная симптоматология. (Электрокардиография и фонокардиография).

26. Болезни миокарда. Миокардиты, этиология, клиника. Миокардиодистрофия. Кардиосклероз. Симптоматология, диагностика.

27. Недостаточность аортального клапана. Этиология. Симптоматология. Данные ЭхоКГ, электрокардиографического и фонокардиографического исследования.

28. Стеноз устья аорты. Гемодинамика, симптоматология. Электрокардиографические и фонокардиографические данные. Диагностическое значение инструментальных методов исследования (рентгенография, ЭКГ, ФКГ, ЭхоКГ).

29. Синдром артериальной гипертензии. Понятие о симптоматических гипертониях. Гипертонический криз, первая помощь.

30. Гипертоническая болезнь. Патогенетические факторы. Симптоматология. Поражение «органов-мишеней». Понятие о современной классификации (по степени, группам риска). Осложнения.

31. Недостаточность кровообращения. Сердечная недостаточность. Причины и гемодинамические следствия сердечной недостаточности.

32. Острая сердечная недостаточность. Синдромы острой левопредсердной и левожелудочковой недостаточности. Клинические проявления сердечной астмы и отека легких. Неотложная помощь. Синдром острой правожелудочковой недостаточности, причины возникновения, клинические проявления.

33. Синдром хронической недостаточности (лево- и правожелудочковой). Патогенез симптомов. Механизмы компенсации недостаточности сердца. Стадии хронической сердечной недостаточности.

34. Синдромы острой сосудистой недостаточности (обморок, коллапс, шок). Причины возникновения. Механизм развития. Клинические проявления.

35. Неотложная помощь при болях в сердце (кардиалгии, ангинозные боли).

36. Мерцательная аритмия. Патогенез. Клиническая и электрокардиографическая диагностика.

37. Пароксизмальная тахикардия. Клиника. Электрокардиографическая диагностика.

38. Атрио-вентрикулярная блокада. Синдром Морганьи-Эдемса-Стокса.

39. Экстрасистолия. Классификация. Клиническая и электрокардиографическая симптоматика.

40. Понятие об ишемической болезни сердца. Стенокардия. Этиология. Патогенез.

Клиническая симптоматика. Значение функциональной диагностики коронарной недостаточности.

41. Синдром острой коронарной недостаточности.

42. Атеросклероз и артериосклероз. Атеросклеротический кардиосклероз, симптоматика, диагностика.

43. Инфаркт миокарда. Приоритет отечественных ученых (В.П.Образцов, Н.Д.Стражеско, Е.И.Чазов) в области изучения этого заболевания. Симптоматология различных клинических форм. Данные электрокардиографического исследования.

44. ЭКГ-диагностика инфаркта миокарда.

Критерии оценки знаний студентов на основании рейтинговой системы по предмету пропедевтики внутренних болезней

На первом занятии студентам предоставляется информации о рейтинговом контроле, о его видах, о дате проведения промежуточного и итогового контроля, данные о проходном балле.

В соответствии Государственным стандартом по предмету предусмотрено проведение следующих видов контроля:

- текущая оценка (ТО);
- самостоятельная работа студента (СРС);
- промежуточная оценка (ПО);
- итоговая оценка (ИО)

В течении цикла успеваемость студента оценивается по 100 бальной системе.

100 баллов в целом по дисциплине распределены следующим образом:

№	Вид контроля	Максимальный балл	Коэффициент	Проходной балл
1	Текущий контроль с учетом СРС	50	0,5	27,5
2	Промежуточный контроль	20	0,2	11,0
3	Итоговый контроль (ОСКЭ + тест)	30	0,3	16,5
	ВСЕГО	100	1	55,0

ТЕКУЩАЯ ОЦЕНКА (ТО)

ТО предусматривает определение и оценку знаний студентов по темам предмета и практическим навыкам. По предмету пропедевтики внутренних болезней ТО может проводиться в виде устного опроса, работа с обучающими программами, освоение практических навыков, выполнение СРС, проверка домашнего задания и другие формы контроля.

При оценке учитываются уровень знаний студентов, освоение материалов практического занятия, активность в обсуждении теоретического материала и интерактивных методах обучения.

На каждом занятии должны оцениваться все студенты.

При текущем контроле на основе модели образования уровень студентов оценивается по следующим частям: теоретическая часть, практическая часть и СРС (30:60:10)

	96-100	91-95	86-90	81-85	76-80	71-75	66-70	61-65	55-60	51-54	0-30
Теоретическая часть	28-30	27-28	23-25	21-22	18-20	16-28	13-25	11-23	18-20	15-17	0-10
Практи	58-60	56-	54-	52-54	51-52	48-	46-	44-	42-	32-	0-

ческая часть		58	56			50	48	46	44	42	30
СРС	9-10	9	9	8-9	7-8	7	7	6	5-6	4-5	0

При оценке текущих знаний студентов учитываются следующие критерии:

Усвоение(%) и баллы	Оценка	Уровень знаний студента
96-100	Отлично «5»	Ответ студента по теме занятия полный, готовился по различным источникам, уровень знаний больше чем требуется по программе. Освоил литературу предложенную в рабочей программе, при подготовке к занятиям пользовался дополнительной литературой. Задания выполняет вовремя, качественно. При решении ситуационных задач имеет творческий подход, имеет клиническое мышление, свой ответ логично обосновывает. Активно участвует в обсуждении темы, обосновывает свой ответ. При обсуждении темы применяет фундаментальные знания, может самостоятельно принимать решение. Активно участвует в интерактивных играх.
		Практические навыки освоил полностью, по шагам выполняет правильно, во время курации больных умело применяет теоретические знания.
		Форма самостоятельной работы: самостоятельное усвоение темы, написание реферата, научной статьи, тезисов и лекций, творческая работа. Самостоятельное усвоение темы и написание конспекта. Конспект составлен логично и на все вопросы дан исчерпывающий ответ, систематизирован, указана основная и дополнительная литература использованная в конспекте. Подготовка реферата. При сборе материала студент пользовался наряду с учебной литературой еще и дополнительной (монографии, научные статьи, данные из Интернета), проводил анализ. Тема реферата всесторонне освещена, систематизирована. Творческая работа. Ситуационные задачи, графические органайзеры по теме занятия решил правильно, при их решении имел творческий подход, ответы обоснованные. Написание научных статей и тезисов. Студент проводил самостоятельное исследование в СНО и полученные данные статистически обработал, сделал обоснованные выводы. Студент сделал подробный литературный обзор из разных источников. В научной статье описал полученные данные.
91-95	Отлично «5»	По теме занятия ответ полный, в пределах программы, логически обоснованный, отвечает уверенно. Освоил литературу предложенную в рабочей программе, знаком с дополнительной литературой. Задания выполняет во время, качественно. Ситуационным задачам дает точный ответ, обосновывает. Активно участвует в обсуждении темы,

		может защищать свое мнение. Активно участвует в интерактивных играх. Практические навыки освоил полностью, во время курации больных умело применяет теоретические знания. Форма самостоятельной работы: самостоятельное усвоение темы, написание реферата, научной статьи, тезисов и лекций, творческая работа. Самостоятельное усвоение темы и написание конспекта. Конспект составлен логично и на все вопросы дан исчерпывающий ответ, систематизирован, указана основная и дополнительная литература, использованная в конспекте. Подготовка реферата. При сборе материала студент пользовался наряду с учебной литературой еще и дополнительной (монографии, научные статьи, данные из Интернета), проводил анализ. Текст изложен в определенной последовательности. Творческая работа. Ситуационные задачи, графические органайзеры по теме занятия решил правильно, при их решении имел творческий подход, ответы обоснованные. Написание научных статей и тезисов. Студент проводил самостоятельное исследование в СНО и полученные данные статистически обработал, сделал обоснованные выводы. Студент сделал подробный литературный обзор из разных источников. В научной статье описал полученные данные.
86-90	Отлично «5»	По теме занятия ответ полный, в пределах программы, логически обоснованный, отвечает уверенно. Освоил литературу предложенную в рабочей программе, с дополнительной литературой знаком частично. Во время практического занятия задания выполняет вовремя. Ситуационные задачи решает правильно, обосновывает. Активно участвует в обсуждении темы. Активно участвует в интерактивных играх. Практические навыки освоил полностью, во время курации больных умело применяет теоретические знания. Форма самостоятельной работы: самостоятельное усвоение темы, написание реферата, научной статьи, тезисов и лекций, творческая работа. Самостоятельное усвоение темы и написание конспекта. Конспект составлен логично и на все вопросы дан исчерпывающий ответ, систематизирован, указана основная и дополнительная литература, использованная в конспекте. Подготовка реферата. При сборе материала студент пользовался наряду с учебной литературой еще и дополнительной (монографии, научные статьи, данные из Интернета), проводил анализ. Текст изложен в определенной последовательности, сделан вывод. Творческая работа. Ситуационные задачи, графические органайзеры по теме занятия решил правильно, при их решении имел творческий подход, ответы обоснованные.

		Написание научных статей и тезисов. Студент проводил самостоятельное исследование в СНО и полученные данные статистически обработал, сделал обоснованные выводы. Студент сделал подробный литературный обзор из разных источников. В научной статье описал полученные данные.
81-85	хорошо «4»	По теме занятия ответ полный, в пределах программы, отвечает уверенно. Хорошо усвоил основную литературу по программе. Во время практического занятия задания выполняет вовремя. Ситуационные задачи решает правильно, обосновывает. При обсуждении темы, в дискуссиях участвует активно, свое мнение может защищать. Активно участвует в интерактивных играх.
		Практические навыки освоил полностью, во время курации больных умело применяет теоретические знания.
		Форма самостоятельной работы: самостоятельное усвоение темы, написание реферата, научной статьи, тезисов и лекций, творческая работа. Самостоятельное усвоение темы и написание конспекта. Конспект составлен логично и на все вопросы дан ответ, систематизирован, указана основная и дополнительная литература, использованная в конспекте. Подготовка реферата. При сборе материала студент пользовался наряду с учебной литературой еще и дополнительной (монографии, научные статьи, данные из Интернета), проводил анализ. Сущность темы раскрыта, только сделан вывод. Творческая работа. Ситуационные задачи, графические органайзеры по теме занятия решил правильно, при их решении имел творческий подход, ответы обоснованные.
76-80	Хорошо «4»	По теме занятия отвечает в пределах программы. Хорошо усвоил основную литературу. Во время практического занятия задания выполняет вовремя. Ситуационные задачи решает правильно, обосновывает. При обсуждении темы, в интерактивных играх участвует активно
		Практические навыки освоил полностью, во время курации больных умело применяет теоретические знания.
		Форма самостоятельной работы: самостоятельное усвоение темы, написание реферата, научной статьи, тезисов и лекций, творческая работа. Самостоятельное усвоение темы и написание конспекта. Конспект составлен логично и на все вопросы дан ответ, систематизирован, указана основная и дополнительная литература, использованная в конспекте. Подготовка реферата. При сборе материала студент пользовался наряду с учебной литературой еще и дополнительной (монографии, научные статьи, данные из Интернета). Сущность темы раскрыта, только сделан вывод. Творческая работа. Ситуационные задачи, графические органайзеры по теме занятия решил правильно,

		обоснованно.
71-75	хорошо «4»	По теме занятия отвечает в пределах программы. Усвоил основную литературу по программе. Задания выполняет вовремя. На ситуационные задачи дает правильный ответ, при обосновании испытывает затруднения. При обсуждении темы, в интерактивных играх участвует активно.
		Во время курации больных умело применяет теоретические знания, практические навыки выполняет правильно по шагам.
		Форма самостоятельной работы: самостоятельное усвоение темы, написание реферата, научной статьи, тезисов и лекций, творческая работа.
		Самостоятельное усвоение темы и написание конспекта. Конспект составлен логично и на все вопросы дан ответ, систематизирован, указана основная и дополнительная литература, использованная в конспекте. Подготовка реферата. При сборе материала студент пользовался наряду с учебной литературой еще и дополнительной (монографии, научные статьи, данные из Интернета). Сущность темы раскрыта, только сделан вывод. Творческая работа. Ситуационные задачи, графические органайзеры по теме занятия решил правильно, обоснованно.
66-70	удовлетв «3»	Ответ составляет 60-70% программы. Усвоил материалов основную литературу программы. При решении ситуационных задач допускает некоторые ошибки. В интерактивных играх участвует не активно.
		При пошаговом выполнении практических навыков допускает некоторые ошибки.
		Форма самостоятельной работы: самостоятельное усвоение темы, написание реферата, научной статьи, тезисов и лекций, творческая работа.
		Самостоятельное усвоение темы и написание конспекта. Конспект охватил все вопросы темы, но при описании нет системности, указана литературы источники. Подготовка реферата. Студент собрал материал используя основную литературу, сделал анализ. Сущность темы раскрыта, но имеются незначительные ошибки. Творческая работа. Ситуационные задачи и графические органайзеры решил правильно, но затрудняется при обосновании ответа.
61-65	удовлетв «3»	Ответ составляет 55-60% программы. Основную литературу программы усвоил частично, на дополнительные вопросы отвечает частично. При решении ситуационных задач допускает некоторые ошибки. В интерактивных играх участвует не активно.
		При пошаговом выполнении практических навыков допускает ошибки.
		Форма самостоятельной работы: самостоятельное усвоение

		темы, написание реферата, научной статьи, тезисов и лекций, творческая работа. Самостоятельное усвоение темы и написание конспекта. Конспект охватил все вопросы темы, но при описании нет системности, указана литература. Подготовка реферата. Собрал материал по основной литературе, сделал анализ. Тема раскрыта, но имеется ряд ошибок. Творческая работа. При решении ситуационных задач и графических органайзеров допускает ошибки, не может обосновать свой ответ.
55-60	удовл етв «3»	Ответ составляет 50-55% программы, на дополнительные вопросы ответа нет. Основную литературу усвоил частично, на дополнительные вопросы дает частичный ответ. Ситуационные задачи самостоятельно решать не может. В интерактивных играх участвует не активно.
		Практические навыки усвоил частично, допускает ошибки.
		Форма самостоятельной работы: самостоятельное усвоение темы, написание реферата, научной статьи, тезисов и лекций, творческая работа. Самостоятельное усвоение темы и написание конспекта. В конспекты все вопросы не освещены, при описании нет системности, не указана литература и источники. Подготовка реферата. Для конспекта и реферата материалы не собраны, но анализ не проводил. Сущность темы не раскрыта. Творческая работа. Ситуационные задачи и графические органайзеры по теме занятия самостоятельно решать не может.
31- 54	неудо влетв «2»	Ответ составляет 30-40% программы, не имеет точного представления по теоретическим вопросам. На дополнительные вопросы ответа нет. Не усвоил основную литературу программы. Ситуационные задачи решать не может. Задания выполняет не во время.
		Во время курации больных допускает ошибки. Путает название препаратов.
		Форма самостоятельной работы: самостоятельное усвоение темы, написание реферата, научной статьи, тезисов и лекций, творческая работа. Для конспекта и реферата материал собирал, но не писал. Ситуационные задачи и графические органайзеры решать не может.
0-30	неудо влетв «2»	Ответ составляет 20-30% программы, на вопросы нет ответа. Не усвоил основную литературу программы. Не умеет решать ситуационные задачи. Задания во время не выполняет.
		Практические навыки не может выполнить Больных не может курировать.

		Форма самостоятельной работы: самостоятельное усвоение темы, написание реферата, научной статьи, тезисов и лекций, творческая работа. Для конспекта и реферата материалы не собраны, но анализ не проводил. Ситуационные задачи и графические органайзеры решать не может.

ПРОМЕЖУТОЧНАЯ ОЦЕНКА

При промежуточном контроле оцениваются знания студентов по пройденным темам 3 курса и уровень освоения практические навыки.

Промежуточный контроль проводится по предмету пропедевтики внутренних болезней. На промежуточный контроль допускаются студенты, не имеющие задолженности по практическим и лекционным занятиям.

По решению заседания кафедры ПК проводится в виде устного опроса и письменного задания. Студент, получивший менее 55%, считается академическим задолжником по предмету.

Процесс проведения ПК контролируется со стороны заведующего кафедрой и в случаях нарушения результаты ПК аннулируются и ПК проводится заново.

Критерии оценки промежуточного контроля по предмету пропедевтики внутренних болезней

Усвоение %	Оценка	Уровень знаний студентов
96-100%	Отл “5”	На вопросы билета ответ полный, уверенный. При решении ситуационной задачи имеет творческий подход, дает полный ответ, логически обосновывает свой ответ. Практические навыки выполняет правильно по шагам.
91-95%	Отл “5”	На вопросы билета ответ полный, уверенный. При решении ситуационной задачи имеет творческий подход, дает полный ответ и обосновывает ответ. Практические навыки выполняет правильно по шагам.
86- 90%	Отл “5”	На вопросы билета ответ полный, уверенный. При решении ситуационной задачи творчески мыслит, дает полный ответ и обосновывает свой ответ. Практические навыки выполняет правильно по шагам.
81-85%	Хорош о “4”	На вопросы билета ответ полный. При решении ситуационной задачи творчески мыслит, дает полный ответ. Практические навыки выполняет правильно по шагам.
76-80%	Хорош о “4”	На вопросы билета ответ полный, но при обосновании затрудняется. Ситуационную задачу решил, но при обосновании ответа затрудняется. Практические навыки выполняет правильно по шагам.
71-75%	Хорош о “4”	Студент дал ответ на 75-80% билета. Ситуационную задачу решил, но при обосновании ответа затрудняется. Практические навыки выполняет правильно по шагам.
66-70%	Удовле т. “3”	Студент дал ответ на 65-70% билета. Допустил некоторые ошибки при решении ситуационных задач. При пошаговом выполнении практических навыков допускает ошибки.
61-65%	Удовле т. “3”	Студент дал ответ на 60% билета. Допустил ошибки при решении ситуационных задач, не может обосновывать свой ответ. При пошаговом выполнении практических навыков

		допускает ошибки.
55-60%	Удовлет. "3"	При решении ситуационных задач и при по шаговом выполнении допускает грубые ошибки.
54% и ниже	Неудовлет. "2"	Не знает особенности детского организма, ситуационные задачи не умеет решать. Практические навыки не усвоил.

ИТОГОВАЯ ОЦЕНКА

При итоговом контроле оцениваются знания, умения и навыки студента за весь год.

Итоговая оценка проводится в двух этапах: на кафедре в виде ОСКЭ и в тестовом центре.

На итоговый контроль допускаются студенты имеющие проходной балл по текущему контролю, СРС и промежуточному контролю.

В соответствии приказом ректора ТМА отдел мониторинга и внутреннего контроля периодически проводят контроль за проведением итогового контроля и при случаях выявления нарушения процесса приема и проведения итогового контроля результаты аннулируются и итоговый контроль проводится снова.

На кафедре OSKI проводится после окончания практических и лекционных занятий. На OSKI не допускаются студенты, которые имеют задолженности по практическим и лекционным занятиям.

OSKI состоит из 10 станций:

1. Практические навыки, составляют 70% итогового контроля– 55 баллов. Для этой части выделены 7 станций, на каждую станцию в зависимости от уровня сложности практического навыка выделено 5-10 баллов. Эти станции студент отвечает устно. Практические навыки выполняют по шагам, если студент пропустил какой то шаг, то получает 0 баллов.

2. Ситуационные задачи составляют 30% – максимально 45 и минимально 22,5 баллов. В этой части имеются 3 станции (для каждой задачи по 3 вопроса). На эти вопросы студент отвечает письменно.

Для ответа на каждую станцию выделено по 3 минуте, через 3 минуты по сигналу наблюдателя студенты переходят на другую станцию. Продолжительность экзамена 30 минут. Для проверки заданий подготовлены эталоны ответов.

Для каждой группы составляет отдельный вариант.

Критерии оценки итогового контроля:

100-86 баллов – отлично

85,9-71 баллов – хорошо

70,9-55 баллов – удовлетворительно

54,9 и ниже баллов – неудовлетворительно

Если студент получил менее 55 баллов по ОСКЭ то он недопускается на тестовый экзамен.

Определение рейтинга студента по предмету

Рейтинг студента по предмету определяется по следующей формуле:

$$R_f = \frac{V \cdot O'}{100}$$

где: V– общая нагрузка по предмету (в часах);

O' – уровень усвоения предмета (в баллах).

Проходной балл по ТК, ПК и ИК является 55 и выше.

Общий балл студента по предмету равен арифметической сумме ТК, ПК и ИК.

Сроки проведения контроля

Промежуточный и итоговый контроль проводятся в соответствии календарно тематическому плану и утвержденному учебным отделом графику проведения итогового контроля.

Студенты не получившие проходной балл или не участвовавшие на промежуточном или итоговом контроле предоставляется возможность и время для пересдачи экзамена.

Студент пропустивший практические занятия или промежуточный, итоговый контроль по причине болезни в соответствии по распоряжению декана факультета предоставляется двух недельный срок после начала учебы для отработок

Студент который по текущему, промежуточному или итоговому контролю не получивший проходной балл считается академическим задолжником по предмету.

Академическим задолжникам после окончания семестра предоставляется 1 месяц для отработок. Если в течение этого срока студент не сможет освоить предмет по рекомендации декана факультета и приказа ректора отчисляется из рядов студентов.

Если студент не согласен с оценкой то с момента объявления оценки в течении суток имеет право обратиться с заявлением к декану факультета. В таких случаях по рекомендации декана приказом ректора составляется апелляционная комиссия состоящая из 3 человек.

Апелляционная комиссия после ознакомления с заявлением студента в тот же день должна дать свое заключение.

Проведение оценки знаний студентов в соответствии с требованиями и в утвержденные сроки должно контролироваться деканом факультета, заведующим кафедрой, учебным отделом и отделом внутренней инспекции и мониторинга

Лекция-1-2

Тема: Обследования больных с заболеваниями ЖКТ. Расспрос, осмотр, пальпация живота. Инструментальные методы исследования органов пищеварения. Основные синдромы. Симптоматология эзофагита и острых, хронических гастритов

10.1. Модель технологии обучения.

Время занятия – 2 часа	Число студентов: от 20 до 80
Форма занятия	Введение – информационная лекция.
План лекции	1. Обследования больных с заболеваниями ЖКТ. Расспрос, осмотр, пальпация живота. Инструментальные методы исследования органов пищеварения. Основные синдромы. Симптоматология острых и хронических гастритов
Цель занятия:	Обучить студентов к с заболеваниям системы ЖКТ
Методы обучения	демонстративный, лекция, беседа
Формы обучения	массовый, группами
Средства обучения	Учебное пособие, содержание лекции, проектор, компьютер
Обстоятельство обучения	Методически оборудованная аудитория
Мониторинг и оценивание	Устный контроль: вопрос-ответ

1.2. Технологическая карта лекционного занятия.

Стадии и время работы	Педагог	Обучающиеся (студенты)
Подготовительная стадия	1. Подготовка содержания лекции. 2. Приготовление демонстративных слайдов для	Слушают Записывают

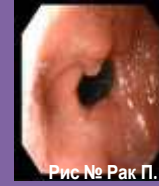
(10 минут)	лекции 3. Список литератур использованных на данной лекции: • Мухин Н.А., Моисеев В.И. "Пропедевтика внутренних болезней", М. 2005. • Абу Али ибн Сино. Канон врачебной науки.- Ташкент, 1996	
1 - Введение в тему (15 минут)	1. Ознакомление с целью и задачами данной лекции: Цель: Обучить студентов с заболеваниями ЖКТ Задачи *Обследования больных с заболеваниями ЖКТ. *Расспрос, осмотр, пальпация живота. *Инструментальные методы исследования органов пищеварения. *Основные синдромы. Симптоматология острых и хронических гастритов	Слушают Студенты отвечают на заданные вопросы
2 – основная стадия (55 минут)	1. Объясняет тему и демонстрирует слайды 2. Демонстрирует лекцию с помощью мультимедий	Слушают, записывают Слушают
Заключительная стадия (10 минут)	1. Заключение	Слушают





Физические методы исследования

В диагностике заболеваний П значимость физических методов исследований ограничена, за исключением осмотра.



Инструментальные методы исследования



48 часовая рН-метрия с помощью радиокапсулы «Браво»

рН-радиокапсула «Браво» (англ. Bravo™), выпускающаяся с 2003 года фирмой Medtronic (США), не является свободно перемещающейся. С помощью специального устройства она прикрепляется к эпителию пищевода (обычно на 5 см выше нижнего пищеводного сфинктера) и в течение нескольких суток (48 часов) измеряет кислотность в просвете пищевода и передаёт результаты измерений в приёмник, находящийся в кармане одежды (или на поясе) пациента или закреплённый на его теле тем или иным способом. По окончании исследования записанные данные переписываются в компьютер для дальнейшей обработки и анализа. В результате естественного отмирания эпителия капсула отцепляется от пищевода через несколько суток и выводится из тела пациента вместе с калом.



Рис. № Ход работы радиокапсулы

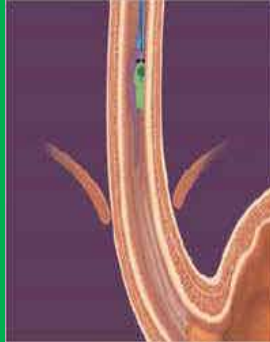


Рис. № Фиксация радиокапсулы



Рис. № Приемник радиокапсулы

Основные жалобы больных заболеванием желудка (Ж) и

1 – болевой синдром:
характер, интенсивность,
локализация, иррадиация,
продолжительность,
провоцирующие
факторы(еда, обычно спустя
30-50мин)

2 – диспепсический синдром:
nausea, vomitus,
haematemesis, eructatio,
regurgitacio, melena

3 – астеновегетативный
синдром: анорексия, горечь
во рту, гиперсаливация или
сухость во рту

Причины тошноты и рвоты



Основные синдромы при заболеваниях Ж и ДПК



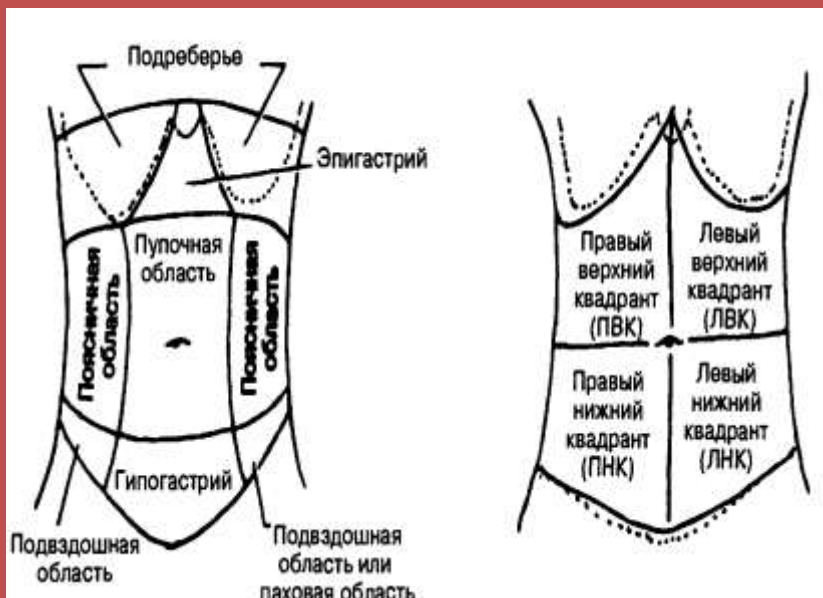
Причины кровотечения из ЖКТ:

Причина	Частота (в %)
Язва желудка	30
Язва ДПК	21
Гастриты и эрозии	9
Эзофагиты или язвы пищево,	8
Дуоденит	4
Расширение вен	3
Опухоль	2
Синдром Мэллори-Вейса	1
Другие	22

(О. Эпштейн., Г.Д. Перкин., Д.П. де Боно., Дж. Куксон, 2001г)

PS. Настоящее время причиной более 50% случаев гастродуоденального кровотечения служат НПВС - ассоциированные гастродуоденопатии

Топографические зоны(сегменты) живота



PS. Топографические зоны необходимы для идентификации локализации и иррадиации боли

Особенности эпигастральной боли

Боль в эпигастральной области может локализоваться при следующих заболеваниях:



«Эпигастральная область является местом встречи болей».

Физические методы исследования Ж и ДПК



«Комбинированные» методы:

1 – аускультоаффрикационный:

Раструб фонендоскопа размещается в эпигастрии. Пальцем другой руки производят царапающие движения по передней брюшной стенке по lin. mediana anterior начиная с мечевидного отростка до пупка. Точка, в которой скребущие звуки ослабевают, находится нижняя граница желудка.

2 – аускультативная перкуссия

При выполнении данного комбинационного метода пальцем исследователя не скользит по коже, а постукивает по ней.

Особенности осмотра живота:

Врач начинает осмотр живота, стоя справа от больного. Чтобы оценить форму видимую перистальтику, врач может присесть или наклониться и смотреть на стенку сбоку. Следует обращать внимание на:

Элементы, заслуживающие внимание	Встречаются при заболеваниях:
Кожа: шрамы, полосы (striae)	Пурпурно-розовые полосы – синдром Кушинга
Расширенные подкожные вены	При циррозах печени или обструкции v. cava inferior
Пупок и его формы	Выпячивание (асцит, опухоль), пурпурное окрашивание (геморрагический панкреатит, смещение вниз (асцит), вверх (беременность, опухоль ор. таза)
Экхимозы (кровоизлияние в мягкие ткани)	Вокруг пупка – симптом Куллена, боковые отделы живота – симптом Грея Тернера (при за – или внутрибрюшинном подкожном кровотечении)
Симметричность живота	Асимметрия наблюдается при опухоли брюшной полости

PS. При осмотре поверхности живота следует обратить внимание на: дыхательную экскурсию передней брюшной стенки; патологические венозные рисунки; послеоперационные рубцы;

Особенности осмотра живота

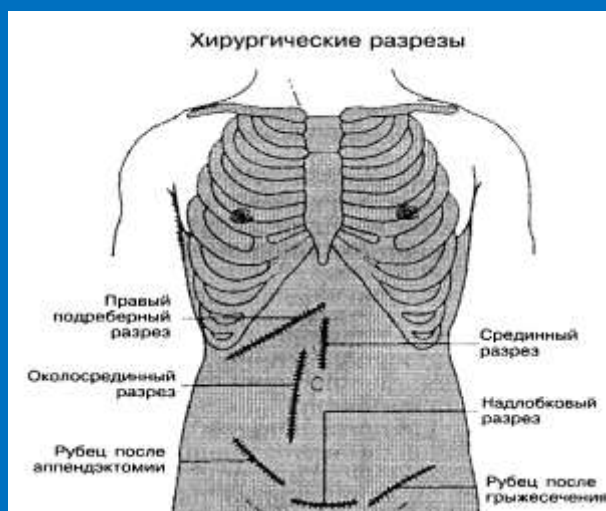


Рис. № Часто встречающиеся хирургические рубцы на брюшной стенке

Существуют три важных сети коллатерального венозного кровообращения, открывающиеся в случае обструкции: 1 – верхней полой вены (расширение вен на половине передней брюшной стенки и кровоток направлен вниз); 2 – нижней полой вены (расширение вен по боковым поверхностям живота и кровоток направлен вверх); 3 – портальной венозной системы (расширение околопупочных вен. Верхние вены дренируются вверх, а нижние вниз);

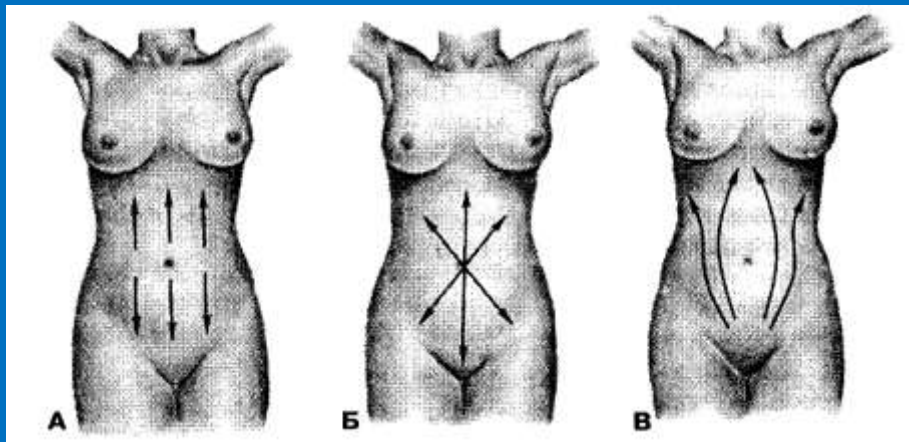


Рис. № Варианты венозных анастомозов на передней брюшной стенке. А – нормальное кровообращение. Б – при портальной гипертензии. В – при обструкции нижней полой вены

Осмотр бокового контура живота

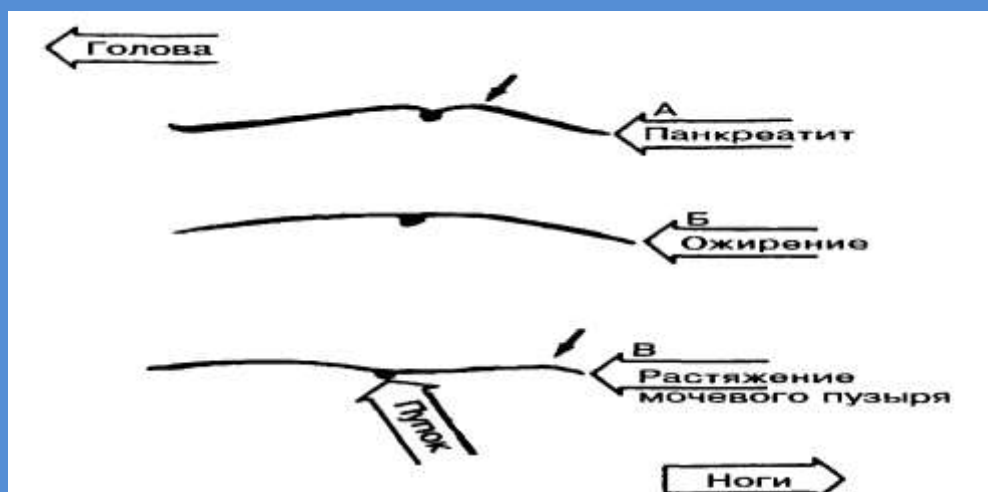
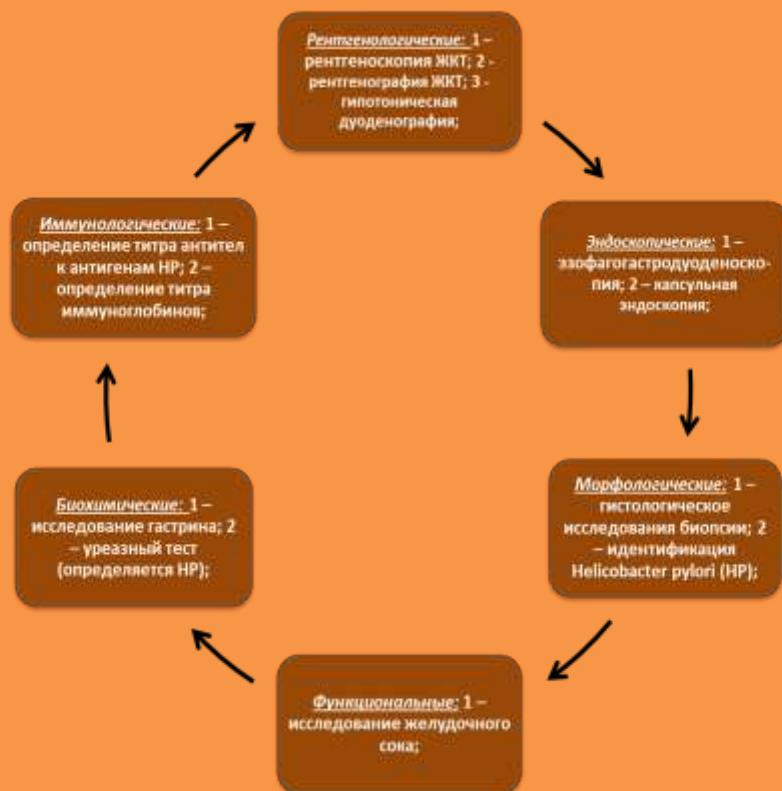


Рис. № Виды бокового контура живота. А. Лук Купидона (при панкреатите); Б. Ожирение; В. Растяжение мочевого пузыря;

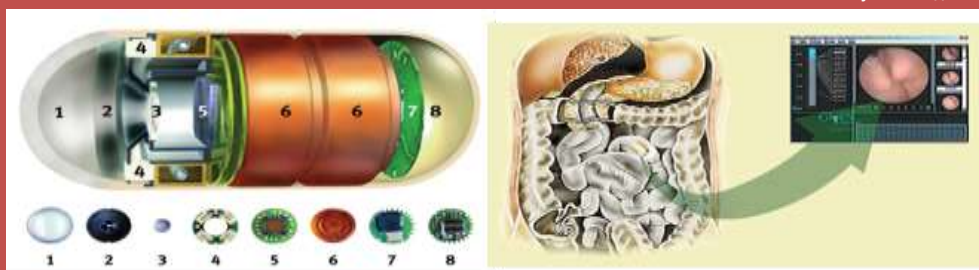
Брюшная полость является «могилой для терапевта» С. Манжони

Дополнительные методы исследования:



Капсульная эндоскопия

Gavriel Iddan (1981г)



1. Оптический колпак 2. Фиксатор линзы 3. Линза 4. Осветитель
5. Камера 6. Батарея 7. Передатчик 8. Антенна



Расспрос – interrogatio при заболеваниях кишечника

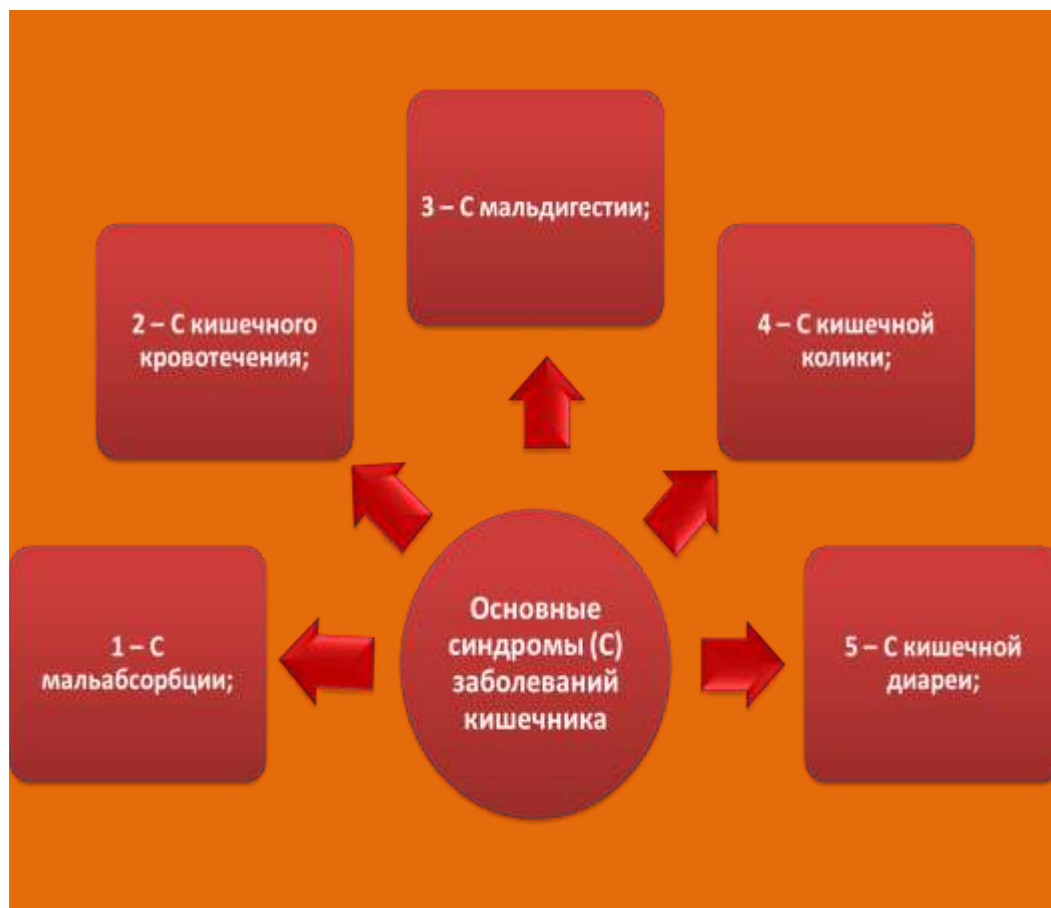


Алгоритм PQIRST (согласно рекомендациям IASP) для детализации АБ

- P – факторы, облегчающие (palliate) или усиливающие (provoke) боль;
- Q – качественные (qualities) характеристики боли (жгучая, острая и т.д.);
- R – иррадиация (radiation) боли;
- S – интенсивность (severity) боли;
- T – факторы времени (temporal), продолжительность боли;

Патогенетические варианты АБ (по Н.Б. Губергрицу, 2006г)

- висцеральные;
- париетальные (перитонеальные);
- отраженные (иррадирующие);
- функциональные;



Физические методы исследования (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)

При осмотре оценивают форму (правильная, неправильная, асимметричная) и размеры (втянутость, выпячивание), общее или локальное вздутие живота, состояние пупка, кожи, выраженность подкожной клетчатки.

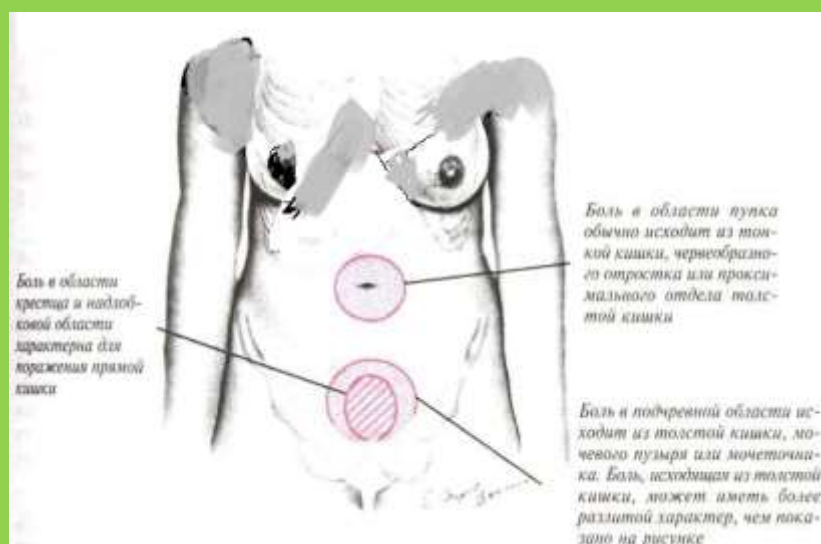


Рис. № Зоны распространения боли при заболеваниях кишечника

«Проклятый живот, приносящий человеку самые большие страдания» Гомер, Одиссея, XV.344

Особенности осмотра живота

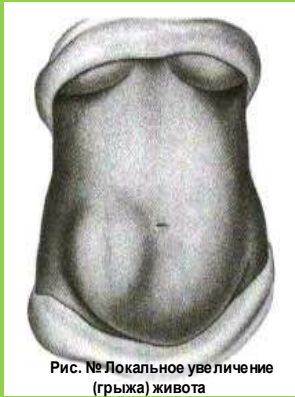


Рис. № Локальное увеличение (грыжа) живота



Рис. № Пупочная грыжа

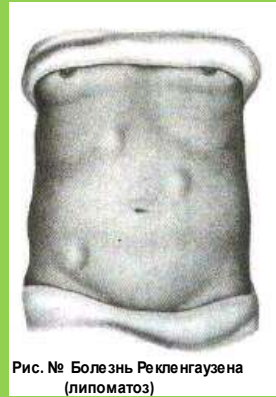


Рис. № Болезнь Рекленгаузена (липоматоз)



Рис. № Опухоль брюшной полости

Пальпация:

Различают: моно – и бимануальную, а также поверхностную и глубокую пальпацию живота. При поверхностной пальпации ладонь исследователя мягко касается брюшной стенки, а пальцы надавливают на нее, по глубине 1 см. Глубокая пальпация аналогична поверхностной, однако пальцы погружаются в живот б



Рис. № Методика поверхностной пальпации



Рис. № Методика глубокой пальпации

Наиболее информативной является пальпация, техника выполнения ее видов приведена на ри

«Пальпируя надо думать и думая надо
пальпировать»

Перкуссия и аускультация

Перкуссия живота малоинформативная. При наличии асцита выслушивается тупой, наоборот, при метеоризме тимпанический звук.



Рис. № Звучность перкуторного звука при асците



Рис. № Симптом флюктуации

Аускультация (А) более информативная. Ее следует проводить перед перкуссией и пальпацией брюшной полости, так как последние могут изменить характер кишечных шумов. Не следует сильно прижимать фонендоскоп к поверхности брюшной стенки. Нормальные кишечные шумы представляют собой щёлкающие и булькающие звуки. Частота их возникновения колеблется от 5 до 34 в минуту. При усилении перистальтики иногда выслушивается урчание громкие, продолжительные булькающие звуки (например, знакомое всем урчание желудка). Так как кишечные шумы проводятся по всей брюшной полости, то удобно выслушивать их всегда в одной области (например, в правом нижнем квадранте живота). Кишечные шумы могут изменяться при диарее, кишечной непроходимости, паралитическом илеусе и перитоните.
Р.С. Следует указать, что кишечные шумы не обладают ни чувствительностью, ни специфичностью и не являются важным диагностическим признаком.

Напротив шум плеска обладает достаточной информативностью. Он возникает при накоплении большого количества жидкости или воздуха. Очень громкий шум плеска может указывать на непроходимость кишечника или дилатацию желудка.

Дополнительные методы исследования



Двухбаллонная энтероскопия

(Хиронори Ямамато 2004г.)



Рис. № Двухбаллонный энтероскоп

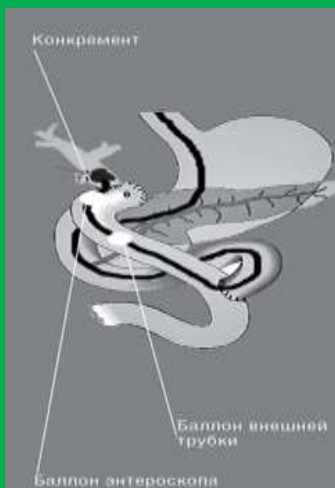


Рис. № Схема проведения двухбаллонной энтероскопии петли тощей кишки по Ру (стрелкой указан конкремент)

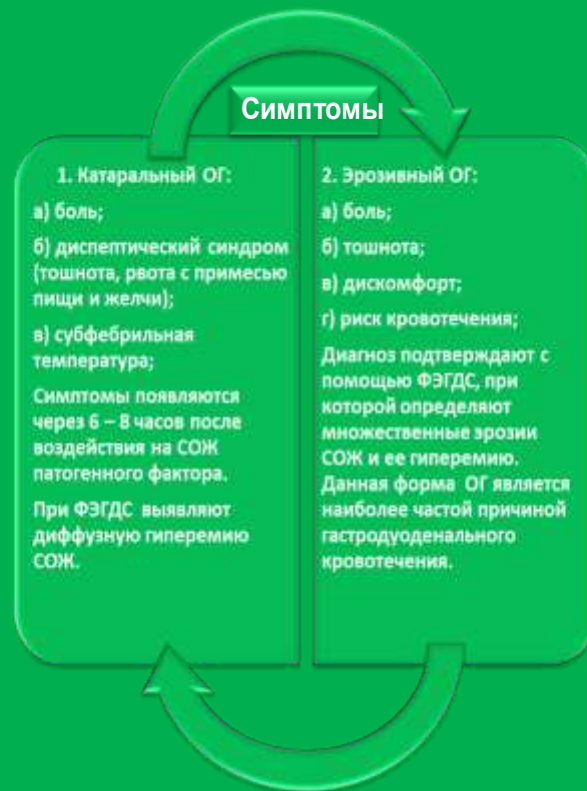
Гастриты

Гастрит–поражение СОЖ преимущественно с воспалительными изменениями при остром развитии процесса, с морфологической и функциональной перестройки с прогрессирующей атрофией при хроническом течении.

Острый гастрит (ОГ)



Клинико – эндоскопические варианты ОГ

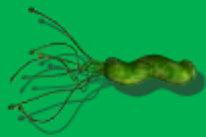


Хронический гастрит (ХГ)

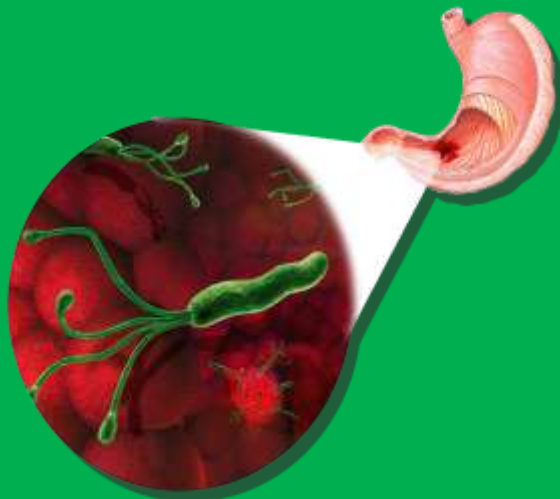
ХГ – это длительно протекающее диффузное или сегментарное воспалительное поражение СОЖ с нарушением секреторной и моторно-эвакуаторной способностей органа. Страдает около 50-90% взрослого населения. Западный специалист Stadelman назвал ХГ «самой часто встречаемой патологией в спектре заболеваний желудка».



«Диагноз ХГ является наиболее ошибочным в практике врача»

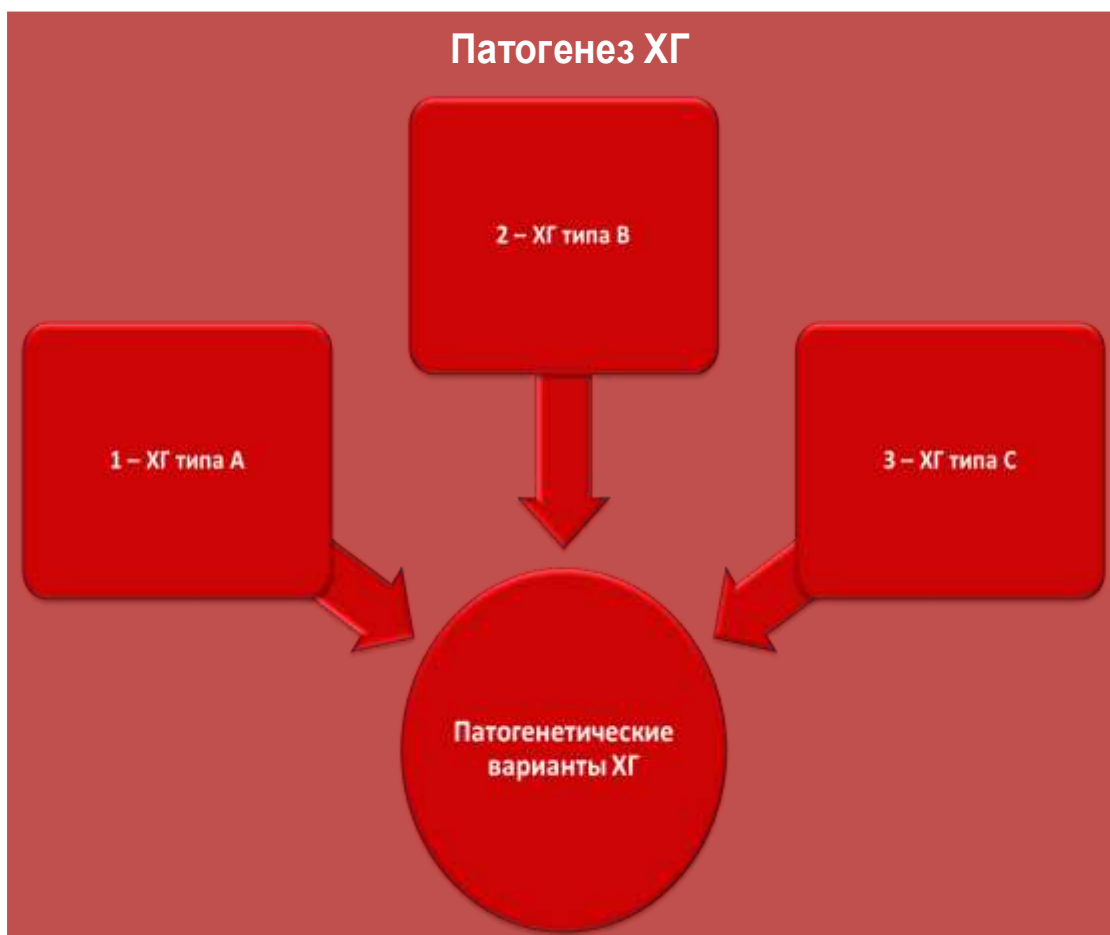


Helicobacter pylori – «новая чума XX века». D.Graham

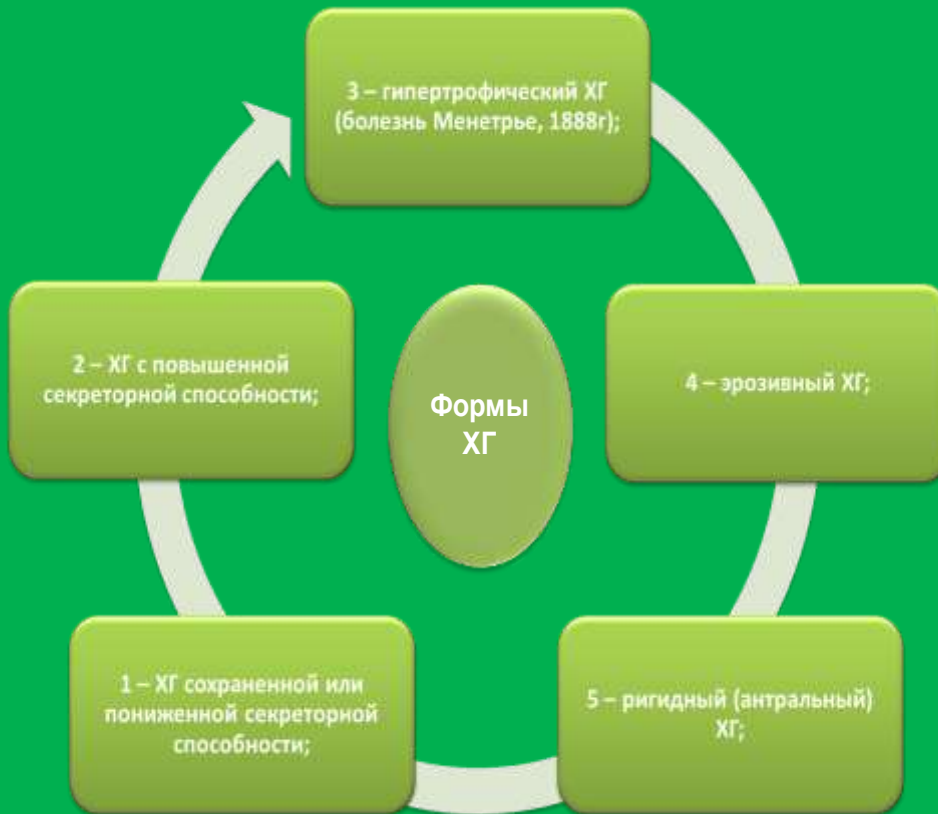


В 1983 г. В.Marschall и J.Warren впервые обнаружили в слизистой оболочке желудка больного хроническим гастритом изогнутые бактерии, *helicobacter pylori*.

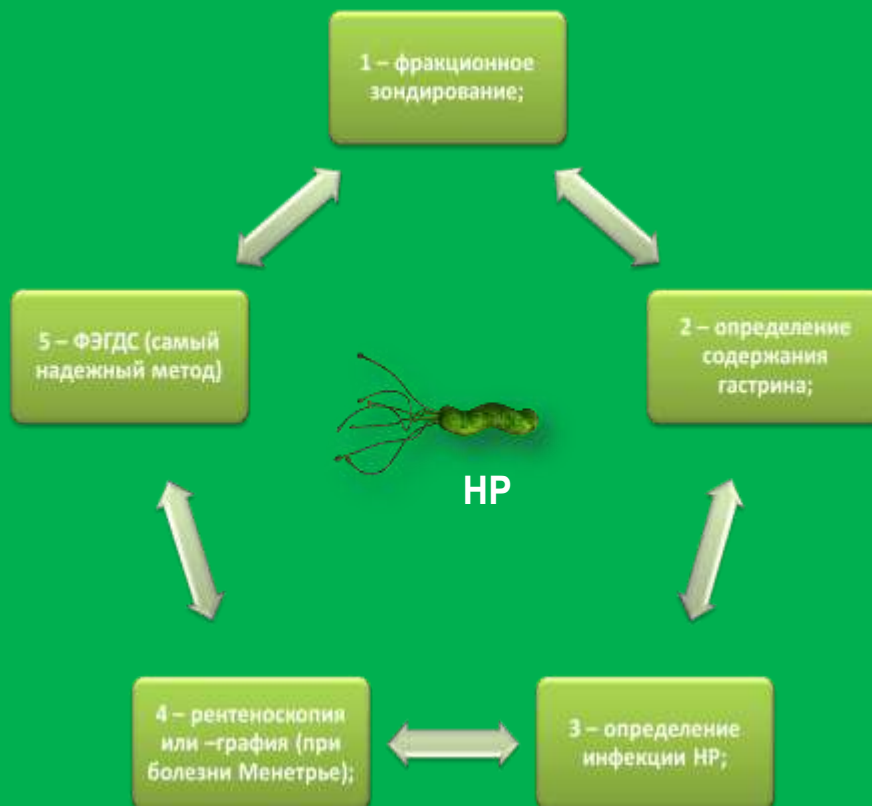
Патогенез ХГ



Клинические варианты ХГ



Инструментальные методы диагностики



Основные принципы лечения ХГ



"Хоть извилин не видно, но когда их нет, это очень заметно"



Лекция-3

Тема: Симптоматология ГЭРБ. Современные методы диагностики. Симптоматология язвенной болезни желудка и 12 п.к

11.1. Модель технологии обучения.

Время занятия – 2 часа	Число студентов: от 20 до 80
Форма занятия	Введение – информационная лекция.
План лекции	1. Симптоматология ГЭРБ. Современные методы диагностики. Симптоматология язвенной болезни желудка и 12 п.к
Цель занятия:	Обучить студентов к с заболеваниям системы ЖКТ
Методы обучения	демонстративный, лекция, беседа
Формы обучения	массовый, группами
Средства обучения	Учебное пособие, содержание лекции, проектор, компьютер
Обстоятельство обучения	Методически оборудованная аудитория
Мониторинг и оценивание	Устный контроль: вопрос-ответ

1.2. Технологическая карта лекционного занятия.

Стадии и время работы	Педагог	Обучающиеся (студенты)
Подготовительная стадия (10 минут)	1. Подготовка содержания лекции. 2. Приготовление демонстративных слайдов для лекции 3. Список литератур использованных на данной лекции: • Мухин Н.А., Моисеев В.И. "Пропедевтика внутренних болезней", М. 2005. • Абу Али ибн Сино. Канон врачебной науки-Ташкент, 1996 • Гребенев А.Л. "Пропедевтика внутренних болезней", (ПВБ) М. 2001.	Слушают Записывают
1 - Введение в тему (15 минут)	1. Ознакомление с целью и задачами данной лекции: Цель: Обучить студентов с заболеваниями ЖКТ Задачи *Симптоматология ГЭРБ.	Слушают Студенты отвечают на заданные вопросы

	*Современные методы диагностики. * Симптоматология язвенной болезни желудка и 12 п.к,	
2 – основная стадия (55 минут)	1. Объясняет тему и демонстрирует слайды 2. Демонстрирует лекцию с помощью мультимедий	Слушают, записывают Слушают
Заключительная стадия (10 минут)	1. Заключение	Слушают



ГЭРБ – это заболевание с развитием характерных симптомов и/или воспалительного поражения дистальной части пищевода вследствие повторяющегося заброса в пищевод желудочного и/или дуоденального содержимого.



Изменение pH пищевода при ГЭРБ

рН пищевода в
норме составляет
6,0

Кислотный рефлюкс
– если рН снижается
до 4,0 и ниже

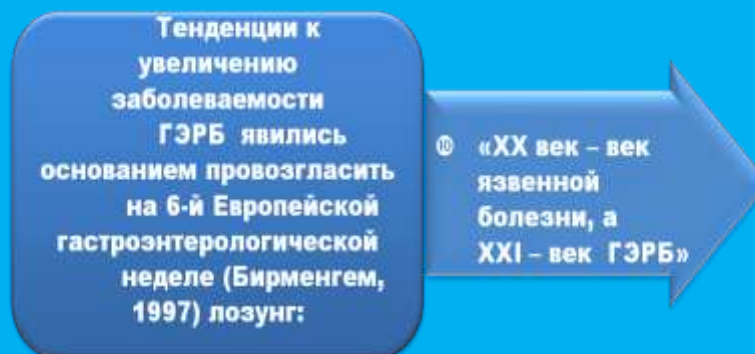
Щелочной рефлюкс
– если рН
превышает 7,0 (при
попадании в
пищевод
дуоденального
содержимого)

Исторические аспекты



Эпидемиология

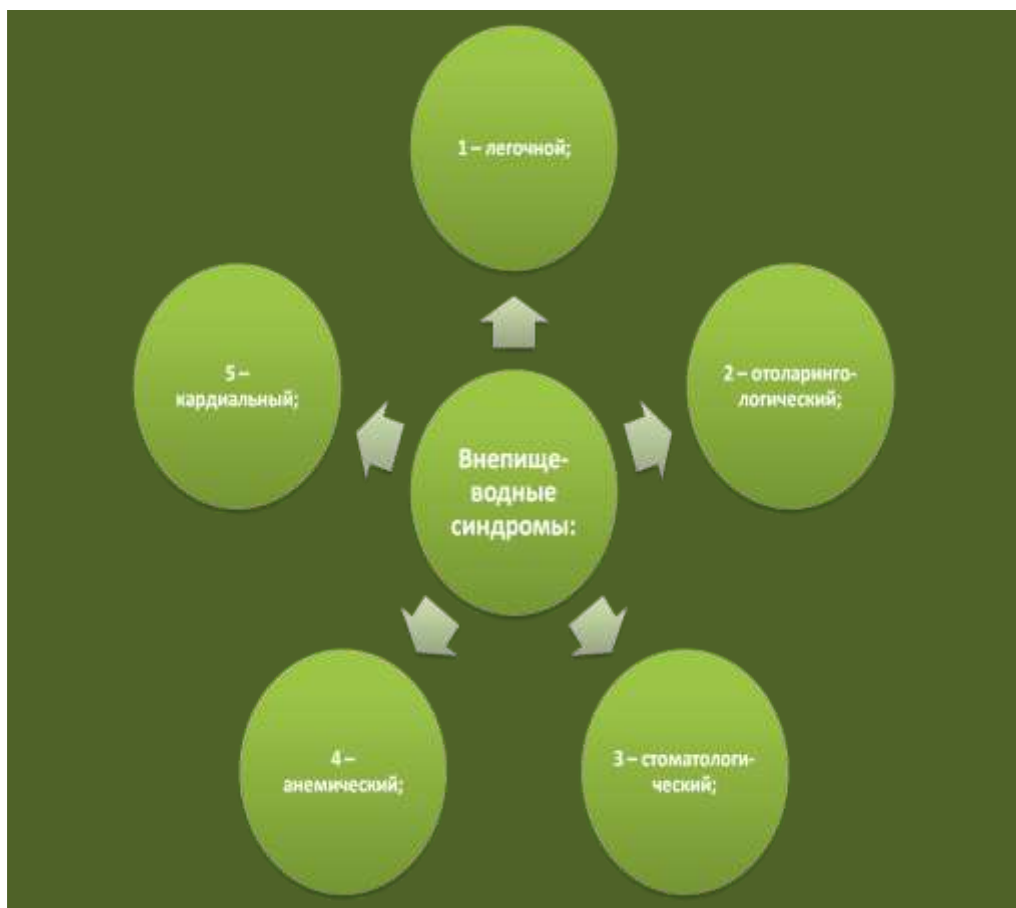
Частота распространения: по данным ВОЗ 50%, в России - более 60%



Этиология







Осложнения ГЭРБ



Рис. № Пищевод Баррета



Рис. № Аденокарцинома пищевода

Методы диагностики ГЭРБ

ВИДЫ	ВОЗМОЖНОСТИ МЕТОДА
Суточное pH – мониторинг	Определяет количество и продолжительность эпизодов pH<4 и >7 в пищеводе, их связь с субъективными симптомами, приёмом пищи, положением тела, курением, приёмом лекарств. Дает возможность индивидуального подбора терапии и контроля эффективности действия препаратов.
48 – часовое (беззондовое) pH – мониторинг с помощью радиокапсулы «Bravo»	Определяет pH среды пищевода без зонда в течение 48 часов и более не причиняя дополнительных неудобств больному.
Рентгенологическое исследование пищевода.	Выявляет грыжу пищеводного отверстия диафрагмы, эрозии, язвы, стриктуры пищевода.
Эндоскопическое исследование пищевода.	Выявляет воспалительные изменения пищевода, эрозии, язвы, стриктуры пищевода, пищевод Баррета.
Импедансометрия (определяется разность потенциалов в двух активных точках пищевода)	Позволяет оценить пищеводный клиренс, перистальтическую двигательную активность стенки пищевода.
Манометрическое исследование пищеводных сфинктеров.	Позволяет выявить изменение тонуса пищеводных сфинктеров. Норма по DeMeester: Базальное давление НПС 14,3-34,5 мм.рт.ст. Общая длина НПС не менее 4 см. Длина абдоминальной части НПС не менее 2 см.

Основные принципы терапии ГЭРБ

Немедикаментозные:

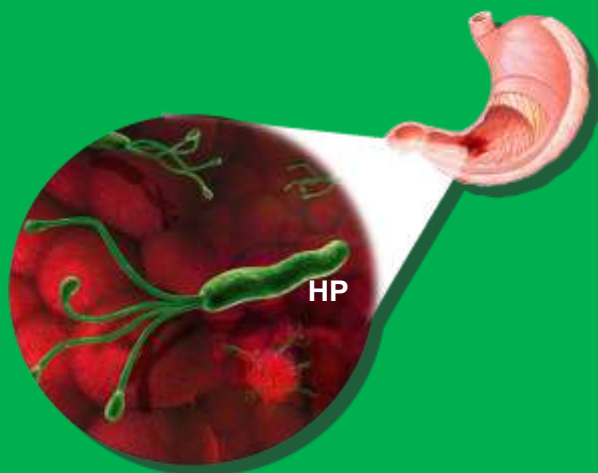
- режим питания (дробный, частый);
- первые 2 часа после приема пищи не следует лежать;
- пищу не следует запивать чаем и водой;
- запрещается прием чая, кофе, спиртных, курение;
- приподнятое головное положение;
- запрещается ношение тугих поясов;
- ограничиваются: сладости, кислые, мучные и жирные;
- исключаются: бобовые (маш, горох, фасоль) и газированные напитки (мин. вода, фанта);
- исключаются поднятие тяжестей;
- урегулировать частоту стула (предотвратить запоры);

Медикаментозные:

- ингибиторы протонной помпы (ИПП) – рабепразол 20мг, эзомепразол 40мг, лансопразол 30мг, пантопразол 40мг;
- стимуляторы перистальтики (агонисты ацетилхолина): цизаприд, церулетид;
- регуляторы моторики ЖКТ (домперидон 10мг, метоклопрамид 10мг)
- универсальные регуляторы (прокинетики): тримедат (тримебутин) 200мг;
- комбинированные препараты: пепсан – р 300мг саше/капсула;

Язвенная болезнь желудка (ЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК)

ЯБЖ и ЯБ ДПК – это хронически протекающее и часто рецидивирующее заболевание организма в целом, местным проявлением которого является образование язвенных дефектов в гастродуоденальной слизистой. Относится к группе хронических заболеваний.



Частота язвенной болезни среди взрослого населения:

- ❑ по данным обращаемости – 2 - 3%
- ❑ по данным профилактических эндоскопических осмотров – 5 - 7%
- ❑ по данным аутопсий – 10 - 20%

Считается, что до 10% взрослого населения страдает или имеет предрасположенность к язвенной болезни.

Ивашкин В.Т., 2000

Этиология и патогенез

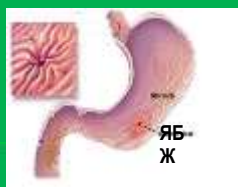
Между факторами агрессии и защиты существует динамический прямой баланс, заключающийся в следующем: при росте возможностей факторов агрессии адекватно им тут же возрастают силы и наоборот.



Схематическое изображение соотношения факторов агрессии и защиты , предложенное американским гастроэнтерологом Д. Шеем.



Особенности дисбаланса факторов агрессии и защиты при ЯБЖ и ЯБ ДПК



ФАКТОРЫ:



ЯБЖ



ФАКТОРЫ:

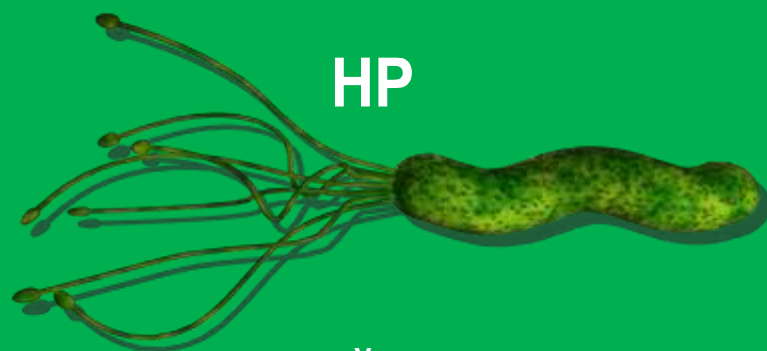


ЯБ ДПК

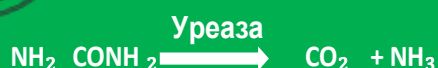
Ульцерогенное свойство (гипотетическое) инфекции

Известный голландский гастроэнтеролог G. Tytgat в 1995г. провозгласил ныне популярный лозунг– «нет НР – нет ЯБ – ассоциированной ЯБ».

На долю Нр - инфекции и НПВП в общей сложности приходится не менее 95% ЯБ.



НР



Свободные молекулы аммиака способны ощелачивать pH желудка, что способствует гиперпродукции гастрина и вместе с тем, нарушению баланса между факторами агрессии и защиты, в пользу первых

Популярные теории ульцерогенеза

№	Название теории	год	Автор
1	воспалительная,	1817 – 1923	Ф. Уден - G.E. Konjetzny
2	инфекционная	1851-1888-1907	Labert - M. Letull - E. Payr
3	сосудистая	1852	R. Virchow
4	пептическая	1856-1878	C. Bernard - H. Quincke
5	травматическая	1912	L. Aschoff
6	нейрорефлекторная	1912	Rossle
7	нейровегетативная теория	1913	G. Bergmann,
8	нейротрофическая	1935	А.Д. Сперанский
9	кортико-висцеральная	1949	К.М. Быков - И.Т. Курцын
10	Стрессовая	1953	Selye
11	слизистого барьера	1954-1957	Hollander – Johnson
12	кислотно-пептического фактора	1956	L.R. Dragstedt
13	атрофии слизистой	1959	A. Shay
14	бактериальная	1983	B. Marshall., A. Warren



Клинические проявления

Оценка клинических проявлений полезна в типичных формах ЯБ, которая встречается только у 50-60% больных.



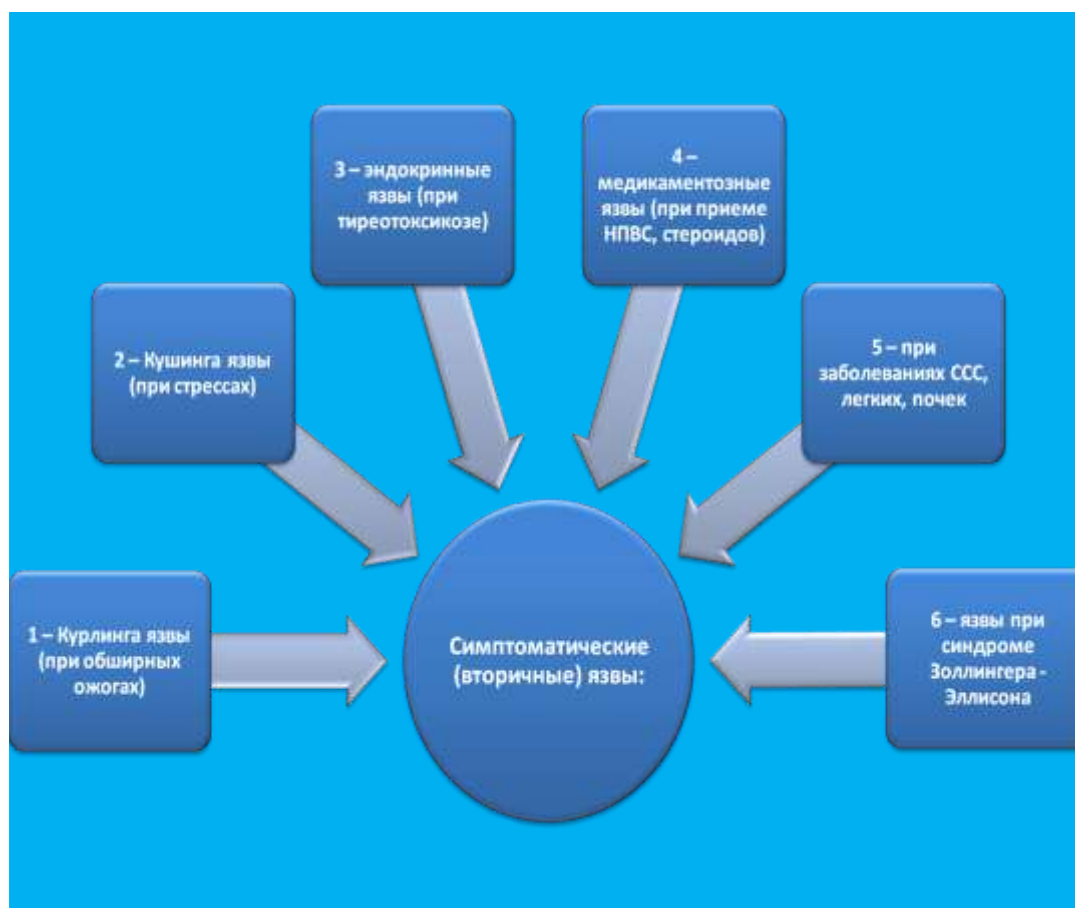
Особенности проявлений БС:
Боль возникает вскоре после (через 30-40 мин) приема пищи (ранняя), что зачастую характерно для язв тела желудка. Иногда боль может возникать спустя 10-20 мин после приема пищи. Это наблюдается при локализации язв в кардиальной части желудка.



Особенности проявлений БС:
Боль возникает спустя 1,5-2 часа после приема пищи – поздняя. Характерна для язвы пилорического канала или начального отдела ДПК. Иногда боль может возникать через 6-7 часов после приема пищи (ночная), что свойственно исключительно для ЯБ ДПК.

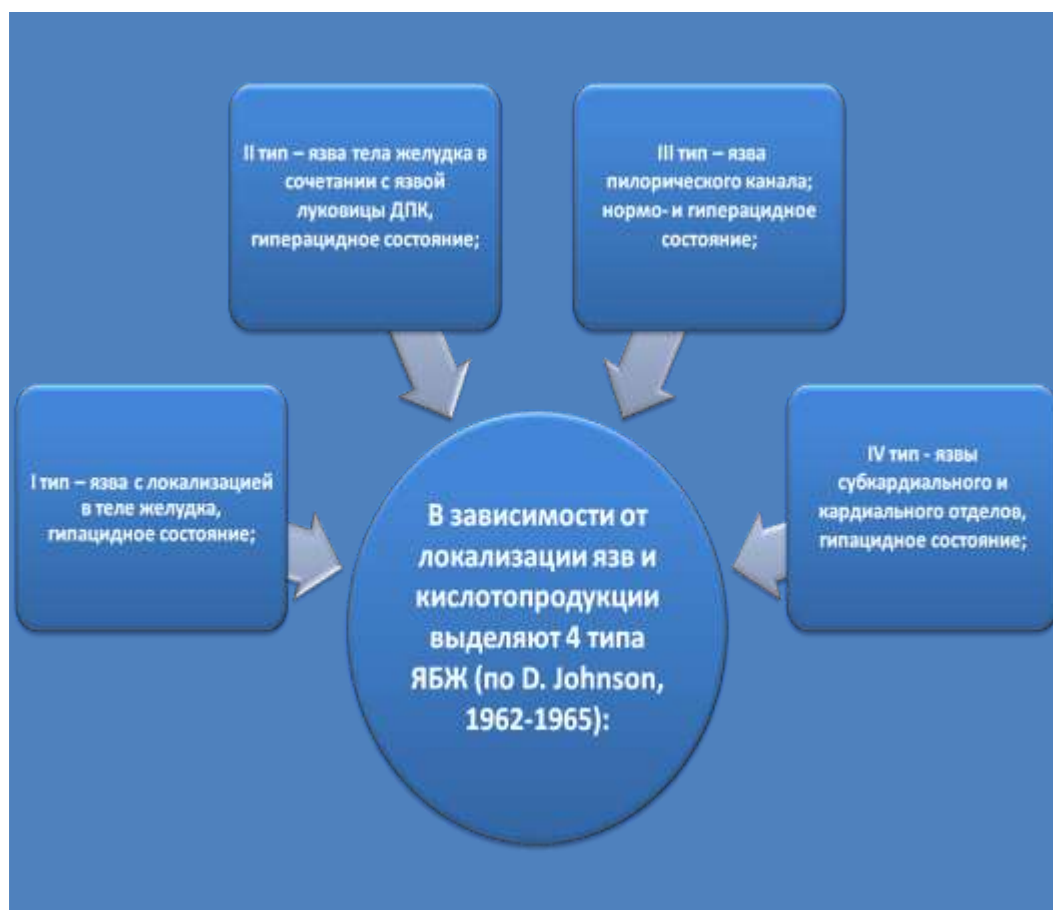
Часто встречаемые диспептические симптомы: изжога, отрыжка, тошнота, рвота с кислым содержанием, метеоризм.

С 30-х годов практически до конца XIX века кровотечение считали непременным атрибутом язвенной болезни, входящим вместе с болью и рвотой в так называемую триаду Крювелье (Cruveilhier, 1829).

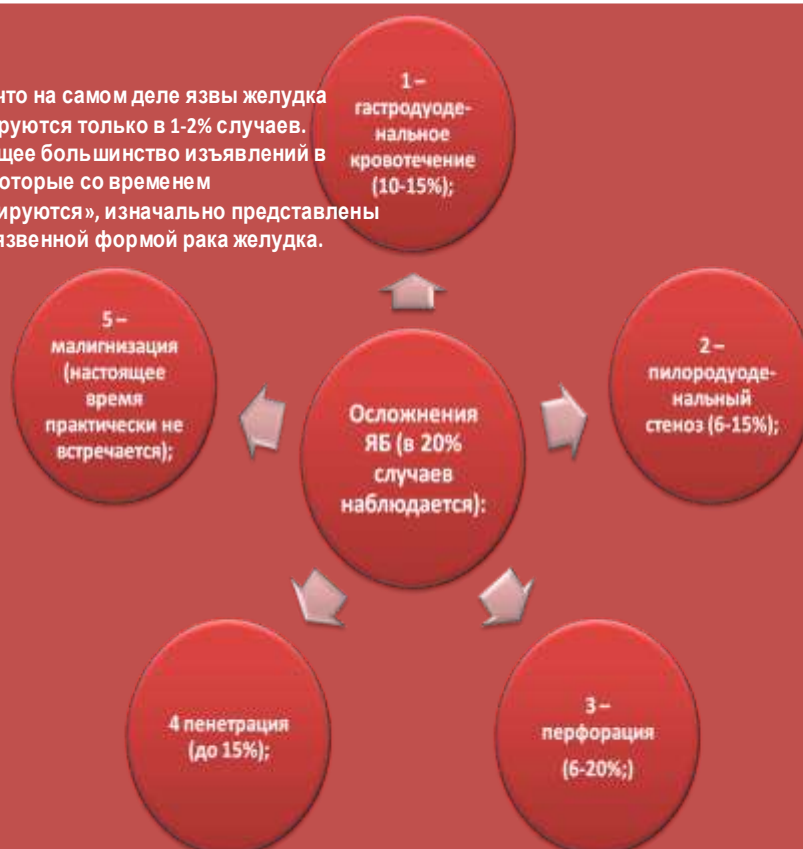


Дифференциация первичных (настоящих) и вторичных (симптоматических)

№ п/п	Критерии:	Язвы:	
		первичные	вторичные
1.	Форма	Округлые, овальные	Линейные
2.	Количество	Чаще одиночные, редко парные	Множественные (2,3,4 и больше)
3.	Локализация	Чаще желудочные	Чаще дуоденальные
4.	Склонность к кровотечениям	Около 10%	Более 50%
5.	Сезонность	Как правило, присутствует	Отсутствует
6.	Антиульцерозная терапия:	Эффективная	Необходимо лечить первичную патологию



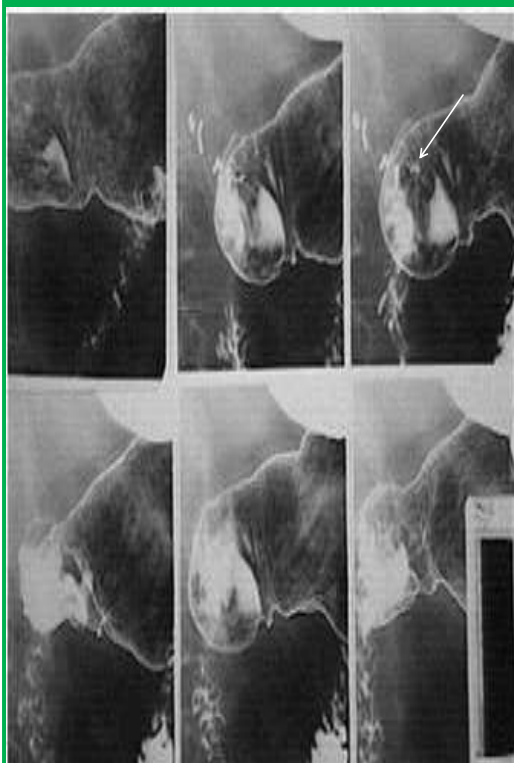
Доказано, что на самом деле язвы желудка малигнизируются только в 1-2% случаев. Подавляющее большинство изъязвлений в желудке, которые со временем «малигнизируются», изначально представлены первично-язвенной формой рака желудка.



РS. По данным В.Т. Ивашкина и соавт., 2003г



Рентгенологические признаки ЯБ:



1 – прямой:
симптом
«ниши»
(дефект
заполнения);



Рентгено-
логические
признаки

2 – не прямые:
симптом де Кервена
(указательного
пальца),
конвергенция
слизистой,
повышенное
слизеобразование и
т.д.

Терапия ЯБ проводится в 3 направлениях:



Немедикаментозные способы лечения:

- 1 – режим питания (7⁰⁰, 10⁰⁰, 13⁰⁰, 16⁰⁰, 19⁰⁰);
- 2 – первые 2 часа после приема пищи не следует принимать горизонтальное положение;
- 3 – не следует запивать пищу чаем, тем более водой;
- 4 – не рекомендуется употреблять очень горячую или холодную пищу;
- 5 – запрещается курение и употребление спиртных;



Основные принципы лекарственной терапии ЯБ

**1 – при
ЯБЖ:**

Все медикаментозные усилия направляются на повышение возможностей факторов защиты;

**2 – при
ЯБ
ДПК:**

Все лекарственные усилия должны направляться на подавление роли агрессивных факторов;

Препараты усиливающие возможности факторов защиты



Препараты подавляющие активность агрессивных факторов:

Блокаторы H ₂ - гистаминовых рецепторов:	Ингибиторы протонной помпы (ИПП):	Комплексные лекарства:
Циметидин 200мг, ранитидин 150мг, фамотидин 40мг	Омепразол 20мг, лансопразол 40мг, рабепразол 20мг, лансопразол 30мг, эзомепразол 20мг, танатопралол 20мг	Омепразол+кларитромицин+тинидазол Пилобакт

Эрадикационная терапия –

это лечение направлено на уничтожение инфекции НР, оно успешно у 85 – 90% больных.

Режимы антигеликобактерной терапии:

1 – «двойная» терапия:
ИПП+метронидазол (10-14 дней);

2 – «тройная» терапия:
ИПП+кларитромицин+амоксикалин
(7-10 дней);

3 – квадротерапия:
ИПП+кларитромицин+тетрациклин+
метронидазол (7 дней);

Спасибо

за

внимание!

Лекция-4.

Тема: Симптоматология энтеритов и колитов. Исследование кала, диагностическое значение. Диагностика заболевания печени и ЖВП. Симптомы заболевания, механизм возникновения и методы выявления.

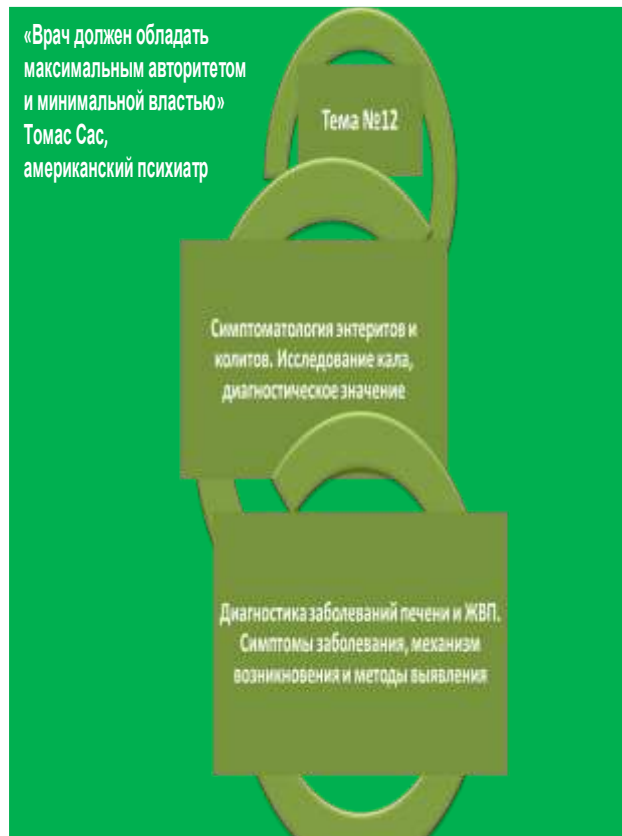
5.1. Модель технологии обучения.

Время занятия – 2 часа	Число студентов: от 20 до 80
Форма занятия	Введение – информационная лекция.
План лекции	1. Симптоматология энтеритов и колитов. Исследование кала, диагностическое значение. 2. Диагностика заболевания печени и ЖВП. Симптомы заболевания, механизм возникновения и методы выявления.
Цель занятия:	Обучить студентов к синдрому уплотнения легочной ткани
Методы обучения	демонстративный, лекция, беседа
Формы обучения	массовый, группами
Средства обучения	Учебное пособие, содержание лекции, проектор, компьютер
Обстоятельство обучения	Методически оборудованная аудитория
Мониторинг и оценивание	Устный контроль: вопрос-ответ

1.2. Технологическая карта лекционного занятия.

Стадии и время работы	Педагог	Обучающиеся (студенты)
Подготовительная стадия (10 минут)	1. Подготовка содержания лекции. 2. Приготовление демонстративных слайдов для лекции 3. Список литературы использованных на данной лекции: • Мухин Н.А., Моисеев В.И. "Пропедевтика внутренних болезней", М. 2005. • Абу Али ибн Сино. Канон врачебной науки.-Ташкент, 1996 - Гребенев А.Л. "Пропедевтика внутренних болезней", (ПВБ) М. 2001.	Слушают Записывают
1 - Введение в тему (15 минут)	1. Ознакомление с целью и задачами данной лекции: Цель: Обучить студентов к клиническим синдромам Задачи: * Симптоматология энтеритов и колитов. Исследование кала, диагностическое значение. Диагностика заболевания печени и ЖВП. Симптомы заболевания, механизм возникновения и	Слушают Студенты отвечают на заданные вопросы

	методы выявления.	
2 – основная стадия (55 минут)	1. Объясняет тему и демонстрирует слайды 2. Демонстрирует лекцию с помощью мультимедий	Слушают, записывают Слушают
Заключительная стадия (10 минут)	1. Заключение	Слушают



Целиакия (глютеновая энтеропатия) –

это заболевание, которое характеризуется атрофией ворсинок эпителия тонкой кишки в ответ на белок некоторых злаков (глиадин), и проявляется мальабсорбцией той или иной степени выраженности. Страдает около 0,5 – 1% населения. Женщины болеют чаще мужчин. Распределение больных по возрасту имеет два пика: первый – возраст 8 – 12 месяцев и второй – 30 – 40 лет.

Этиология и патогенез



Клинические проявления

Симптомы:

Кишечные:

- диарея (у 45 – 85%);
- стеаторея;
- потеря веса (у 45%);
- абдоминальная боль;
- в детском возрасте: дегитратация;
- электролитные нарушения;
- метаболический ацидоз;

Внекишечные:

- анемия (у 10 – 15%);
- нарушение свертываемости крови из-за дефицита витамина К;
- остеопатия и остеоартроз (1 – 34%);
- нейропатия и церебральная атксия;
- герпетиформный дерматит (у 10%);
- гормональные расстройства (аменорея, бесплодие и импотенция);

Методы исследования:

Физикальные:

- Снижение веса, снижение мышечной массы;
- Периферические отеки, асцит при выраженной гипопроотеинемии;
- Экхимозы;
- Ортостатическая гипотензия;
- Глоссит и ангулярный стоматит;

Лабораторные:

- Анемия с низким цветным показателем;
- Снижение сывороточного железа, холестерина, гипоальбуминемия, гипопроотеинемия;
- Электролитные нарушения (гипокалиемия, - кальциемия и магниемия);
- Удлинение протромбинового времени;
- Копрология (стеаторея);
- Тест толерантности к лактозе, D-ксилозный тест;

Инструментальные:

- ФЭГДС осмотр и взятие биопсии из-за луковичного отдела;
- УЗИ печени, поджелудочной железы, желчного пузыря – для диагностики сопутствующей патологии вышеперечисленных органов

более специфичный и доступный диагностический маркер – циркулирующие домициальные антитела к тканевой транскламиназе (чувствительность специфичность >95%)

Бристольская шкала формы стула:

Тип 1	Отдельные твердые комки, как орехи, трудно продвигаются («овечий кал»)	
Тип 2	В форме колбаски, но комковатый	
Тип 3	В форме колбаски, но с ребристой поверхностью	
Тип 4	В форме колбаски или змеи, гладкий и мягкий (норма)	
Тип 5	Мягкие маленькие шарики с ровными краями	
Тип 6	Рыхлые частицы с неровными краями, кашицеобразный стул	
Тип 7	Водянистый, без твердых частиц	Полностью жидкий



Болезнь Крона (БК) – терминальный илеит –

воспалительное поражение различных отделов ЖКТ (чаще ТК) неизвестной этиологии, характеризующееся сегментарностью поражения, хроническим рецидивирующим течением с образованием воспалительных инфильтратов, содержащих характерные гранулемы, и глубоких продольных язв. Поражается чаще всего терминальный илеит (90%) и редко пищевод, желудок, ДПК и толстый кишечник. Болеют молодые от 15 до 35 лет, лица как мужского, так и женского пола (>4 случаев на 100 000 чел).



Этиология и патогенез

1 - инфекционные
агенты;

2 - генетические
факторы;

3 – аутоиммунные
механизмы;

«Вероятнее всего БК – аномальная реакция генетически предрасположенного организма на нормальную микрофлору кишечника» (А. Форбс и соавт.,



Основные клинические проявления:

Кишечные:

- 1 – физическая отсталость;
- 2 – абдоминальная боль;
- 3 – диарея;
- 4 – примесь крови в кале; 4 – признаки железо-, фолат- или В₁₂-дефицитной анемии;
- 5 – гипопротееинемические отеки;
- 6 – утолщение концевых фаланг пальцев;
- 7 – гипертермия;
- 8 – потеря массы тела;
- 9 – признаки кишечной непроходимости;

Внекишечные:

- 1 – афтозный стоматит;
- 2 – узловатая эритема;
- 3 – гангренозная пиодермия;
- 4 – ирит;
- 5 – эписклерит;
- 6 – неспецифическая артропатия;
- 7 – тонкокишечный свищ;
- 8 – образование холестериновых камней;



Неспецифический язвенный колит (НЯК) –

хроническое рецидивирующее воспалительное заболевание кишечника неустойчивой этиологии, характеризующееся наличием диффузного воспалительного процесса в слизистой оболочке толстой кишки (ТК).

Обычно первоначально поражается прямая кишка. Затем распространяется по восходящий на другие отделы ТК. Около 80% случаев поражается отделы ТК до селезеночного угла (левосторонний гемиколит)



Генетические факторы



Аутоиммунные нарушения



НЯК

Этиология и патогенез не установлены. Наиболее важную роль играют:



Течение и лечение НЯК

Течение:

Заболевание протекает длительно 10-15 лет. У части больных острое начало и очень тяжелое течение (colitis gravis) с лихорадкой и истощением могут привести к развитию токсического мегаколона и летальному исходу. Среди других осложнений следует выделить: перфорацию, кровотечение, стриктуры, псевдополипы, рак.

Лечение:

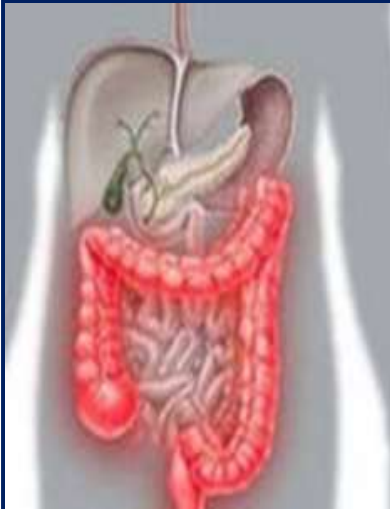
Стационарное и направлено на купирование воспалительного процесса и компенсацию метаболических нарушений. Применяют препараты сульфасалазина (салофальк 500мг). При системных проявлениях назначают глюкокортекоиды (преднизолон 5мг). При перфорации и стриктурах показано хирургическое лечение.

Синдром раздраженного кишечника (СРК) –

согласно Римским критериям III, СРК это комплекс функциональных кишечных ний, включающий в себя боль или дискомфорт в животе, которые связаны с на акта дефекации и изменением частоты стула, продолжительностью не менее 3 , месяц на протяжении 3 месяцев за истекший год.



ИСТОРИЯ:



В. Гамминг (W. Gunning, 1849) описал типичную клиническую картину больного с этим синдромом, а затем Уильям Ослер (1892) обозначил данное состояние как слизистый колит. В последующем терминология этого заболевания была представлена такими определениями, как спастический колит, невроз кишечника и др. Термин «синдром раздражённого кишечника» был введён Делором (De-Lor) в 1967 году.

Придавая важность вопросам диагностики и лечения СРК Всемирная организация гастроэнтерологов объявила 2009 год «годом синдрома раздражённого кишечника».



ПАТОГЕНЕЗ

Энтерохромафинные клетки и синдром раздраженной кишки

Увеличение численности клеток*
Повышение секреции серотонина



Диарея

Уменьшение численности клеток



Запор

* После перенесенной кишечной инфекции

©Панчук С.Н., 2003

Клинические проявления:

Жалобы:



Диагностика



Базируется в основном на сборе анамнеза жизни пациента (жилищно-бытовые условия, состав семьи, состояние здоровья родственников, профессиональная деятельность, нарушение режима и характера питания, наличие вредных привычек) и анамнеза заболевания (связь возникновения клинических признаков с внешними факторами: нервные стрессы, перенесенные кишечные инфекции, возраст больного в дебюте заболевания, проводимое ранее лечение, его эффективность – крайне важно для постановки правильного диагноза).

Лечение

Немедикаментозное:

- ознакомление больного с сущностью заболевания и его прогнозом;
- убедить больного в отсутствии тяжелого органического заболевания;
- диетические рекомендации;

Медикаментозное:

- Бускопан по 10-20мг 3 раза в день;
- Миотропные спазмолитики (мебеверин 200мг 2 раза в день);
- Лоперамид 2мг по 1 капсуле после каждого акта дефекации;
- Универсальные прокинетики (тримедат 200мг 3 раза в день.)

тальный расспрос позволяет обнаружить ряд проявлений болезни печени уже на ранних этапах заболевания.

Преимущественно для заболеваний печени:

- Плохой аппетит, утомляемость, раздражительность, снижение потенции и либидо, дисменоррея.
- Мучительный кожный зуд (pruritis), желтуха (icterus), появление крови в рвотных массах и в кале (melena)
- Увеличение размеров живота, выпячивание пупка, расширение пупочного кольца.
- Геморрагии: риногеморрагия, метрорагия, менорагия, геморраидальное кровотечение.

ЖАЛОБЫ:

Преимущественно для заболеваний ЖВП:

- Неприятный, обычно горький вкус во рту.
- Отрыжка, тошнота, рвота.
- Неустойчивый стул, вздутие живота.
- Боли в правой подреберной области (схваткообразная – «желчная или печеночная» колика).
- Кожный зуд при внепеченочной закупорки ЖВП (Синдром Мирицци).

«Большие» и «малые» признаки заболеваний печени:

«Большие» признаки:
гапатомегалия, спленомегалия.

«Малые» признаки:
гинекомастия, пальмарная эритема, сосудистые (Эпингера) звездочки, ксантома и ксантелазмы, контрактура Дьюпеитрена.

Методы выявления симптомов

Таблица № Признаки заболеваний печени, выявляемые при общем осмо

№ п/	Признаки	№ п/п	Заболевание
1.	«Барабанные палочки»	1.	Хронический гепатит, цирроз печени
2.	Звездочки Эпингера (телеангиоэктазия), пальмарная эритема, контрактура Дююитрена, facies alcoholica, гигантский паротит гинекомастия,	2.	Алкогольный гепатит и цирроз печени
3.	Ксантелазмы, ксантомы, гиперпигментация кожи	3.	Первичный билиарный цирроз печени
4.	Расчесы, гиперпигментация кожи	4.	Обструкция желчных протоков, первичный склерозирующий холангит, первичный билиарный цирроз
5.	Расширение вен брюшной стенки, асцит, вздутие пупка	5.	Цирроз печени с портальной гипертензией
6.	Интенсивная желтуха; отечно-асцитический синдром, геморрагический синдром (синяки, пурпура), «печеночный» запах из-за рта, тремор кистей, языка	6.	Цирроз печени с печеночно-клеточной недостаточностью
7.	Кольцо Кайзера - Фляйшера	7.	Болезнь Вилсона – Коновалова

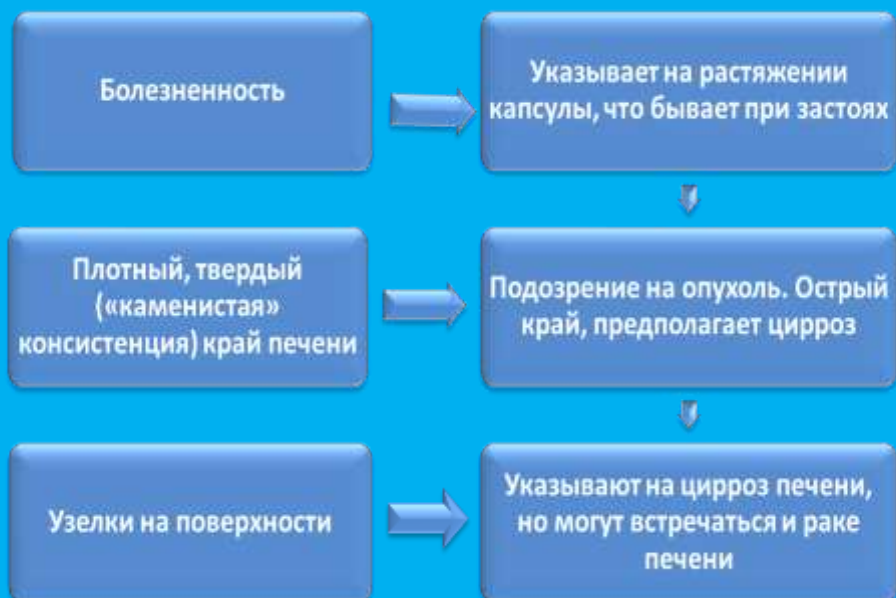
Пальпаторные сведения печени



Методики пальпации печени



Информативный потенциал пальпаторных данных:



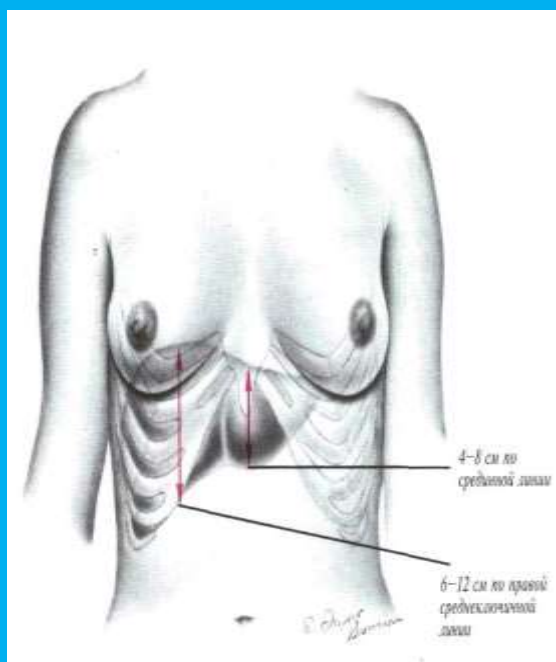
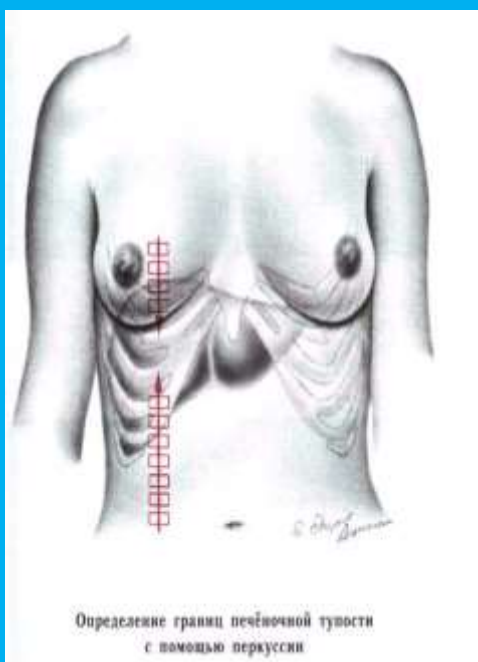
Гепатомегалия – истинное увеличение печени, она бывает

Печеночная и Экстрапеченочная

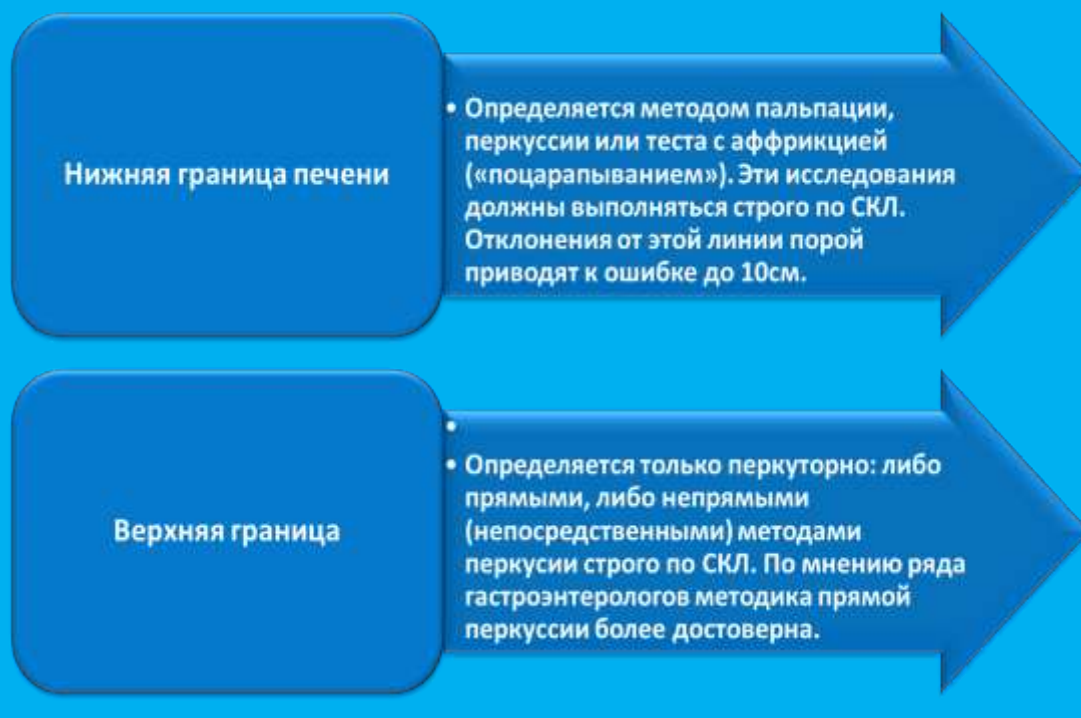
Причины:

- вирусные гепатиты;
- алкогольные, лекарственные поражения;
- опухоли (гепатокарцинома, кисты);
- обменные поражения (гемохроматоз, болезнь Вилсона-Коновалова);
- застойные (сердечная недостаточность, синдром Бадда – Киари);
- заболевания крови (лейкозы, миелолейкозы);
- инфекции (туберкулез, бруцеллез, сепсис);

Перкуссия печени



Размер печени должен определяться ее вертикальным размером, то есть расстоянием в сантиметрах между нижней и верхней границами печени по СКЛ

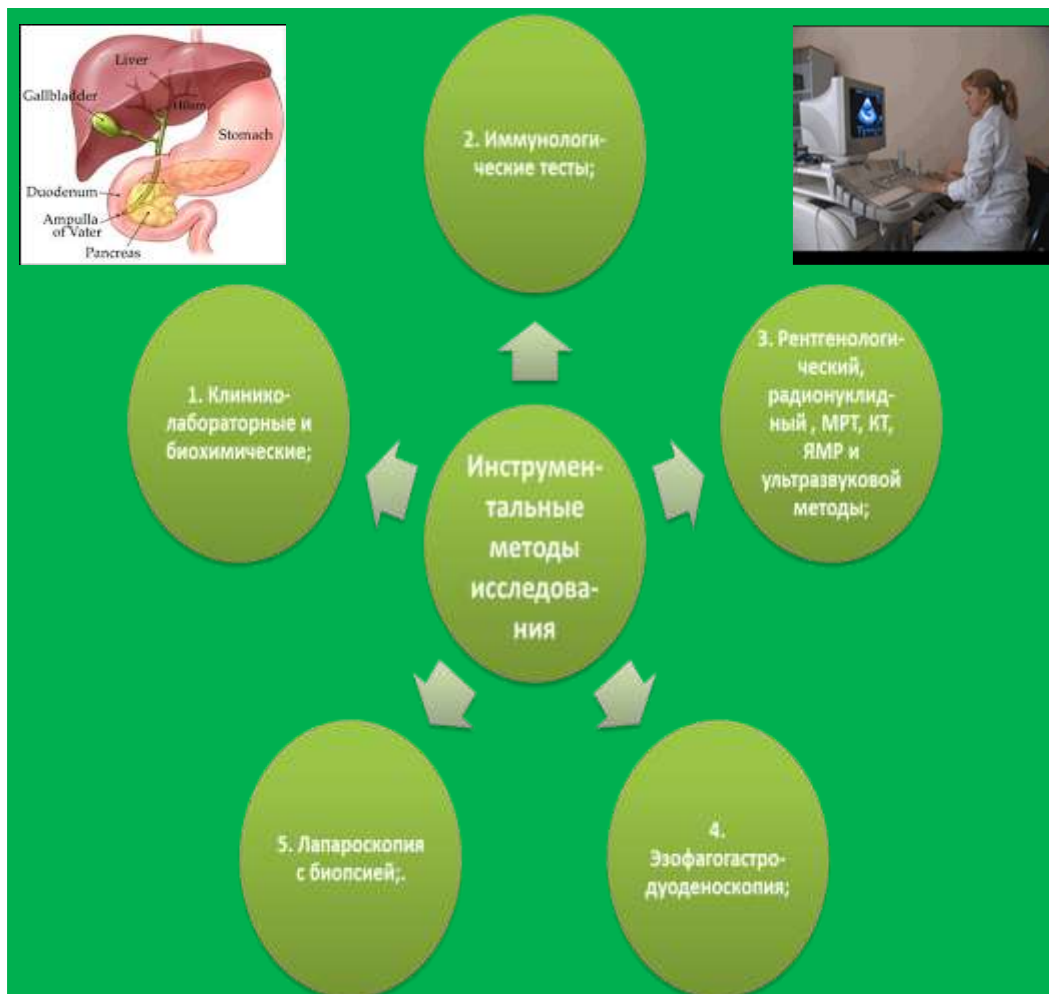


Достоверность сведений физикальных методов исследования в диагностике гепатомегалии

Физикальный метод	Диапазон расхождений	
	У разных врачей	У одного и того же врача
1. Пальпация	до 6 см	1 – 2 см
2. Перкуссия	от 2,5 до 8 см	1 – 2 см

Основываясь на этих неутешительных выводах, рекомендуется следующее:

1. Врач должен повторные исследования печени
2. Физикальная диагностика гепатомегалии больше зависит от глаз и пальцев исследователя, чем от самой методики. Поэтому золотым стандартом в определении размера печени остается ультразвуковое исследование.



Лекция-5.

Тема: Основные синдромы при болезни печени: желтуха, портальная гипертензия, печеночная недостаточность. Симптоматология хронических гепатитов.

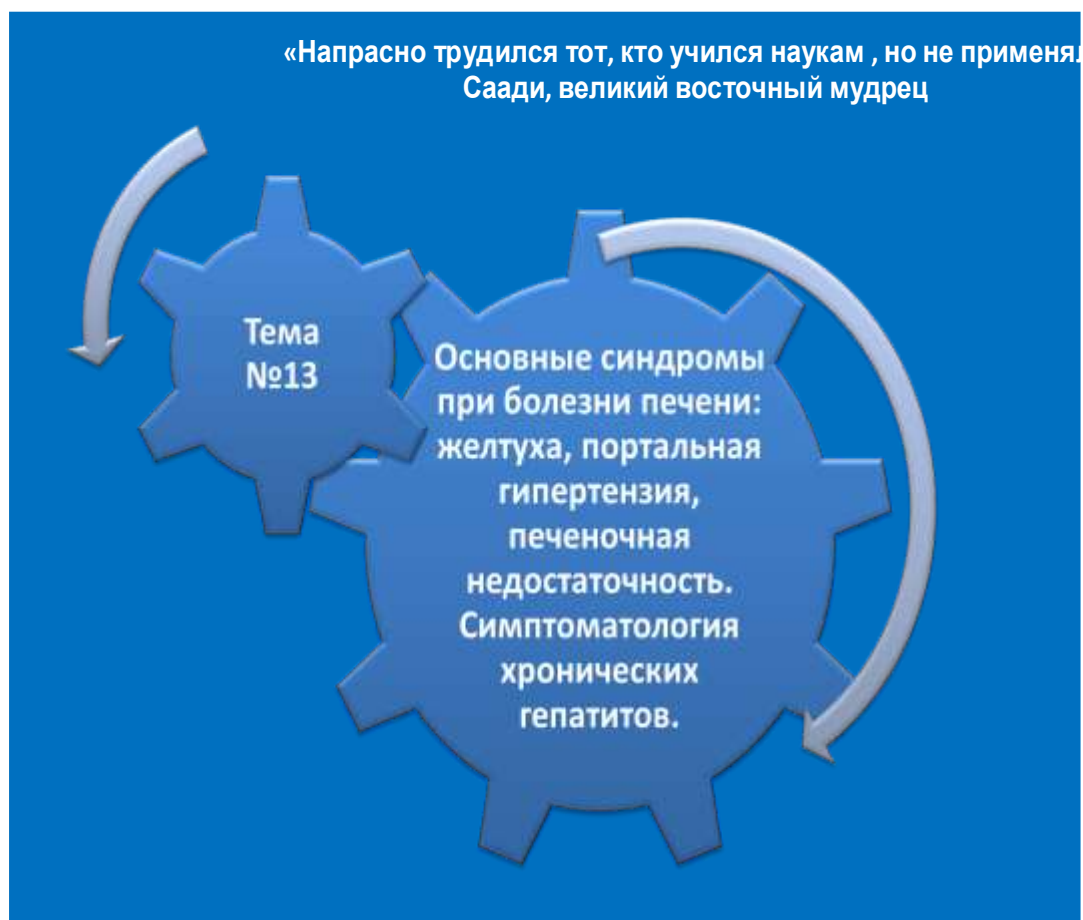
5.1. Модель технологии обучения.

Время занятия – 2 часа	Число студентов: от 20 до 80
Форма занятия	Введение – информационная лекция.
План лекции	1.Основные синдромы при болезни печени: желтуха, портальная гипертензия, печеночная недостаточность 2. Симптоматология хронических гепатитов.
Цель занятия:	Обучить студентов к синдрому уплотнения легочной ткани
Методы обучения	демонстративный, лекция, беседа
Формы обучения	массовый, группами
Средства обучения	Учебное пособие, содержание лекции, проектор, компьютер
Обстоятельство обучения	Методически оборудованная аудитория
Мониторинг и оценивание	Устный контроль: вопрос-ответ

1.2. Технологическая карта лекционного занятия.

Стадии и время работы	Педагог	Обучающиеся (студенты)
Подготовительная стадия (10 минут)	1. Подготовка содержания лекции. 2. Приготовление демонстративных слайдов для лекции 3. Список литератур использованных на данной лекции: • Мухин Н.А., Моисеев В.И. "Пропедевтика внутренних болезней", М. 2005. • Абу Али ибн Сино. Канон врачебной науки.-Ташкент, 1996 - Гребенев А.Л. "Пропедевтика внутренних болезней", (ПВБ) М. 2001.	Слушают Записывают

1 - Введение в тему (15 минут)	1. Ознакомление с целью и задачами данной лекции: Цель: Обучить студентов к клиническим синдромам Задачи: * Основные синдромы при болезни печени: желтуха, портальная гипертензия, печеночная недостаточность . Симптоматология хронических гепатитов.	Слушают Студенты отвечают на заданные вопросы
2 – основная стадия (55 минут)	1. Объясняет тему и демонстрирует слайды 2. Демонстрирует лекцию с помощью мультимедий	Слушают, записывают Слушают
Заключительная стадия 10 минут)	1. Заключение	Слушают





Клинически значимые синдромы

Синдром холестаза

По современным представлениям под холестазом понимают нарушение синтеза секрета и оттока желчи. Он подразделяется на:



Синдром холестаза $\neq$ желтуха ?

Причины возникновения желтухи:

Гепатические:

1. Вирусные;
2. Алкогольные;
3. Лекарственные;
4. Аутоиммунные;
5. Гемахроматоз, болезнь Вилсона – Коновалова, функциональные гипербилирубинемии;

Экстрагепатические:

1. Заболевания крови (гемолизы);
2. Закупорка или сдавление печеночного или желчного протоков камнем;
3. Сдавление устья желчного протока опухолью головки поджелудочной железы;
4. Склерозирующий холангит;

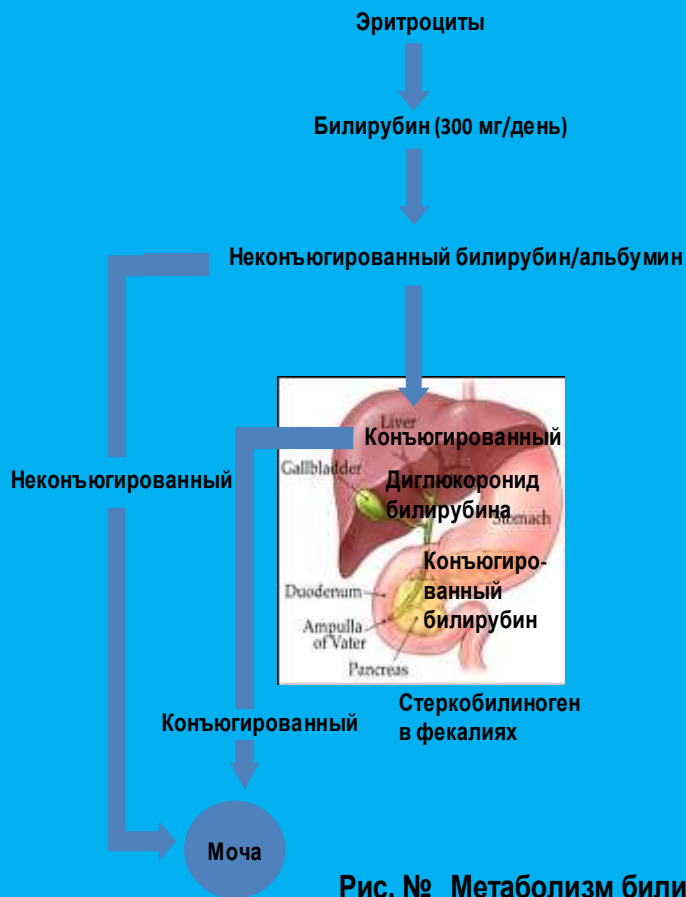


Рис. № Метаболизм билирубина

По механизму возникновения различают:



Таблица № Дифференциальная диагностика желтух

Признак	ЖЕЛТУХА		
	Надпеченочная (гемолитическая)	Печеночная (паренхиматозная)	Подпеченочная (механическая)
Механизм	Увеличение образования билирубина	Поражение гепатоцитов	Обструкция ЖВП
Этиология	Повышенный гемолиз эритроцитов, синдром Жильбера	Вирусы, алкоголь, лекарственные средства	ЖКБ, рак головки поджелудочной железы
Зуд	Нет	Возможен	Выраженный
Цвет кожи	Лимонно – желтый	Желтый	Темно – желтый
Цвет мочи	Не изменен или темнее обычного	Темный	Очень темный – моча цвета пива
Цвет кала	Обычный или темный	Не изменен или обесцвечен	Обесцвечен
Билирубин в сыворотке крови	Неконъюгированный (непрямой)	Смешанная реакция, преобладает конъюгированный (прямой)	Конъюгированный (прямой)

Синдром желтухи (icterus) –
 большой печеночный признак, обусловлен повышением содержания билирубина
 Различают конъюгированную и неконъюгированную билирубинемия (Таб. №)
 Таблица №

ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИЯ		
Неконъюгированная		
Предпеченочная	Гемолитическая анемия Гемоглобинопатии Системная инфекция	
Печеночная	Синдром Жильбера Желтуха новорожденных	
Конъюгированная		
Внутрипеченочная	Гепатит	Вирусы Лекарства Алкоголь
Внепеченочная	Цирроз Желчные камни Раковая опухоль Панкреатит	Поджелудочная железа Желчные протоки Ампула
Нехолестатическая	Синдром Дубина - Джонсона	

Таблица №

Гистологический спектр лекарственных повреждений печени

Гистологическая картина	Препарат
Жировое перерождение печени	Тетрациклин / натрий вальпроат
Гранулемы	Фенитоин / сульфаниламиды
Острый гепатит	Галотан / моноаминовые ингибиторы оксидазы
Холестаз	Хлоропромазин / пероральные
Фосфолипидоз	Амиодарон
Алкогольный гепатит	Пергексилеи малеат
Пурпура	Глюкокортикоиды
Синдром Бадда - Киари	Алколоиды крестовника / азатиоприн / меркаптопурин
Хронический активный гепатит	Метилдопа
Портальная гипертензия	Соединение мышьяка
Аденома	Пероральные контрацептивы
Гепатоцеллюлярный рак	Анаболические стероиды
Ангиосаркома	Винил хлорид

Таблица №

Дифференциальная диагностика истинных и ложных желтух

Критерии	Ж Е Л Т У Х А	
	Истинная	Ложная
1. Причина	Заболевания печени, ЖВП, крови	Прием большого количества каротин содержащих (морковь, цитрусовые)
2. Ранняя локализация	Склеры, слизистая полости рта	Ладонь, подошва
3. Интенсивность	Чаще интенсивная	Менее интенсивная
4. Цвет	Насыщенно- желтая, вплоть до приобретения темной окраски	Оранжево- или лимонножелтая



Рис. № Желтушные склеры

Портальная гипертензия (ПГ) –

большой печеночный синдром, характеризующийся повышением давления в воротной вене, вызванным нарушением оттока из нее крови.



В № VP $p = 150 - 170$ мм. вод. ст. (5 – 10 мм.рт.ст.)





Рис. № Портальная гипертензия, циррогенный асцит

Синдром гепатоцеллюлярной недостаточности (ГЦН) –

Характеризуется резким нарушением всех функций гепатоцитов и проявляется острой энцефалопатией, нарастающим асцитом, геморрагией и прогрессирующей желтухой. Развивается вследствие резкого уменьшения числа функционирующих гепатоцитов при различных поражениях.



Таблица №8 Классификация печеночно – клеточной недостаточности по Чайли

Показатель	Баллы		
	1	2	3
Энцефалопатия Асцит	0 Нет	I – II Мягкий, легко поддается лечению	III – IV Напряженный, плохо поддается лечению
Концентрация билирубина сыворотки крови, мкмоль/л	Менее 34 (<2,0)	34 – 51 (2,0–3,0)	Более 51 (>3,0)
Уровень альбумина сыворотки крови, г	Более 35	28 – 35	Менее 28
Протромбиновое время (с), протромбиновый индекс (%)	1 – 3 (>60)	4 – 6 (40 – 60)	Более 6 (<40)

Каждый из показателей оценивают в баллах (соответственно 1, 2 или 3 балла). Интерпретируют результаты, осуществляя по следующим критериям:

- класс А (компенсированный) – 5-6 баллов;
- класс В (субкомпенсированный) – 7-9 баллов;
- класс С (декомпенсированный) – 10-15 баллов;

Термин печеночная энцефалопатия (ПЭ) включает весь спектр нервно-психических расстройств, развивающихся при ГЦН и/или портосистемном шунтировании крови.



Гипотезы патогенеза ПЭ

- Эндогенные нейротоксины (аммиак, жирные кислоты, фенол, меркаптан)
- «Неправильные нейротрансмиттеры» (октопамин)
- Изменение нормальных нейротрансмиттеров и их рецепторов (ГАВА, серотонин)
«Повышенная чувствительность рецепторов ГАВА-бензодиазепамина»

Таблица № Стадии печеночной энцефалопатии

Стадия	Изменение психического статуса
0	Нарушений и изменений сознания нет, интеллектуальные поведенческие функции сохранены
I	Нарушение ритма сна: бессонница или гиперсомния, снижение внимания, концентрации, тревожность или эйфория, раздражительность
II	Неадекватное поведение, заторможенность, смазанная речь, астериксис
III	Дезориентация в пространстве и времени, гиперрефлексия, патологические рефлекссы, сопор
IV	Отсутствие сознания и реакции на сильные раздражители, кома

Таблица №
Соотношение ГЦН и портосистемного шунтирования крови в развитии различных форм ПЭ

Причина ПЭ	Форма течения ПЭ	Печеночно-клеточная недостаточность	Портосистемное шунтирование крови
Острая печеночная недостаточность Цирроз и/или портосистемное шунтирование крови	Острая 1.Латентная 2.Клинически выраженная: вызванная разрешающими факторами хроническая Рецидивирующая 3.Особые формы: гепатоцеребральная дегенерация спастический парез		

Таблица №

Лечение острой фазы ПЭ

1. Устранение провоцирующих факторов (например: кровотечения, инфекции)
2. Очищение тонокой и толстой кишки
3. Прекращение поступления белка
4. Достаточное поступление энергии, жидкости и поддержание электролитного баланса
5. Применение лактулозы (возможно альфа – нормикса, метронидазола)
6. Ограничение или прекращение приема диуретиков, седативных, анальгетиков

Хронические гепатиты (ХГ) – хроническое воспаление печени, вызываемые различными этиологическими факторами и продолжающееся без тенденции к улучшению не менее 6 месяцев.

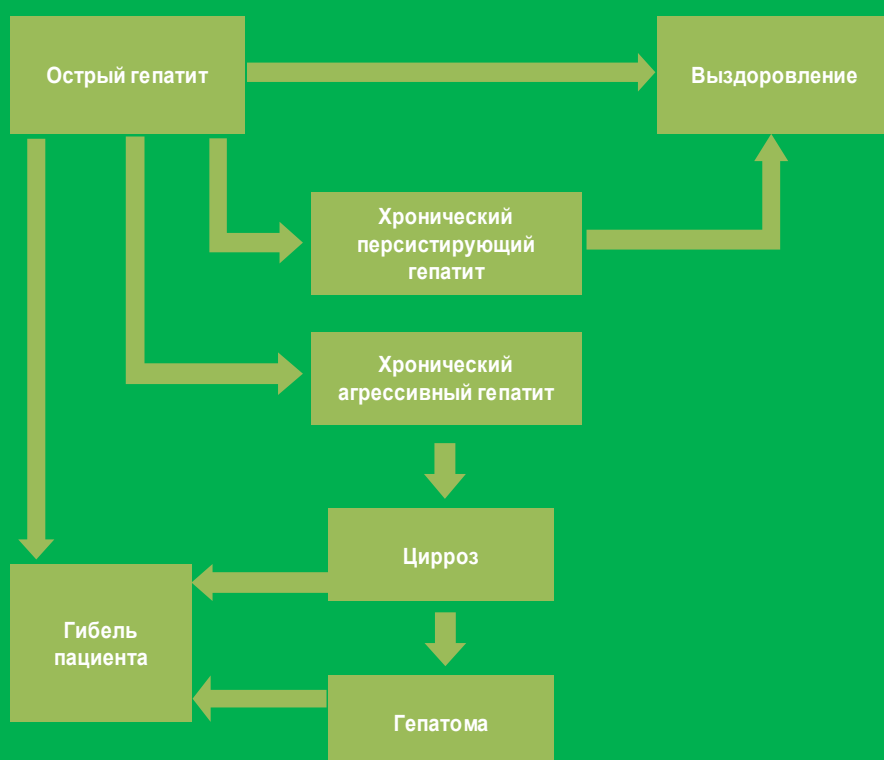


Рис. № Течение острого гепатита

Этиология ХГ (по М.А. Alter, Strasburg, 1991, abstr.)

Алкоголь	35%
ВГС	34%
Криптогенный	17%
ВГВ	9%
Другие причины например, метаболический	4%
Аутоиммунный	1%

Виды вирусов гепатита

Таблица №

	А	В	С	Д	Е
Вирус	РНК	ДНК	РНК	РНК	РНК
Диаметр (нм)	27 -32	42	45	36	27
Инкубацион- ный период (мес)	0,5 – 1,5	(0,5) – 1 – (6)	2 – 2,5 (4?)	1 – 1,5	1 – 1,5
Путь распрос- транения	да	нет	?	нет	да
-фекально- оральный	в исключ- х случаях	да	да	да	в исключ-х случаях
-через кровь	нет	да	да	в исключ-х случаях	нет
-перина- тальный	в исключ- х случаях	да	да (редко)	возможно	?
-половой					
Лабораторн ая диагностика	Анти-ВГА- IgM	HBsAg Анти- HBc-IgM ВГВ-ДНК	Анти-ВГС ВГС-РНК	Анти-ВГД ВГД-РНК	Анти-ВГЕ

Классификация ХГ, принятая на Международном конгрессе гастроэнтерологов в Лос-Анджелесе (США) в 1994г.

Этиология	Активность	Стадия фиброзирования
Хронический вирусный гепатит (В, С, D) Хронический вирусный гепатит (не характеризующийся иным образом) ХГ, не классифицируемый как вирусный или как аутоиммунный АИГ Хронический лекарственный гепатит Первичный билиарный цирроз Первичный склерозирующий холангит Болезнь Вильсона – Коновалова Болезнь печени, вызванная недостаточностью	Минимальная (индекс гистологической активности 1 – 3) Низкая (индекс гистологической активности 4 – 8) Умеренная (индекс гистологической активности 9 – 12) Высокая (индекс гистологической активности 13 – 18)	0 – без фиброза 1 – слабо выраженный (перипортальный) фиброз 2 – умеренно выраженный фиброз (порто-портальные септы) 3 – тяжелый фиброз (портоцентральные септы) 4 – цирроз печени



Примерно 5% населения Земли (350 млн человек) – хронические носители HBV

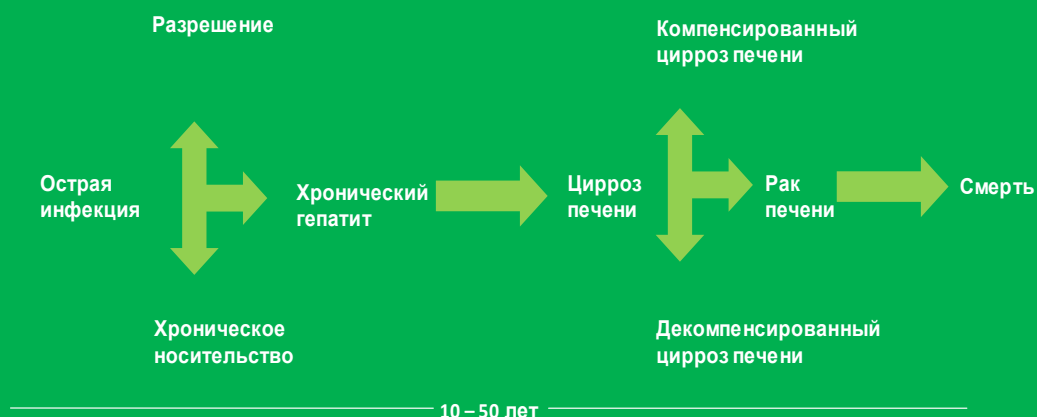


Рис. Течение хронического гепатита В

Клинические проявления HBV

Типичные	Симптомы HBV инфекции	
	Атипичные (внепеченочные) У 10 – 20% б-х	
Утомляемость или гриппоподобный синдром	Симптомы сывороточной болезни (лихорадка, атралгия, артриты и кожная сыпь)	
Тошнота, боли в эпигастральной области	Нодозный периартериит	
Диарея, кожная сыпь, желтуха	Гломерулонефрит	
Мышечные и суставные боли	Эссенциальная смешанная криоглобулинемия	
Слабость	Болезнь Джанотти (папулезный акродерматит)	
Симптомы и стигмы цирроза печени	Апластическая анемия	
Симптомы и стигмы рака печени		

Данные физикального обследования при ХГВ (по J.H. Hoofnagle и соавт., 1990)

Гепатомегалия (Г)	8%
Спленомегалия (С)	13%
Г + С	7%
Асцит	1%
Отсутствие изменений	71%

Распространенность хронической HCV – инфекции на земном шаре варьирует от 0,1 до 1,9%

Клинические проявления HCV

Типичные	Симптомы HCV инфекции	
	Атипичные (внепеченочные)	
Тупая непостоянная боль в правом верхнем квадранте живота	Аутоантитела, криоглобулинемия, лейкоцитокластический васкулит	
Тошнота	Мембранопротрофиеративный гломерулонефрит	
Потеря аппетита	В – клеточная лимфома	
Кожный зуд	Плазмоцитомы, MALT – лимфома	
Артралгия	Тиреоидит, синдром Шегрена	
Миалгия	Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура	
	Плоский лишай, поздняя кожная порфирия	

Аутоиммунный гепатит (АИГ) хроническое заболевание печени неизвестной этиологии, характеризующееся перипортальным или более обширным воспалением, выраженной гипергаммаглобулинемией и появлением в сыворотке широкого спектра аутоантител.



Патогенез АИГ

Генетическая предрасположенность к развитию аутоиммунного процесса (ослабление иммунологического надзора над аутореактивными клонами лимфоцитов)

Воздействие неустановленного разрешающего фактора

Повышенная экспрессия печеночных аутоантигенов и HLA II класса

Активация аутореактивных клонов Т- и В-лимфоцитов

Продукция медиаторов воспаления и повреждение ткани печени, развитие системного воспаления

Клиническая картина АИГ

Соотношение женщин мужчин 8:1, первые симптомы появляются в возрасте от 10 до 20 лет

Клинические:

- 1 – слабость
- 2 – артралгия
- 3 – желтушность
- 4 – анорексия
- 5 – тошнота
- 6 – лихорадка
- 7 – миалгия
- 8 – кожная сыпь

- 1 – ускоренная СОЭ
- 2 – лейкопения
- 3 – тромбоцитопения
- 4 – анемия
- 5 – гипербилирубинемия (в 2 - 10 раза, у 83% б-х)
- 6 – трансаминаземия (5 -10 раз)
- 7 – гипоальбуминемия
- 8 – гипергаммаглобулинемия (2 раза)

Лабораторные:

Основные принципы терапии ХГ

Клинико-патогенетический вариант ХГ	Лекарство	
	Базисный	Симптоматический
1. ХПГ	Не нуждается	Не нуждается
2. ХАГ вирусной этиологии	Антивирусные (интрон – А, ламивудин, тейлорид)	Гепатопротекторы, витамины группы В и др.
3. Хронический холестатический гепатит	Урсофальк (урсосан) 250мг	Витамины группы В, дезинтоксикационные
4. АИГ	Глюкокортикоидная терапия (преднизолон 5мг, азатиоприн 50мг)	Гепатопротекторы, витамины группы В и др.
5. ХГ при гемохроматозе	Кровопускание, хелатирующая терапия (десфераль)	Дезинтоксикационная терапия
6. ХГ при болезни Вильсона - Коновалова	Купренил (d – пенициламин)	Гепатопротекторы, неврологические препараты



Лекция-6

Тема: Диагностика холециститов и цирроза печени

5.1. Модель технологии обучения.

Время занятия – 2 часа	Число студентов: от 20 до 80
Форма занятия	Введение – информационная лекция.
План лекции	1.Диагностика холециститов и цирроза печени
Цель занятия:	Обучить студентов к синдрому уплотнения легочной ткани
Методы обучения	демонстративный, лекция, беседа
Формы обучения	массовый, группами
Средства обучения	Учебное пособие, содержание лекции, проектор, компьютер
Обстоятельство обучения	Методически оборудованная аудитория
Мониторинг и оценивание	Устный контроль: вопрос-ответ

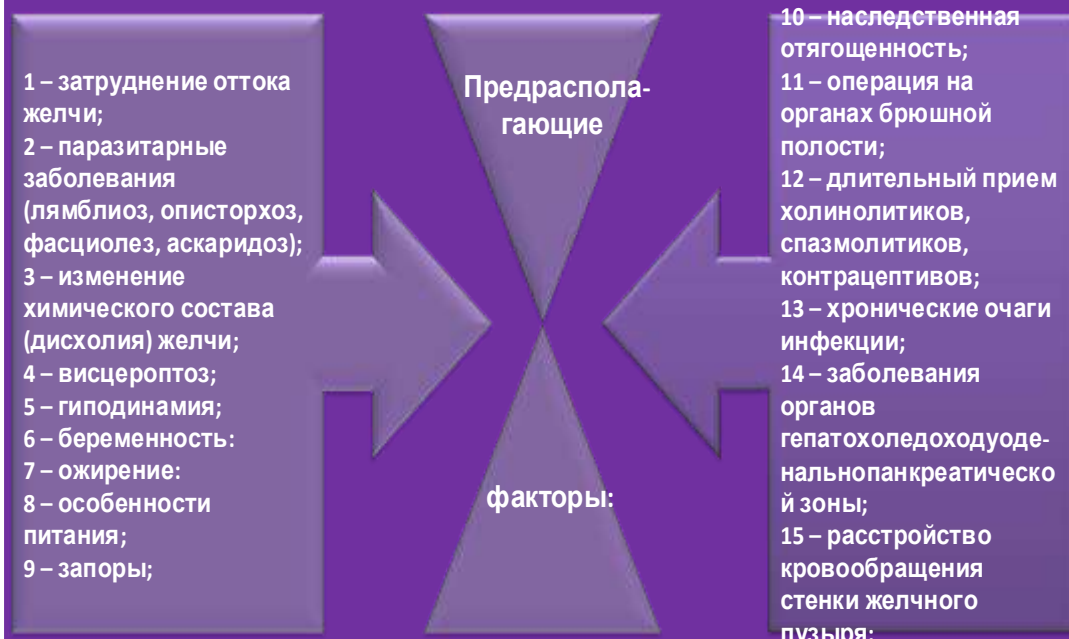
1.2. Технологическая карта лекционного занятия.

Стадии и время работы	Педагог	Обучающиеся (студенты)
Подготовительная	1. Подготовка содержания лекции. 2. Приготовление демонстративных слайдов для	Слушают

стадия (10 минут)	лекции 3. Список литератур использованных на данной лекции: • Мухин Н.А., Моисеев В.И. "Пропедевтика внутренних болезней", М. 2005. • Абу Али ибн Сино. Канон врачебной науки.-Ташкент, 1996 - Гребенев А.Л. "Пропедевтика внутренних болезней", (ПВБ) М. 2001.	Записывают
1 - Введение в тему (15 минут)	1. Ознакомление с целью и задачами данной лекции: Цель: Обучить студентов к клиническим синдромам Задачи: * Диагностика холециститов и цирроза печени	Слушают Студенты отвечают на заданные вопросы
2 – основная стадия (55 минут)	1. Объясняет тему и демонстрирует слайды 2. Демонстрирует лекцию с помощью мультимедий	Слушают, записывают Слушают
Заключительная стадия 10 минут)	1. Заключение	Слушают



Холецистит – воспаление желчного пузыря. Различают острый и хронический холециститы, наиболее часто возникающий на фоне ЖКБ. Тем не менее возможен бескаменный холецистит. Хронический холецистит может возникнуть после острого, чаще развивается самостоятельно и постепенно. Подчас составляют треть от всех пациентов гастроэнтерологического стационара терапевтического профиля (Гастрит). Калькулезный холецистит встречается в 90% случаев, бескаменный – в 10%. Чаще женщины старше 40 лет, страдающие ожирением. Бескаменный чаще развивается у мужчин.



Бескаменный холецистит (БХ) – обнаруживается в 1 – 10% случаев холецистэктомии, у 15% больных холециститом, леченных консервативно. У 7% больных выявляются камни в желчных протоках, в связи с чем бескаменный характер воспаления желчного пузыря может вызвать определенные сомнения.

Этиология некалькулезного холецистита:

- Травмы;
- Распространенные ожоги;
- Операции на других органах ;
- Инфекционные заболевания;
- Переедание;
- Удлиненный или извитой пузырный проток;
- Иммунодепрессивные состояния;

Основные клинические проявления



У 30% больных наблюдаются атипичные варианты (А.И. Хазанов, 1987)



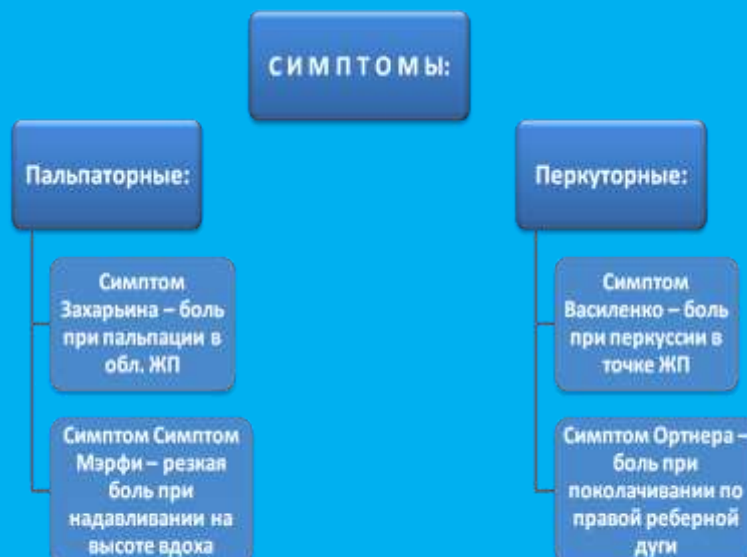
При сборе анамнеза следует особенно внимательно обратить внимание на следующие пункты :

- Характер, продолжительность, локализация и иррадиация боли;
- Сопутствующие симптомы (высокая температура, озноб, тошнота и рвота);
- Наличие в прошлом болевых приступов в правой подреберной области;
- Возраст больного (в пожилом возрасте чаще возникают осложнения);
- В анамнезе наличие сахарного диабета (чаще развивается гангренозный холецистит);

При физикальном обследовании необходимо проводить:

- Оценку общего состояния больного;
- Измерение температуры тела;
- Осмотр кожи и видимых слизистых оболочек;
- Определение напряжения мышц передней брюшной стенки;
- Пальпацию правой подреберной области;

Характерные симптомы – эпонимы, выявляемые пальпаторным и перкуторным способами

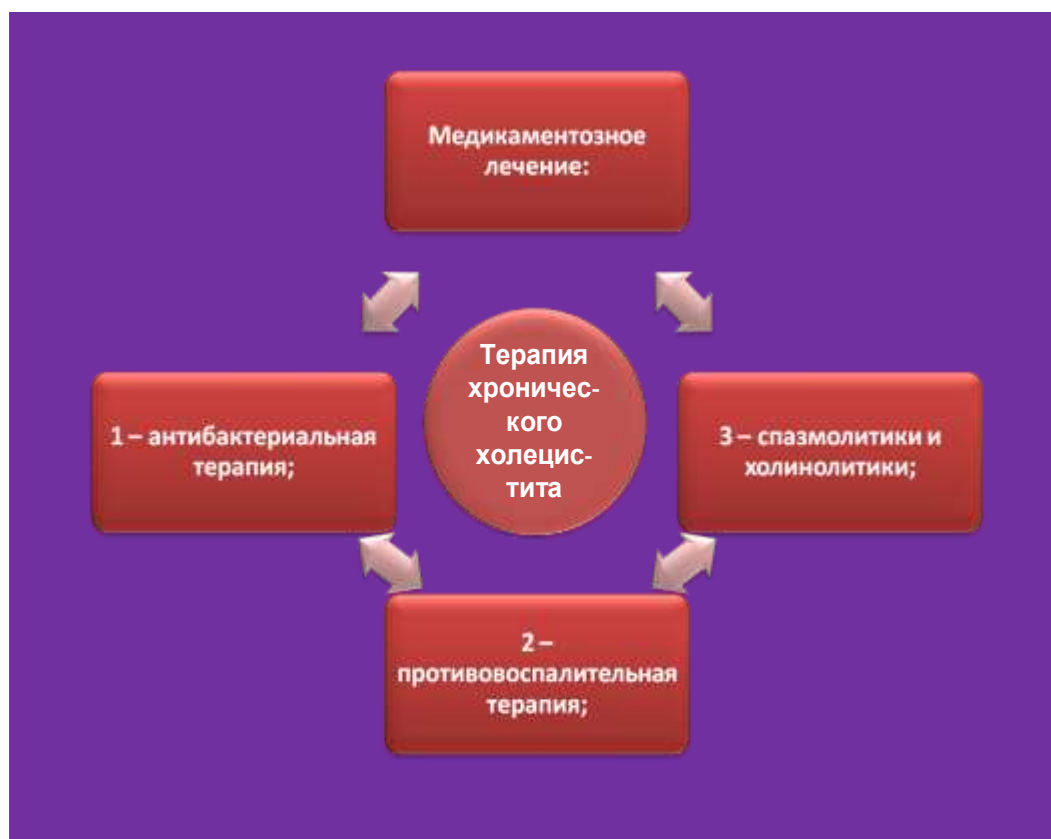


Обязательные лабораторные исследования:



Обязательные инструментальные исследования





Желчнокаменная болезнь

Эпидемиология желчных камней

- Частота: 10 – 15% среди всего населения
- Частота у детей: менее 5%
- У женщин желчные камни встречаются в 2 – 3 раза чаще, чем у мужчин
- Частота образования желчных камней увеличивается с возрастом

Можно выделить 3 типа желчных камней:

- холестериновые камни (80 – 90% желчных камней)
- черные пигментные камни (10 – 20% желчных камней)
- коричневые пигментные камни, состоящие из билирубината кальция (10 – 20% камней желчных протоков; их частота может значительно колебаться)

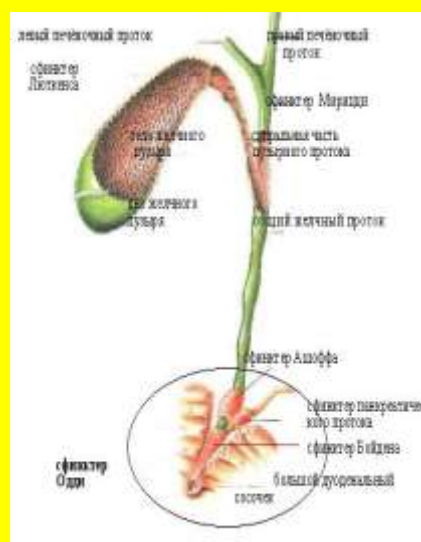


Рис. 13 Желчевыводящие пути и сфинктерный аппарат билиарной системы

Типы желчных камней и их локализация

★ Холестериновые камни: первично в желчном пузыре.

★ Черные пигментные камни: первично в желчном пузыре (редко также и в желчных протоках)

★ Коричневые пигментные камни, состоящие из билирубината кальция: первично в желчных протоках (в странах Восточной Азии также и в желчном пузыре).

Таблица

Этиологические и патогенетические различия трех типов желчных камней

Холестериновые камни	Черные пигментные камни	Коричневые пигментные камни, состоящие из билирубината
Нарушение обмена веществ	При гемолизе, циррозе печени, в пожилом возрасте	Инфекция желчных путей
Перенасыщение желчи холестерином	Повышенное образование нерастворимого билирубина, полимеров билирубина и дипирролена, органический матрикс	Накопление нерастворимого билирубина, образование билирубината кальция, органический матрикс

Факторы	Пигментные камни	Смешанные и холестериновые камни
Возраст	Риск возникновения увеличивается с возрастом	Риск возникновения увеличивается с возрастом
Пол	Образуются у женщин и мужчин в одинаковой степени	Чаще образуется у женщин
Заболевания	Риск возникновения увеличивается при: гемолизе; инфекции желчных протоков; алкогольном циррозе	Риск возникновения увеличивается при: заболеваниях подвздошной кишки; муковисцидозе; гиперлиппротеинемии IV типа

Рис. Клинические закономерности, характерные для смешанных холестериновых и пигментных камней

Таблица

Факторы, влияющие на образование холестериновых желчных камней

Постоянные факторы	Изменчивые факторы
Пол Возраст Генетические факторы Этнические факторы	Питание Беременность Географические факторы Заболевание терминального отдела подвздошной кишки Лекарственные препараты

ps. Частота ЖКБ у индейцев, проживающих на юге – западе США, достигает 7

Факторы питания, способствующие образованию холестериновых желчных камней

- Высококалорийная пища
- Пища с высоким содержанием холестерина
- Сахар и сладости
- Животные жиры



Рис. Патогенез образования холестериновых камней

Клиника ЖКБ

Типичным симптомом ЖКБ в настоящее время считается желчная колика

Определение желчной колики

- Сильные боли продолжаются от 15 мин до 5 ч
- Локализация в эпигастральной области, правом подреберье, иногда иррадиация в спину
- Больной нуждается в постельном режиме и применении лекарственных препаратов
- Боли возникают чаще всего вечером или ночью
- Боли рецидивируют с различными интервалами

Таблица
Неспецифические симптомы у больных ЖКБ

Симптомы	Частота, %
Головные боли	53
Метеоризм	45
Непереносимость жирной пищи	31
Чувство тяжести в правом подреберье	23
Изжога	20
Тошнота	18
Зуд	12
Рвота	8
Запоры	5
Диарея	2

В 70% случаев ЖКБ осложненный холангитом встречается триада Шарко



Сочетание триады Шарко с церебральными нарушениями и артериальной гипотензией обозначается как синдром Рейнольда



Лабораторные данные

Данные лабораторных исследований при желчной колике и холецистите

- Повышение активности сывороточных трансаминаз (глутаматоксаламминотрансфераза – АЛТ и глутаматпируваттрансаминаза – АСТ) у 40% больных
- Повышение активности ферментов щелочной фосфатазы (ЩФ) и гаммаглутамилтранспептидазы (ГГТ) – биохимических маркеров холестаза у 23% пациентов
- Повышение уровня билирубина в сыворотке (максимально до 60 – 140 мкмоль/л)
- Повышение СОЭ
- Лейкоцитоз ($11 - 15 \times 10^9 / \text{л}$)

Таблица
Методы лучевой диагностики заболеваний желчевыводящих путей

Ультразвуковое исследование (УЗИ)

Обзорная рентгенография желчного пузыря

Холецистография (пероральная и ли внутривенная)

Эндоскопическая ретроградная холангиография (ЭРХГ) и эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатикография (ЭРХПГ)

Чрескожная чреспеченочная холангиография (ЧЧГ)

Компьютерная томография (КТ), магнитно – резонансная холангиопанкреатикография (МРХПГ)

Эндоскопическое УЗИ

Сцинтиграфия желчных путей

Таблица
Правильная последовательность применения диагностических методов

Порядок применения	Результаты
УЗИ	Обнаружение камней в желчном пузыре, острого и хронического холецистита, камней в желчных
Обзорная рентгенография желчного пузыря	Наличие извести: центральной обызвествление, обызвествление по периферии, диффузное обызвествление, звездчатое скопление воздуха по внутренней структуре камня
Холеграфия	Число камней, их размер, возраст, положение, тип (холестериновые или пигментные камни)
Компьютерная томография	Обызвествления, которые не обнаруживаются обычными рентгенологическими методами исследования

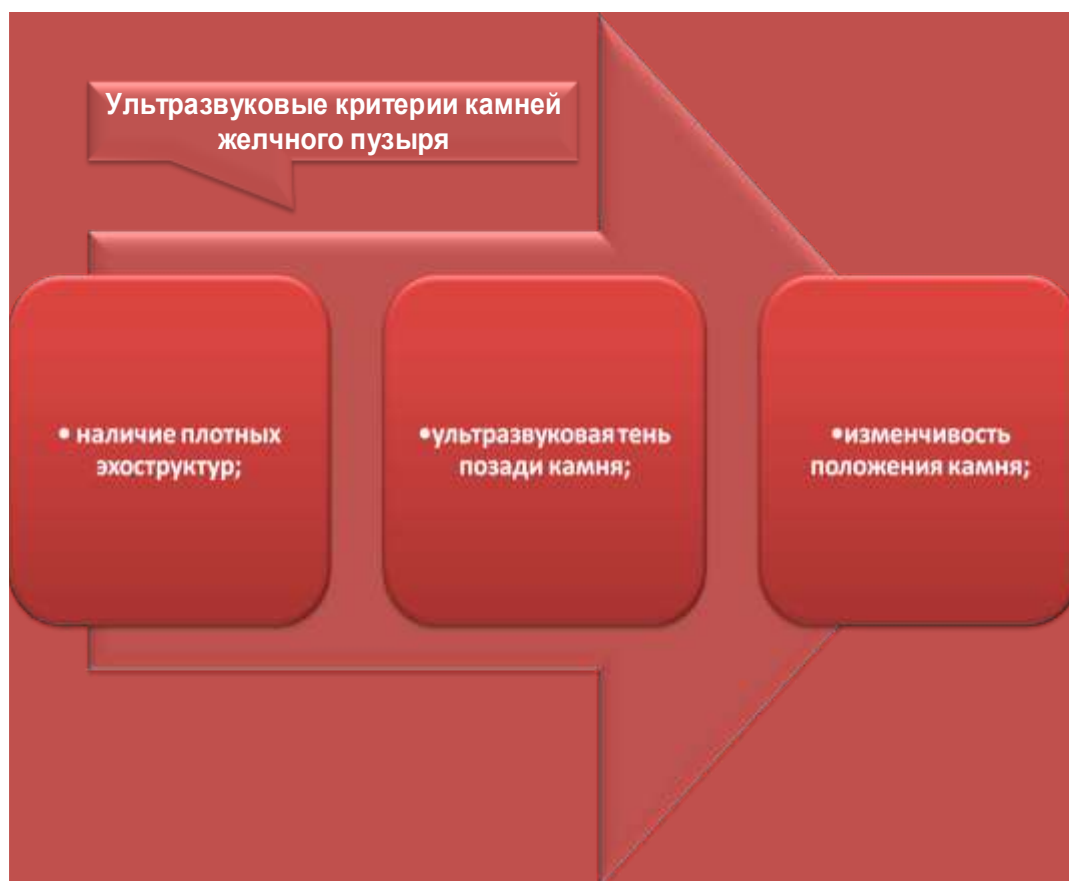
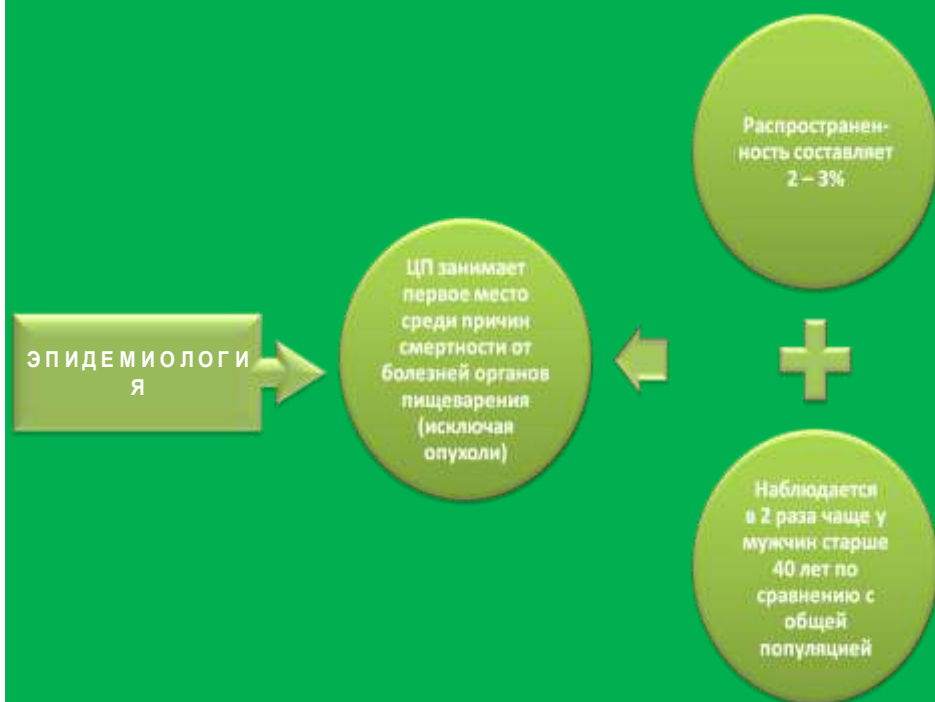


Таблица
Диагностические пределы УЗИ в распознавании ЖКБ

Камни диаметром менее 3 см	Отсутствие плотных эхоструктур, отсутствие ультразвуковой тени
Камни в сладже (желчном осадке) или эмпиема	Отсутствие плотных эхоструктур, отсутствие ультразвуковой тени
Определение числа камней	Эффекты наложения, даже при изменении положения тела пациента
Определение типа камней	Критерии дифференциальной диагностики холестериновых и пигментных камней отсутствуют
Камень пузырного протока	Неподвижен, отсутствие
Бочкообразные камни диаметром 3 – 4 см	Узкая плотная эхоструктура, ультразвуковая тень не видна, отсутствие просвета желчного пузыря
Наложение воздуха из петель кишечника	Выглядит как плотная эхоструктура и ультразвуковая тень

Цирроз печени (ЦП) – это диффузный процесс, характеризующийся фиброзом трансформацией нормальной структуры органа с образованием узлов.

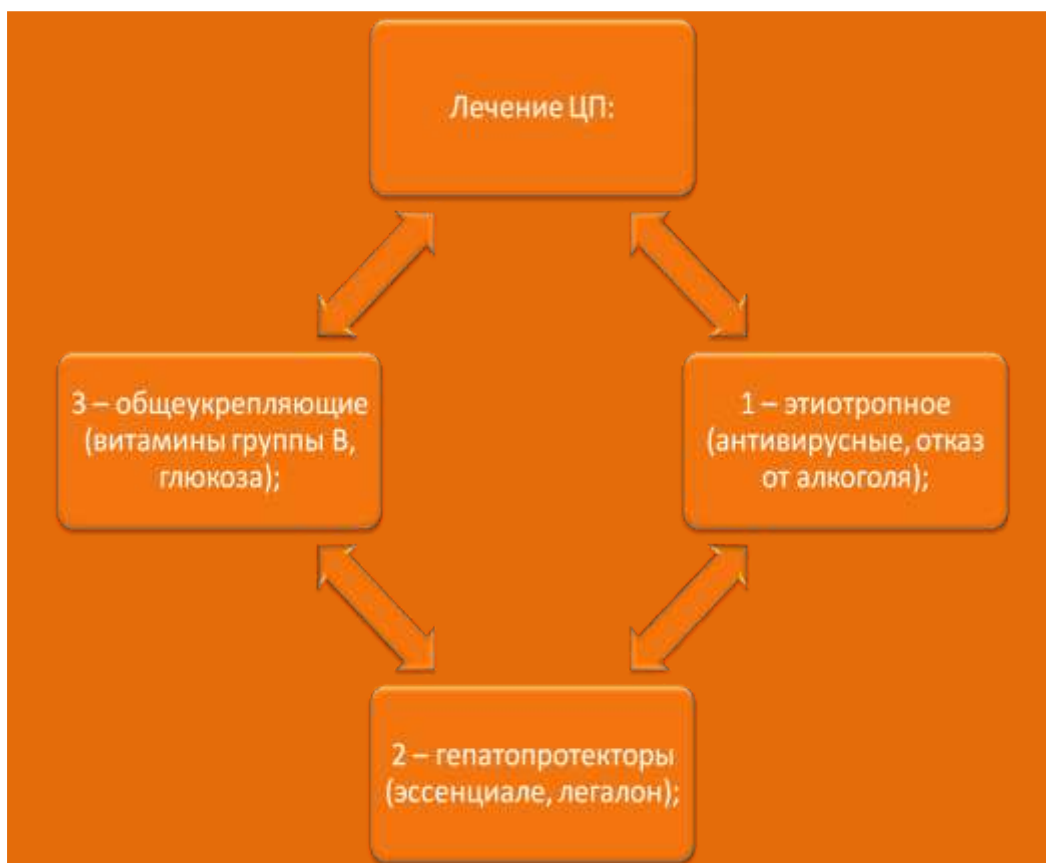


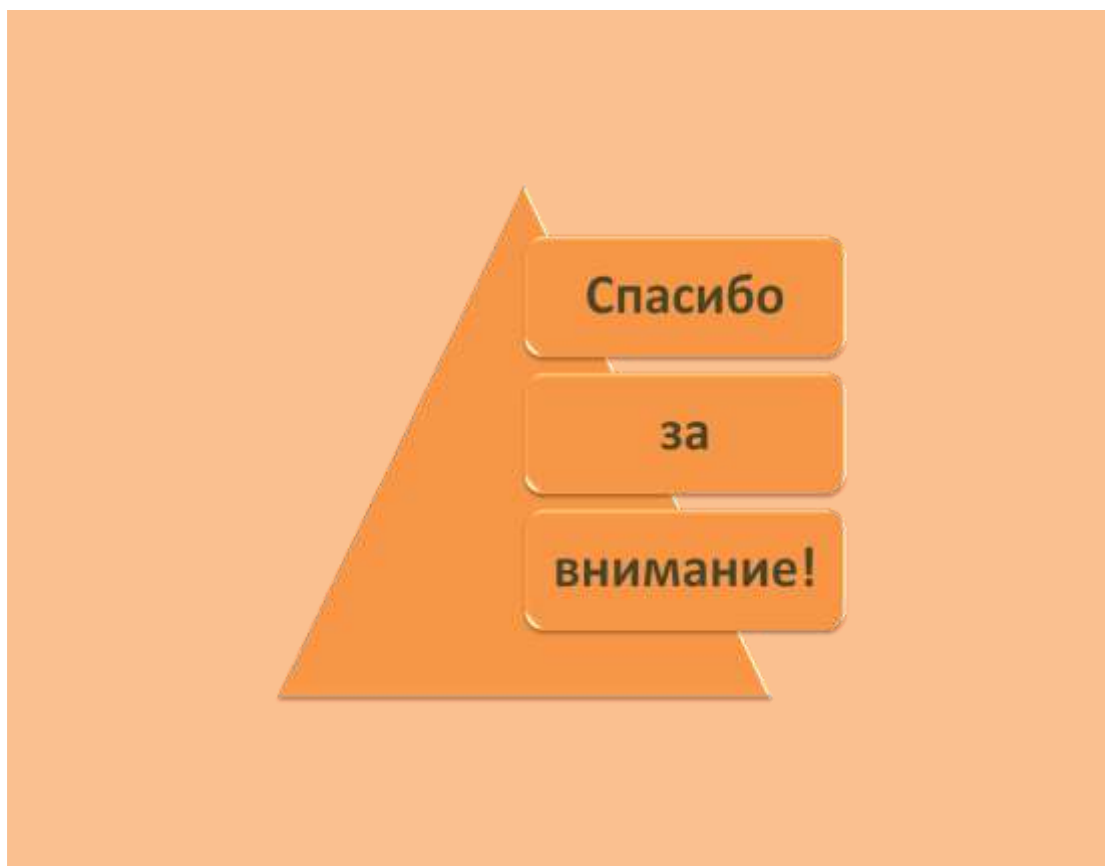
Этиология



Клинические проявления ЦП:







Лекция-7.

Тема: Исследования больных с заболеваниями почек: расспрос, осмотр. Основные клинические синдромы. Диагностика острого и хронического пиелонефрита и гломерулонефрита

5.1. Модель технологии обучения.

Время занятия – 2 часа	Число студентов: от 20 до 80
Форма занятия	Введение – информационная лекция.
План лекции	1.Исследования больных с заболеваниями почек: расспрос, осмотр. Основные клинические синдромы. 2. Диагностика острого и хронического пиелонефрита и гломерулонефрита
Цель занятия:	Обучить студентов к синдрому уплотнения легочной ткани
Методы обучения	демонстративный, лекция, беседа
Формы обучения	массовый, группами
Средства обучения	Учебное пособие, содержание лекции, проектор, компьютер
Обстоятельство обучения	Методически оборудованная аудитория
Мониторинг и оценивание	Устный контроль: вопрос-ответ

1.2. Технологическая карта лекционного занятия.

Стадии и время работы	Педагог	Обучающиеся (студенты)
Подготовительная стадия (10 минут)	1. Подготовка содержания лекции. 2. Приготовление демонстративных слайдов для лекции 3. Список литератур использованных на данной лекции: - Мухин Н.А., Моисеев В.И. "Пропедевтика внутренних болезней", М. 2005. - Абу Али ибн Сино. Канон врачебной науки.-Ташкент, 1996 - Гребенев А.Л. "Пропедевтика внутренних болезней", (ПВБ) М. 2001.	Слушают Записывают
1 - Введение в тему (15 минут)	1. Ознакомление с целью и задачами данной лекции: Цель: Обучить студентов к клиническим синдромам Задачи: * Исследования больных с заболеваниями почек: расспрос, осмотр. Основные клинические синдромы. Диагностика острого и хронического пиелонефрита и гломерулонефрита	Слушают Студенты отвечают на заданные вопросы
2 – основная стадия (55 минут)	1. Объясняет тему и демонстрирует слайды 2. Демонстрирует лекцию с помощью мультимедий	Слушают, записывают Слушают
Заключительная стадия 10 минут)	1. Заключение	Слушают

«Кости могут сломаться, мышцы атрофироваться, желудок бездельничать, даже мозг может уснуть, не угрожая сразу нашей жизни; но если откажут почки... то ни кости, ни мышцы, ни железы, ни мозг не смогут спасти нас. Homer Smith

Тема N15

Исследование больных заболеванием почек: расспрос, осмотр. Основные клинические синдромы. Диагностика острого и хронического пиелонефрита и гломерулонефрита

Расспрос - interrogatio





Физические методы исследования



Дифференциальная диагностика почечных и сердечных отеков

Критерии	ОТЕКИ	
	Почечные	Сердечные
Причины развития	Заболевания почек	ССС патология
Начинается	С верхней части туловища (лицо)	С нижней части туловища (ноги)
Усиливаются	К утру	К вечеру
Консистенция отеков	Более мягкая	Плотноватая
Цвет кожи над отеками	Бледный	Синюшный
Проба Мак Клюра – Олдрича (введение внутрикожно 0,1мл физ. раствора в предплечье)	Рассасывается в течение 30 – 40 минут	Рассасывается более чем час спустя

Значение физикальных методов исследования

Методы исследования/симптомы		Основные положения
Пальпация для выявления увеличения почек	↓	Чувствительность слишком низкая. Ультразвук – да, пальпация – нет!
Болезненность в реберно-диафрагмальном углу	↑	Остается важным симптомом Пиелонефрита
Артериальные систолические шумы	↑	Чувствительный и в целом специфический признак. Достаточно хороший метод, чтобы сохранить его в нашем арсенале

«Пальпация, перкуссия и аускультация потеряли свое значение в эпоху ультразвуковых методов диагностики» Сальваторе Манджони

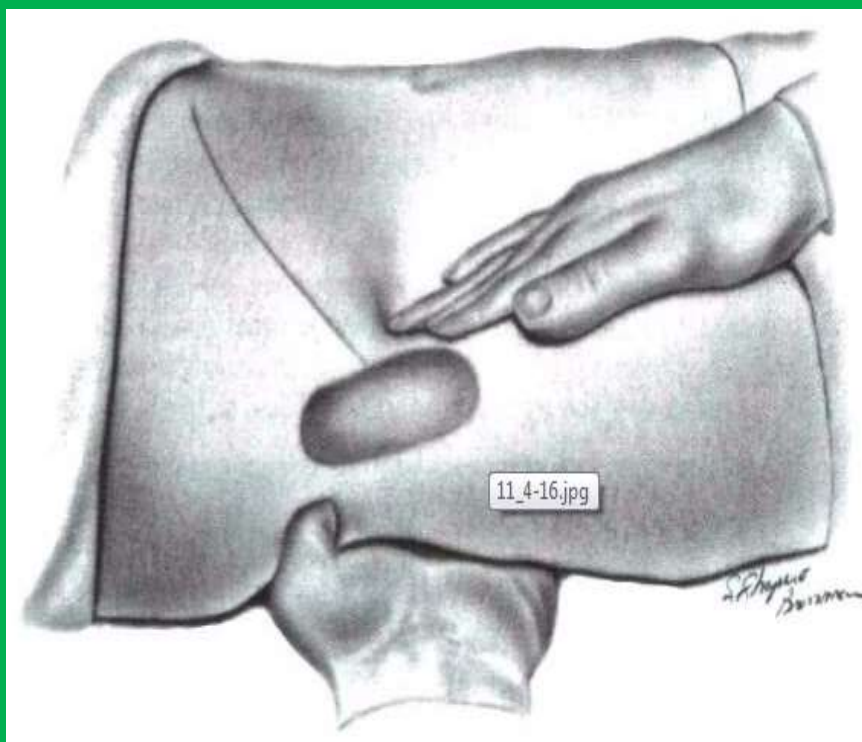


Рис. Техника бимануальной пальпации правой почки

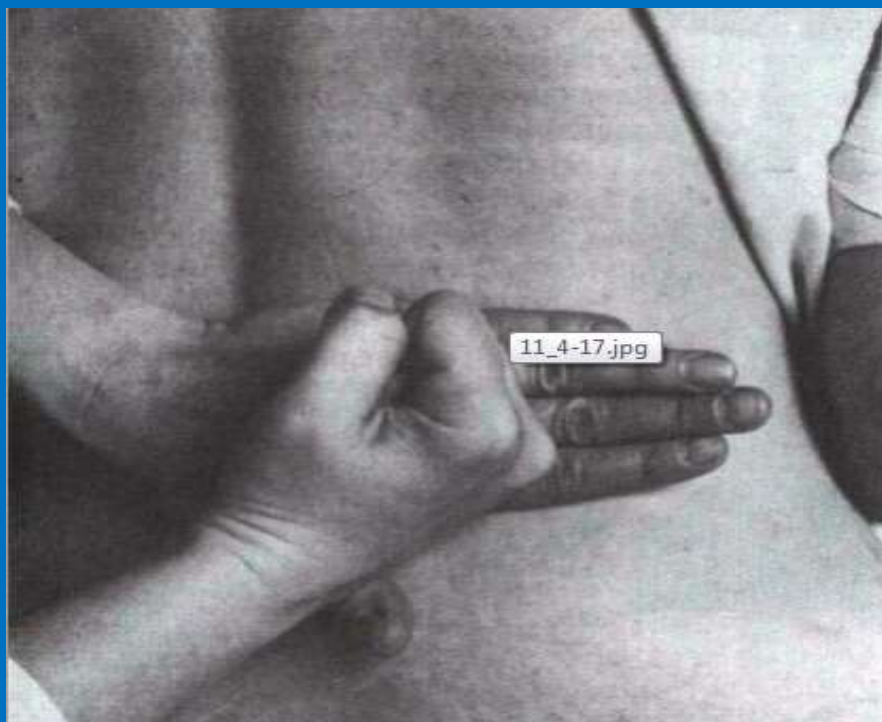
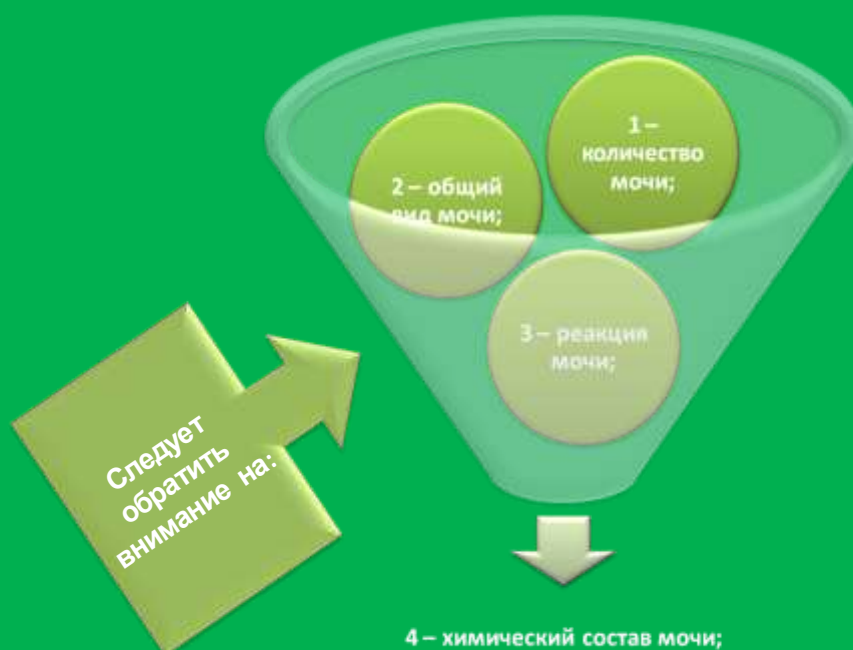


Рис. Техника выполнения поколачивания поясницы

Лабораторные методы исследования



Микроскопическое исследование мочевого осадка



Оценка функционального состояния почек



Утонченные методы оценки функции почек



Клиренс креатинина (СКФ) может быть использован для оценки функции почек в зависимости от пола, мышечной массы и возраста с помощью формулы *Кокрофта - Гаулта*

$$\text{СКФ} = \frac{(140 - \text{возраст [годы]}) \times \text{масса тела (кг)} \times 88}{\text{креатинин (мкмоль/л)} \times 72}$$

PS. Для женщин величина концентрации креатинина должна быть умножена на 0,85



В основе гиперfiltrации лежат: дилатация приводящих артериол клубочков почки при неизменном или повышенном тоне выносящих артериол.



В основе гипофильтрации лежат: гемодинамические нарушения (гиповолемия, шок, дегидратация, сердечная недостаточность) и органические изменения (воспаление, склероз) причины.

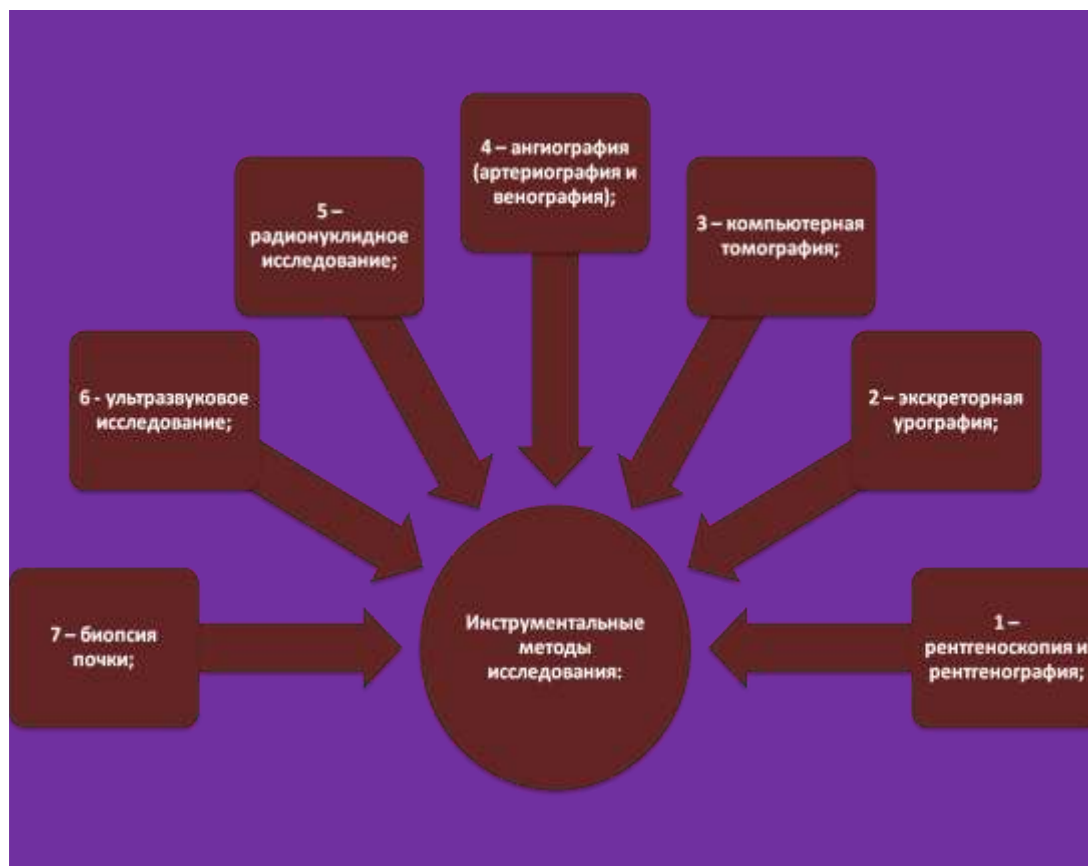
Важные биохимические и иммунологические диагностические

Биохимические

- 1 – гипопроteinемия;
- 2 – гиперлипидемия (гиперхолестеринемия);

- 1 – титр антинуклеарного фактора (АНФ) и «волчаночных» клеток (LE – клеток);
- 2 – АТ к базальной мембране клубочков (при синдроме Гудпасчера);
- 3 – АТ к цитоплазме нейтрофилов (при нефрите);
- 4 – АТ к кардиолипину (при СКВ);
- 5 – маркеры гепатита В и С (при вирусных гепатитах);
- 6 – криоглобулин в крови (при сочетаниях гломерулонефрита и вирусного гепатита);

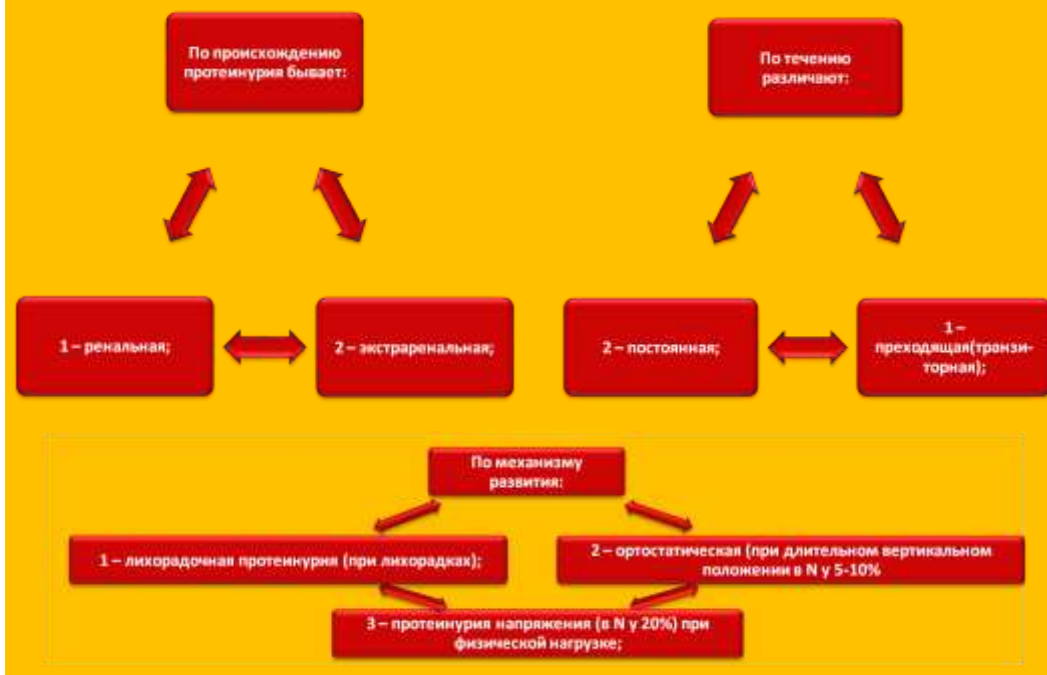
Иммунологические



Основные клинические синдромы



Основными признаками мочевого синдрома являются: протеинурия и гематурия



Гематурия – примесь крови в моче.



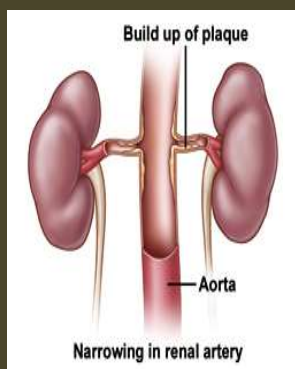
Причины гематурии

Ренальные:

- 1 – гломерулонефриты;
- 2 – рак мочевого пузыря;
- 3 – гипернефрома;
- 4 – уретрит;
- 5 – цистит;
- 6 – хронические простатиты;
- 7 – рак простаты;
- 8 – мочекаменная болезнь;

Экстраренальные:

- 1 – тяжелая физическая нагрузка;
- 2 – попадание крови в мочу во времени менструации;
- 3 – медикаментозные (фенолфталеин, феназопиридин);



Гематурия
бывает:



1. Ложная а) антоцианы – свекла, красные ягоды; б) пищевые красители – кондитерские изделия, кетчупы, томаты; в) порфирины – свободный НВ, миоглобин; г) некоторые ЛС – фенолфталеин, феназопиридин)

2. Истинная – заболевания мочевого пузыря, мочеточника, мочеиспускательного канала, предстательной железы, почек;

Нефротический синдром — одно из наиболее характерных и серьезных проявлений острых и хронических заболеваний почек.

Нефротический синдром (НС) характеризуют следующие признаки:

- **Массивная протеинурия** – взрослых; более 3 – 3,5 г/сут у
- **Нарушение белкового, липидного и водно -солевого обмена** с гипопроteinемией (гипоальбуминемией), диспротеинемией;
- **Гиперлипидемия** (повышенное содержание в крови холестерина, триглицеридов);
- **Развитие выраженных отеков;**

Этиология НС

I. Первичный гломерулонефрит (острый и хронический)

II. Поражение почек при следующих состояниях:

- системные заболевания (СКВ, геморрагический васкулит)
- амилоидоз
- сахарный диабет
- подострый инфекционный миокардит
- паразитарные инвазии (малярия, шистосомоз)
- хронический вирусный активный гепатит
- опухоли (паранеопластический НС при бронхогенном раке, раке паренхимы почки, желудка, толстой кишки, злокачественной лимфоме)

III. Лекарственные поражения почек (препараты золота, висмута, ртути,

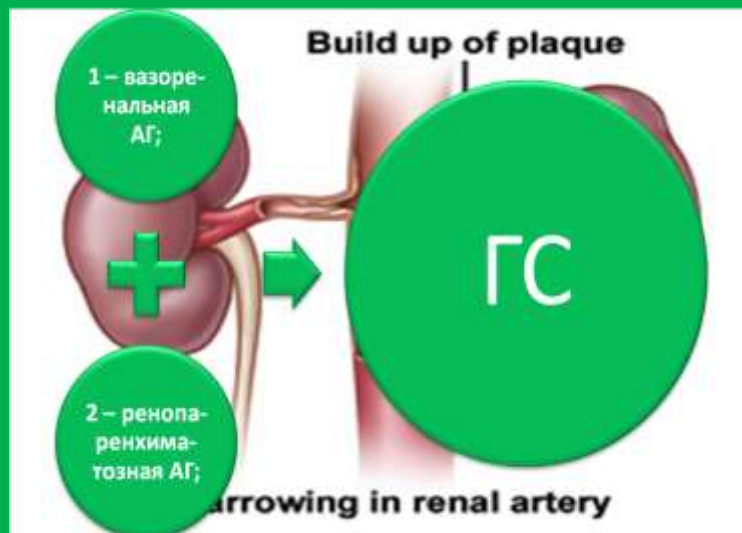
~~антибиотики, полихимиотерапевтические средства)~~

IV. Повышение венозного давления: застойная сердечная недостаточность, констриктивный перикардит, тромбоз почечных вен)

Клинические проявления НС

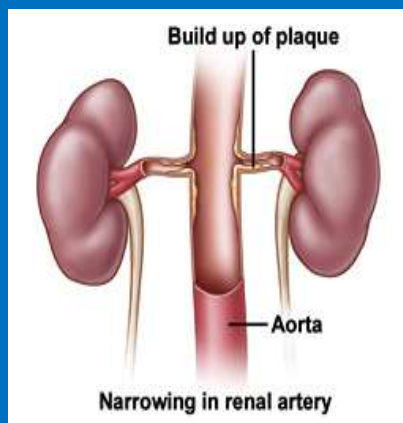


Гипертензивный синдром (ГС)



Синдром почечной недостаточности (СПН)

СПН—развивается в результате тяжелых нарушений почечных процессов, приводящих к расстройству гомеостаза, и характеризующийся азотемией, нарушением водно-электролитного состава и КЩР организма.

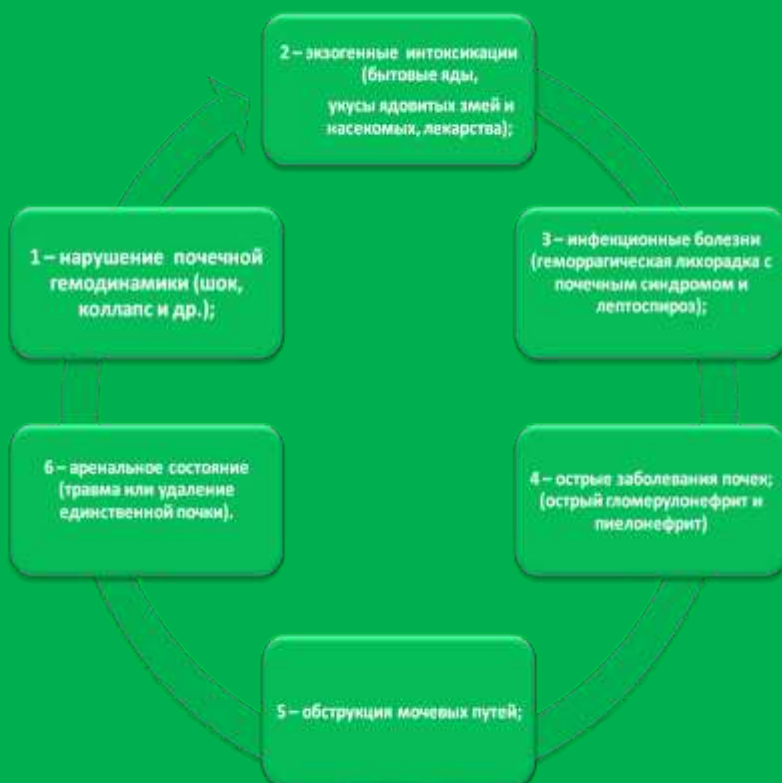


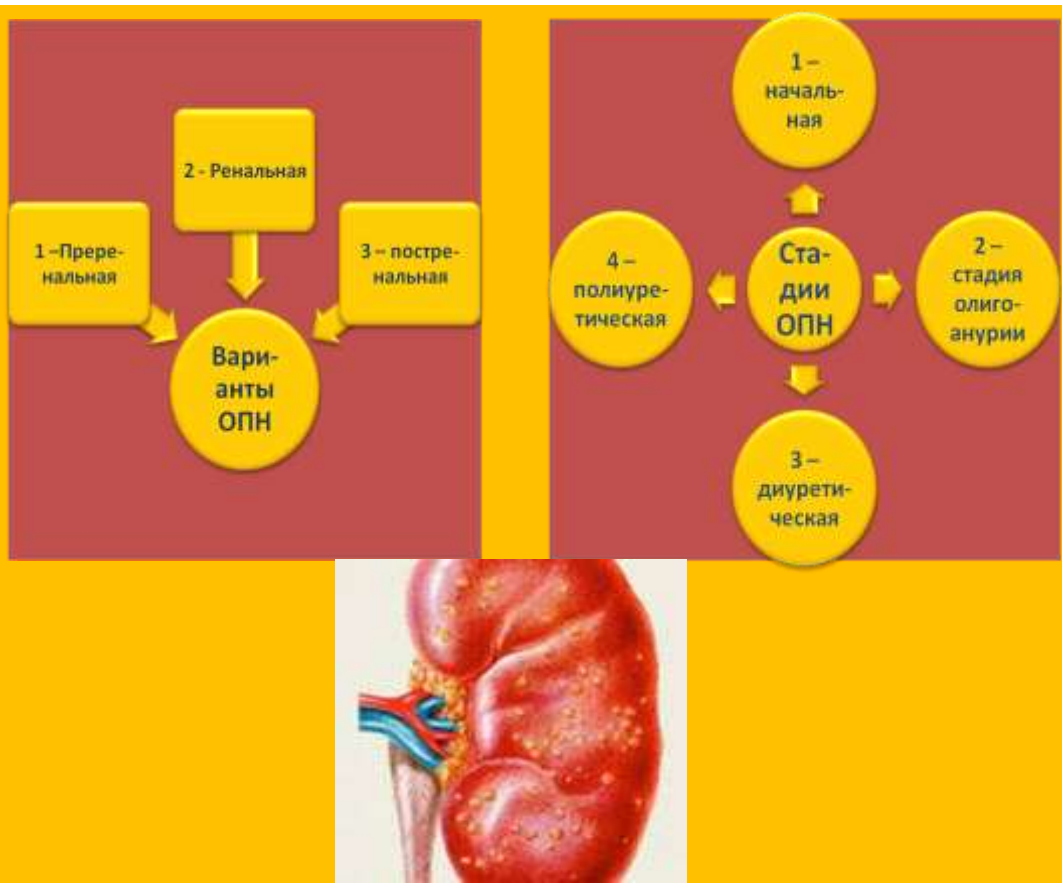
Различают острую (ОПН) и хроническую (ХПН) почечную недостаточность:

1 – ОПН может возникнуть внезапно вследствие острых, чаще всего обратимых заболеваний почек.

2 – ХПН развивается постепенно в результате прогрессирующей необратимой утраты функционирующей паренхимы.

Причины ОПН





Признаки ОПН

1 – симптомы связанные способствующей причиной:

- Признаки болевого, анафилактического или бактериального шоков, гемолиза, острого отравления, инфекционного заболевания;

2 – специфические симптомы:

- Олиго – или анурия (падение диуреза менее 500 мл/сут), гиперазотемия (мочевина, креатинин);
- Адинамия, потеря аппетита, тошнота, рвота, мышечные подергивания, сонливость, заторможенность сознания, одышка;

Причины ХПН:





Острый гломерулонефрит (ОГ) –

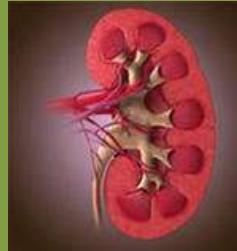
иммунное заболевание, поражающее обе почки. ОГ развивается через 1-2 недели после инфекционного заболевания (например, ангины). Болезнь развивается в любом возрасте (чаще у лиц до 40 лет) и в 80% случаев заканчивается выздоровлением (в оставшихся 20% - приобретает хроническую форму).



Клинические проявления:

Повышение температуры, А/Д, ухудшение самочувствия, олиго- и анурия, моча цвета «мясных помоев»,

отеки (ранний признак и наблюдается в 70-90% случаев), анасарка, головная боль, микро – и макрогематурии, протеинурия



Хронический гломерулонефрит (ХГ)

чаще развивается на фоне не излеченного ОГ в течение года. Присутствие в организме дополнительных хронических очагов инфекции (зубной кариес, гайморит, холецистит, тонзиллит) повышают вероятность образования ХГ. Иногда ХГ является самостоятельным первичным заболеванием. ХГ, длящийся многие годы может привести к сморщиванию почек и смерти больного от ХПН.



самое распространенное воспалительное заболевание почек, поражающее чашечно-лоханочную

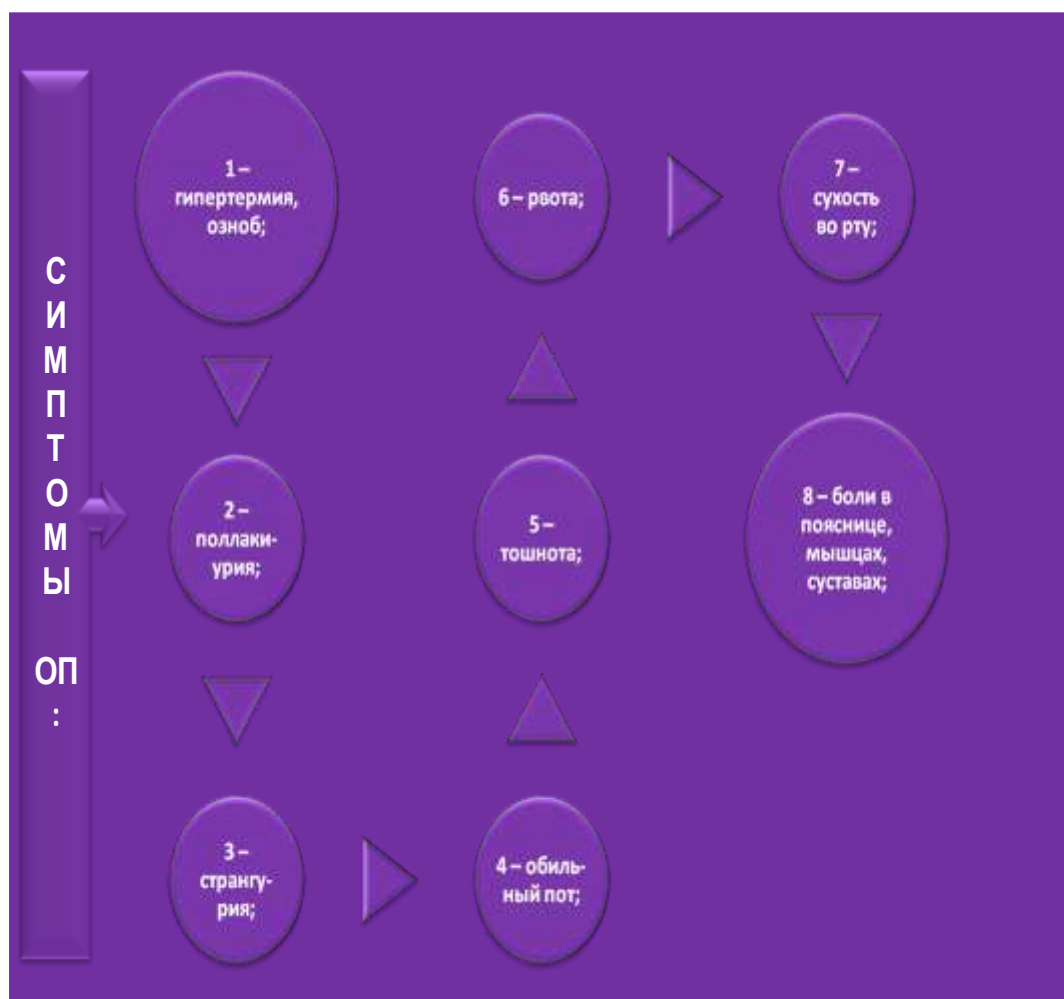
систему (ЧЛС) и канальца, а затем клубочки и сосуды почек. По статистике ОП болеет или болел

каждый десятый житель. ОП может возникать как самостоятельное заболевание, так и быть

осложнением других болезней. Наиболее подвержены ОП женщины, особенно в период

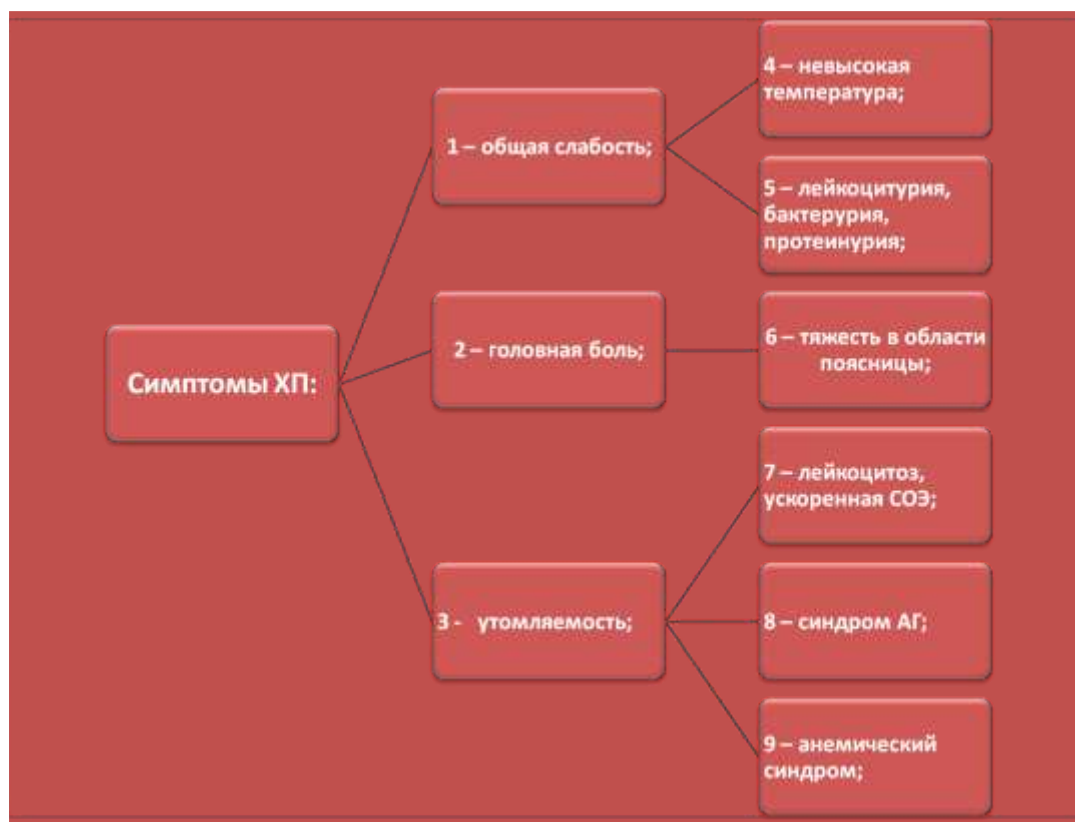
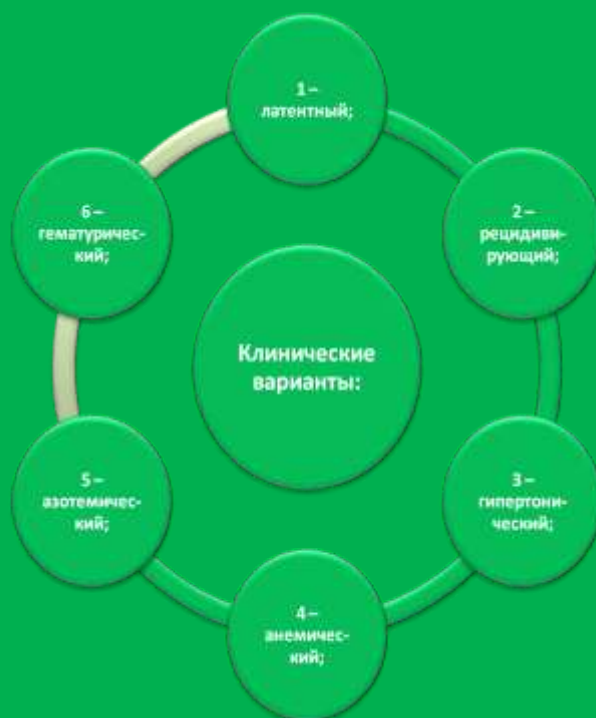
беременности. У ОП существует две формы: серозная (протекает более спокойно) и гнойная

(бурное течение болезни).



Хронический пиелонефрит (ХП) -

чаще всего является результатом не до конца вылеченного ОП. В этом случае заболевание протекает с чередованием фаз активного и латентного воспалений и ремиссий. Иногда картина до такой степени неясна, что ХП выявляется совершенно случайно.



Лекция-8.

Тема: Клинические, лабораторные и инструментальные методы исследование больных с заболеваниями системы крови. Симптоматология анемии и лейкозов

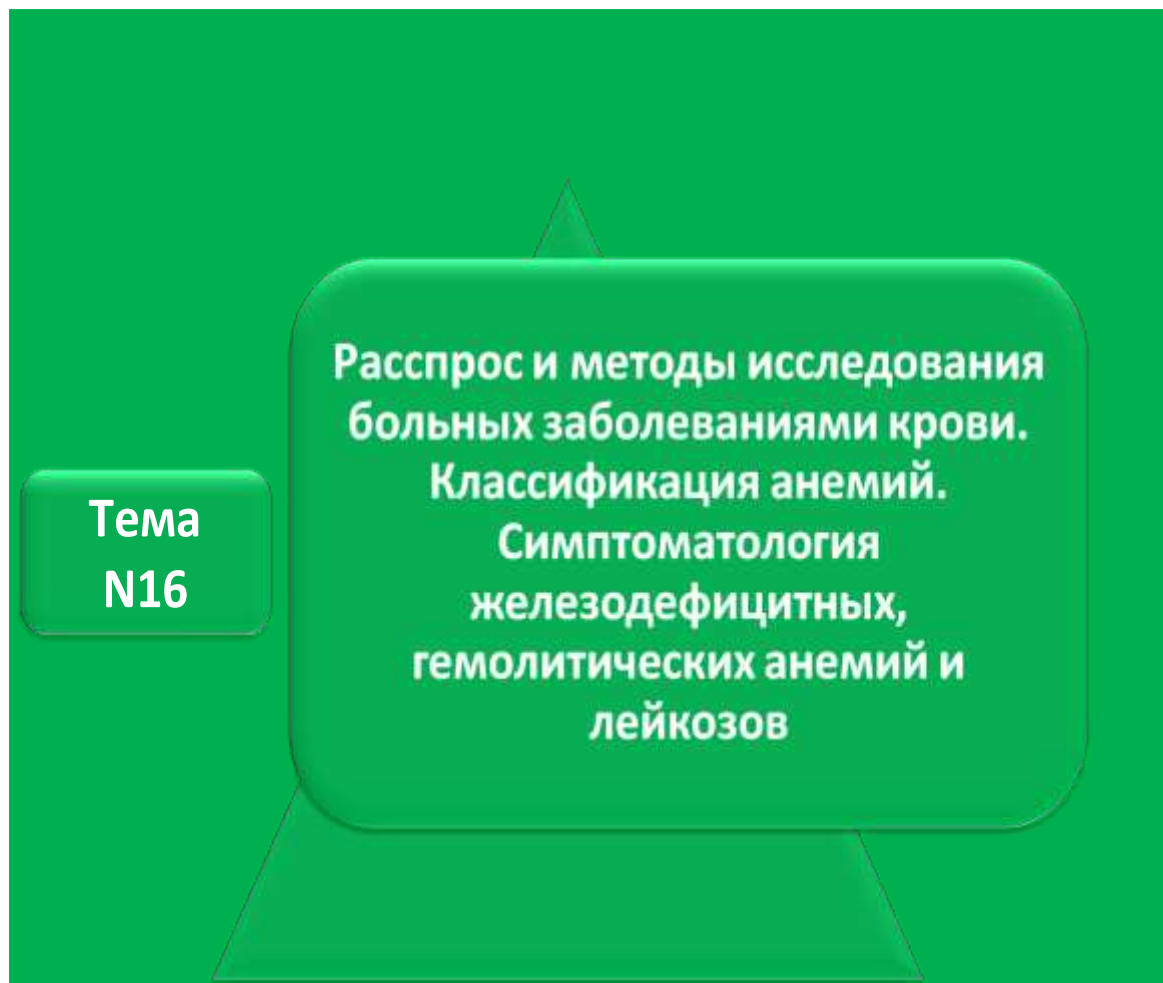
5.1. Модель технологии обучения.

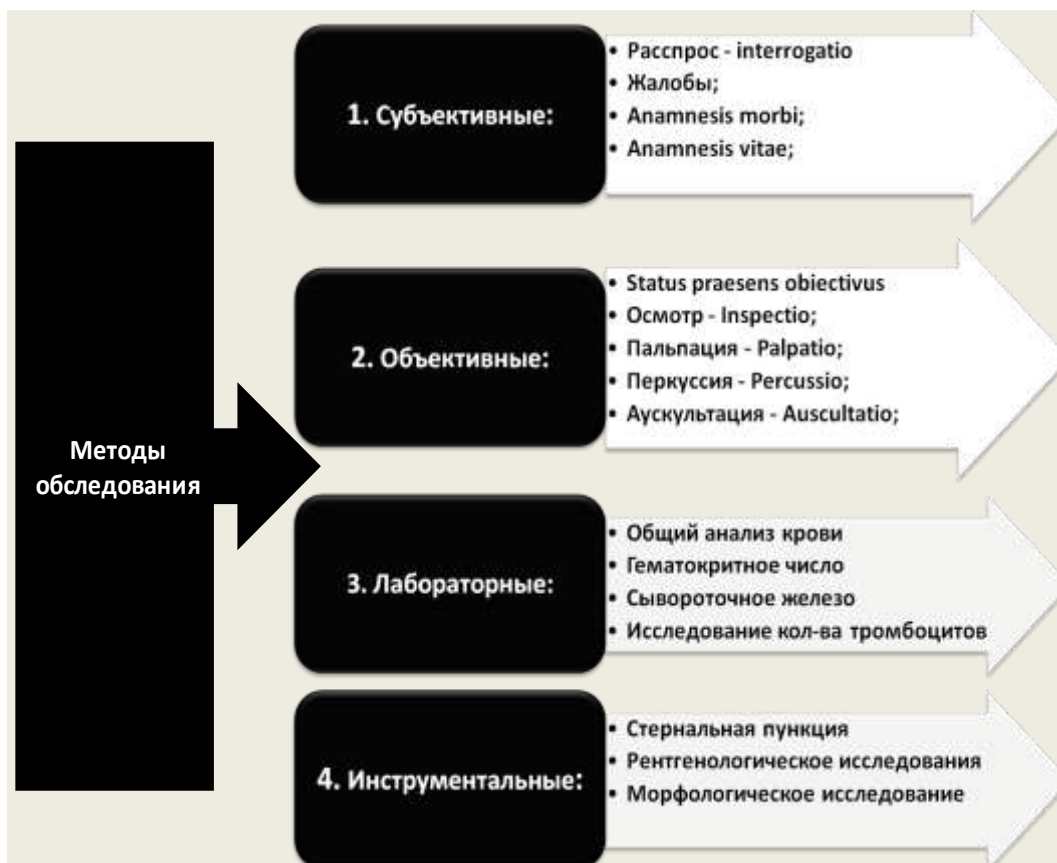
Время занятия – 2 часа	Число студентов: от 20 до 80
Форма занятия	Введение – информационная лекция.
План лекции	1. Клинические, лабораторные и инструментальные методы исследование больных с заболеваниями системы крови. Симптоматология анемии и лейкозов
Цель занятия:	Обучить студентов к синдрому уплотнения легочной ткани
Методы обучения	демонстративный, лекция, беседа
Формы обучения	массовый, группами
Средства обучения	Учебное пособие, содержание лекции, проектор, компьютер
Обстоятельство обучения	Методически оборудованная аудитория
Мониторинг и оценивание	Устный контроль: вопрос-ответ

1.2. Технологическая карта лекционного занятия.

Стадии и время работы	Педагог	Обучающиеся (студенты)
Подготовительная стадия (10 минут)	1. Подготовка содержания лекции. 2. Приготовление демонстративных слайдов для лекции 3. Список литератур использованных на данной лекции: • Мухин Н.А., Моисеев В.И. "Пропедевтика внутренних болезней", М. 2005. • Абу Али ибн Сино. Канон врачебной науки.-Ташкент, 1996 - Гребенев А.Л. "Пропедевтика внутренних болезней", (ПВБ) М. 2001.	Слушают Записывают
1 - Введение в тему (15 минут)	1. Ознакомление с целью и задачами данной лекции: Цель: Обучить студентов к клиническим синдромам Задачи: * Клинические, лабораторные и инструментальные методы исследование больных с заболеваниями системы крови.	Слушают Студенты отвечают на заданные вопросы

	*Симптоматология анемии и лейкозов	
2 – основная стадия (55 минут)	1. Объясняет тему и демонстрирует слайды 2. Демонстрирует лекцию с помощью мультимедий	Слушают, записывают Слушают
Заключительная стадия (10 минут)	1. Заключение	Слушают





Анемический синдром (АС) –

состояние, характеризующееся снижением содержания гемоглобина (НВ) в единице объема крови (часто при одновременном уменьшении количества эритроцитов), сопровождающее как собственно гемолитические заболевания, так и многие другие болезни

Причины АС:

• заболевания печени; • болезни почек; • опухоли; • заболевания соединительной ткани; • эндокринные заболевания;	• кровопотери; • гемолиз; • дефицит железа; • интоксикация свинцом; • дефект в синтезе глобина;	• дефицит витамина В12; • дефицит фолиевой кислоты; • токсическое воздействие лекарств;

Клинико-лабораторные проявления АС

• бледность кожных покровов и слизистых оболочек;

• слабость, повышенная утомляемость, плохая переносимость физ. Нагрузок с одышкой;

• компенсаторная тахикардия;

• снижение содержания НВ;

• развитие сердечной недостаточности (при концентрации НВ ниже 50 г/л)

Геморрагический синдром (ГС) –

патологическая кровоточивость, характеризующаяся внутренними и наружными кровотечениями, возникновением кровоизлияний.



Клинические проявления ГС

N	Признаки	Встречаемая патология
1.	Петехии	При тромбоцитопении, повреждении сосудистой стенки
2.	Экхимозы	Нарушение свертываемости крови
3.	Гемартрозы	При гемофилии
4.	Телеангиэктазии	При болезни Рондю-Ослера
5.	Кровохарканье	При той же болезни
6.	Кишечное кровотечение	При той же патологии
7.	Гематурия	При той же патологии

Гемолитический синдром (ГЛС) –

обычно развивается при повышенном распаде (гемолизе) эритроцитов в связи малой их резистентности.



Синдром (СДВС)-

симптомокомплекс, обусловленный продолжительным процессом гиперкоагуляции, для которого характерно образование распространенных множественных микротромбов с последующими геморрагиями.



Клинические проявления СДВС

1 – микротромбозы;

2 – геморрагии;

3 – гемодинамические расстройства;

Классификация анемий (по М.П. Кончаловскому)

1. Анемии вследствие кровопотери;

- Постгеморрагические острые
- и хронические;

2. Анемии вследствие нарушения гемопоэза;

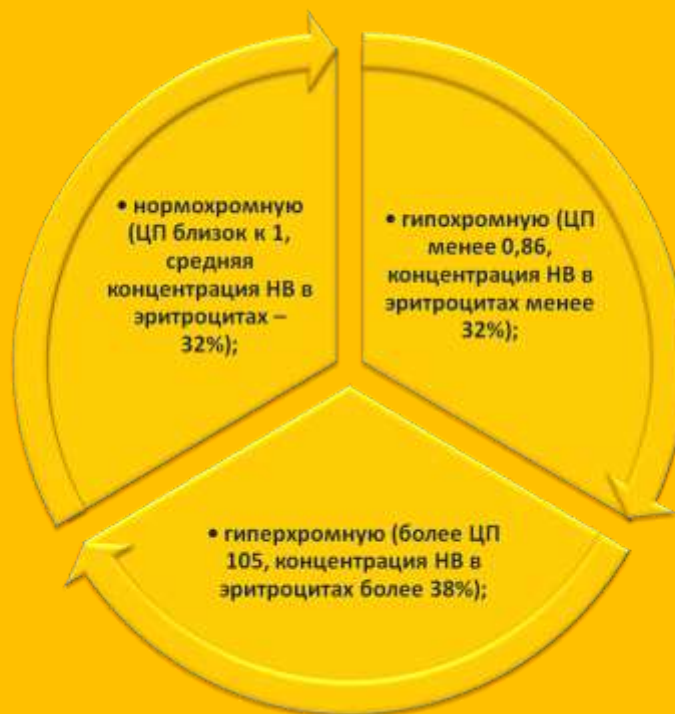
- Железодефицитные, сидероахрестические, В12 – дефицитные, фолиеводефицитные, апластические);

3. Анемии вследствие повышенного кроверазрушения;

- Гемолитические: врожденная микросфероцитарная анемия Минковского – Шоффара, приобретенная анемия Маркиафавы – Микели (пароксизмальная ночная гемоглобинурия) ;

PS. Частота ЖДА достигает 98% среди всех анемий.

В зависимости от цветового показателя (ЦП) выделяют:



В зависимости от величины эритроцита выделяют:



В зависимости от состояния эритроцитарного ростка костного мозга и способности его к регенерации (показатель содержания ретикулоцитов в периферической крови) выделяют:

1 - регенераторную	• (с достаточной функцией костного мозга, ретикулоциты более 1%);
2 - гипорегенераторную	• (умеренное угнетение функции костного мозга, ретикулоциты менее 1%);
3 - апластическую	• (резкое угнетение функции костного мозга, ретикулоциты менее 0,2%);

Железодефицитная анемия (ЖДА) –

гипохромная (микроцитарная) анемия, возникающая вследствие абсолютного снижения ресурсов железа в организме.

Статистические данные подтверждают высокую распространенность дефицита железа среди населения – до 200 млн человек в мире. Скрытый дефицит железа у беременных достигает, по данным ВОЗ, 100%, анемия – от 21 до 80%. Дефицит железа в той или иной степени имеется почти у 30% населения планеты (WHO, 1998), причем скрытый его дефицит встречается в 2 раза чаще, чем ЖДА.



Распределение фонда железа

Распределение общего пула (около 5 гр)
железа в организме:

1 – около $\frac{2}{3}$ находится в НВ
фонде;

2 – около 1 гр в ферритине;

3 – 0,5 гр в миоглобине;

4 – 0,5 гр в трансферрине;

Различают следующие виды железодефицитного состояния:

1 – латентное
железодефицитное
состояние

- Запасы железа истощены, однако в периферической крови отсутствуют признаки анемии.

2 - ЖДА

- Ресурсы железа истощены и одновременно в периферической крови картина анемии.

Клинические проявления ЖДА

1 – симптомы анемической гипоксемии:

- Одышка, слабость, головокружение, сердцебиение, боли в области сердца, онемение рук и ног

2 – симптомы сидеропении (характерны только для ЖДА):

- Сухость и восковидная бледность кожи, койлонихия, ангулярный стоматит, выпадение и поседение волос, мышечная слабость, дисфагия,
- извращение вкуса, пристрастие к необычным запахам

Лабораторные показатели:

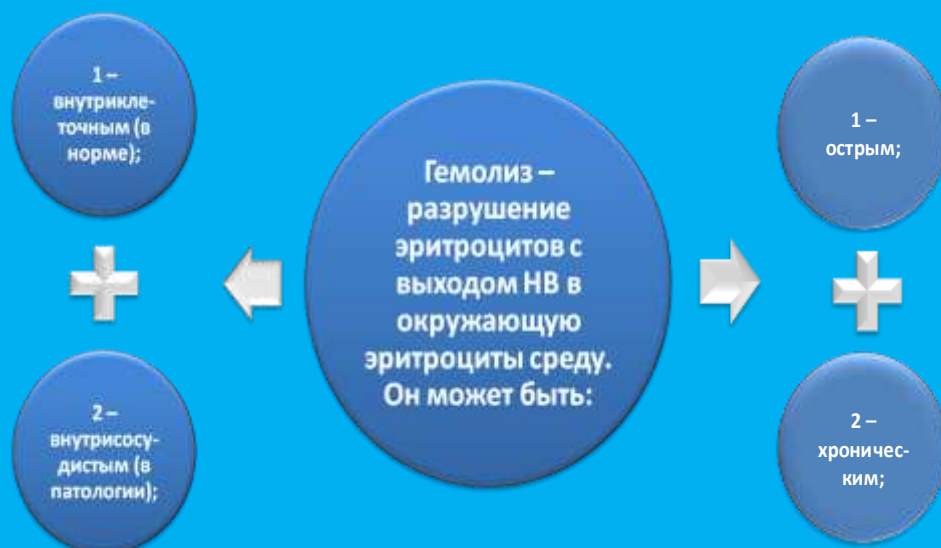
- анемия за счет снижения НВ, чем эритроцитов (гипохромная);
- анизоцитоз, пойкилоцитоз, микроцитоз;
- норморегенераторная или гиперрегенераторная;
- уменьшение уровня железа сыворотки крови (норма 12 – 30 ммоль/л);
- повышение железосвязывающей способности сыворотки;
- повышение содержания в крови свободного трансферрина;
- низкое содержание ферритина в плазме крови;

Принципы лечения ЖДА:

1. Устранить причину ЖДА;
2. Запретить прием продуктов, ингибирующих реабсорбцию железа;
3. Рекомендовать прием продуктов, обогащенному двух валентному железу;
4. Рекомендовать прием ускорителей реабсорбцию железа;
5. Пероральные ферропрепараты;
6. При наличии противопоказаний пероральным, следует прибегать к помощи парентеральных ферропрепаратов

Гемолитические анемии (ГА) –

это большая группа заболеваний, общим признаком которых является ускоренный распад эритроцитов и укорочение их жизни (вместо 100 - 120 сут в норме до 2 – 3 недель при гемолизе. Важное значение имеет деление ГА на наследственные и приобретенные.



Общие диагностические признаки ГА:

1.- гиперрегенераторный характер анемии с общеанемическим клиническим синдромом;

2 – желтуха с повышением уровня непрямого билирубина;

3 – плейохолит (повышенная концентрация желчи, склонность к камнеобразованию);

4 - гиперхолия кала (высокое содержание стеркобилина);

5 – интенсивная окраска мочи (повышение уровня уробилина);

6 – спленомегалия, возможно гепатомегалия;

7 – лихорадка (при гемолитическом кризе);

Наследственный микросфероцитоз (Минковского – Шоффара), относится к врожденным формам ГА

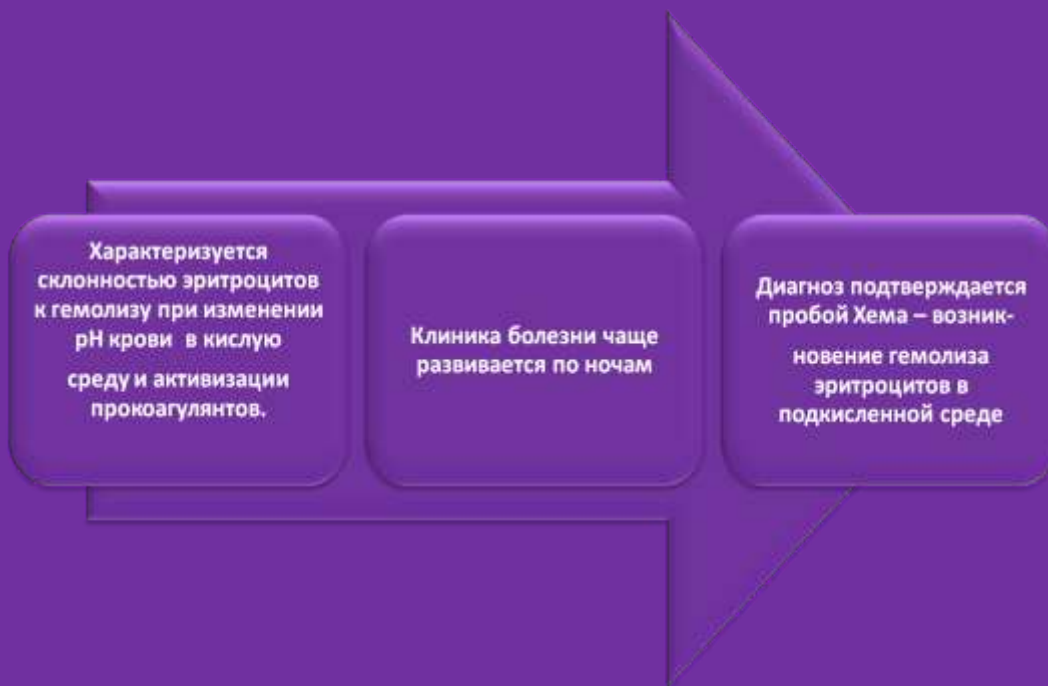
Мембрана эритроцитов обладает повышенной проницаемостью для ионов натрия, что сопровождается избыточным накоплением воды – в результате эритроциты приобретают сферическую форму и уменьшаются в диаметре, а мембрана становится менее устойчивой к механическим и другим воздействиям.

Клинически проявляется при наличии выраженного гемолиза, возникают симптомы надпеченочной желтухи.

Лабораторно: умеренное снижение содержания эритроцитов, обнаруживаются сфероциты, ретикулоцитоз, возрастает содержание непрямого билирубина до 50 – 70 мкмоль/л, осмотическая резистентность эритроцитов снижена.

Лечение: самым эффективным является – спленэктомия.

Пароксизмальная ночная гемоглобинурия (болезнь Маркиафава – Микели), вид приобретенных ГА.



Гемобластозы (миелопрлиферативные и лимфопролиферативные заболевания) – большая группа опухолевых заболеваний крови (субстратом опухоли выступают клетки кроветворной системы различной степени зрелости). Среди них выделяют две группы:



Этиология и патогенез лейкозов

Хотя этиология до конца не ясна, придают значение следующим факторам:



Острый лейкоз -

заболевание крови, характеризующееся замещением нормального костномозгового кроветворения пролиферацией недифференцированными функционально неактивными клетками, не способными к созреванию: преобладают бластные клетки, заполняющие костный мозг и поступающие в периферическую кровь.



Клинические проявления

1 – нарастающая слабость;

2 – недомогание;

3 – анорексия;

4 – лихорадка;

5 – анемия;

6 – тяжелая ангина;

7 – язвы слизистой полости рта и глотки;

8 – боли в суставах и мышцах;

9 – гепато – и спленомегалия;

Хронический миелолейкоз –

опухоль миелоидного ростка кроветворения, расширение которого представлено (в отличие от острых лейкозов) преимущественно зрелыми и промежуточными формами. Заболевание наблюдают чаще в возрасте 35 – 60 лет у мужчин.

Клинические проявления

1 – утомляемость;

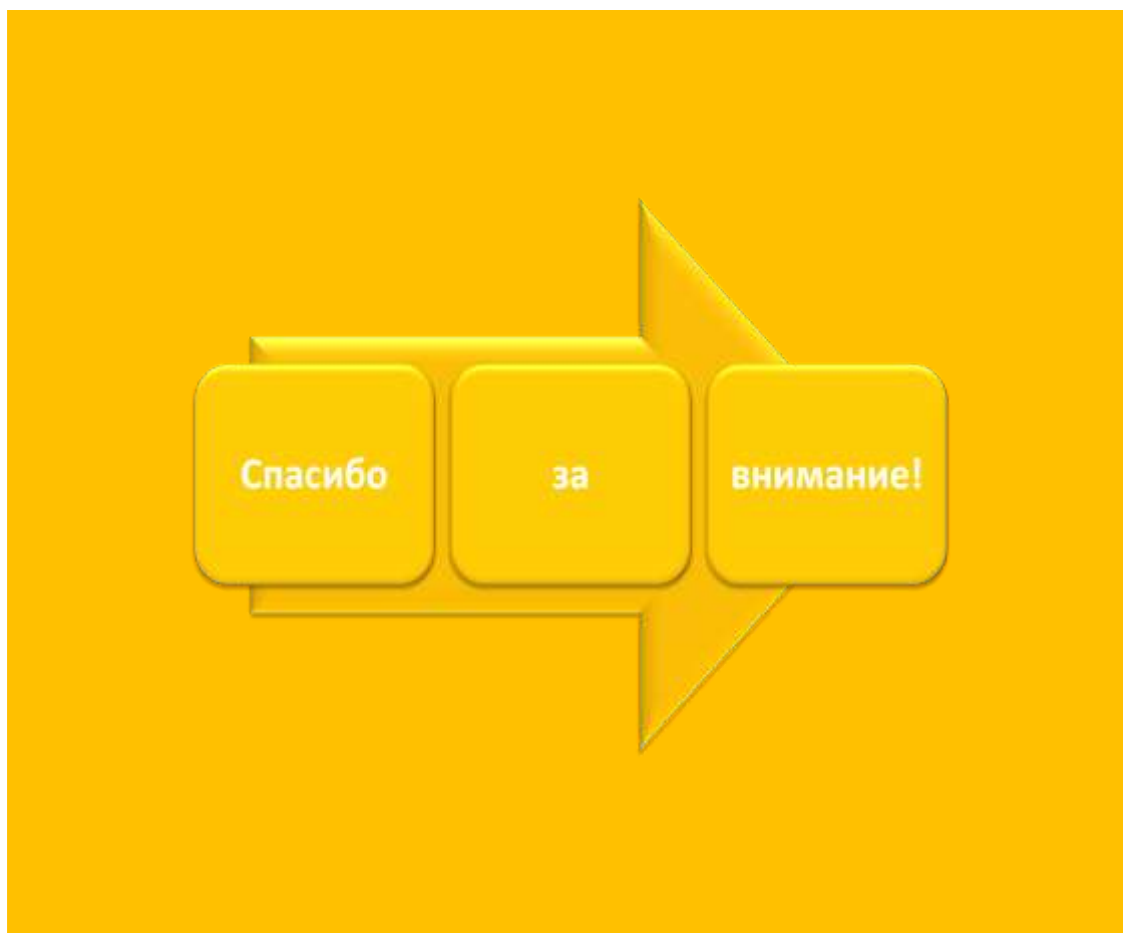
2 – слабость;

3 – лихорадка;

4 – дискомфорт в брюшной полости;

5 – похудание;

6 – гепато – и спленомегалия;



Лекция-9

Тема: Исследование больных с заболеваниями эндокринной системы. Основные симптомы. Симптоматология гипотериоза и гипертериоза. Диагностика сахарного диабета. Неотложная помощь при диабетической и гипогликемической комах.

6.1. Модель технологии обучения.

Время занятия – 2 часа	Число студентов: от 20 до 80
Форма занятия	Введение – информационная лекция.
План лекции	1. Исследование больных с заболеваниями эндокринной системы. Основные симптомы. 2. Симптоматология гипотериоза и гипертериоза. Диагностика сахарного диабета. 3. Неотложная помощь при диабетической и гипогликемической комах.
Цель занятия:	Обучить студентов к с заболеваниям системы кровообращения.

Методы обучения	демонстративный, лекция, беседа
Формы обучения	массовый, группами
Средства обучения	Учебное пособие, содержание лекции, проектор, компьютер
Обстоятельство обучения	Методически оборудованная аудитория
Мониторинг и оценивание	Устный контроль: вопрос-ответ

1.2. Технологическая карта лекционного занятия.

Стадии и время работы	Педагог	Обучающиеся (студенты)
Подготовительная стадия (10 минут)	1. Подготовка содержания лекции. 2. Приготовление демонстративных слайдов для лекции 3. Список литератур использованных на данной лекции: • Мухин Н.А., Моисеев В.И. "Пропедевтика внутренних болезней", М. 2005. • Абу Али ибн Сино. Канон врачебной науки-Ташкент, 1996 • Гребенев А.Л. "Пропедевтика внутренних болезней", (ПВБ) М. 2001.	Слушают Записывают
1 - Введение в тему (15 минут)	1. Ознакомление с целью и задачами данной лекции: <u>Цель:</u> Обучить студентов с заболеваниями системы кровообращения. <u>Задачи:</u> Исследование больных с заболеваниями эндокринной системы. *Расспрос *осмотр * пальпация * перкуссия.	Слушают Студенты отвечают на заданные вопросы
2 – основная стадия (55 минут)	1. Объясняет тему и демонстрирует слайды 2. Демонстрирует лекцию с помощью мультимедий	Слушают, записывают Слушают
Заключительная стадия (10 минут)	1. Заключение	Слушают

«Девять десятых нашего счастья
зависит от здоровья» А. Шопенгауэр

Тема №17

Исследование больных с заболеваниями
эндокринной системы. Основные симптомы.
Симптоматология гипотиреоза и
гипертиреоза. Диагностика сахарного
диабета. Неотложная помощь при
диабетической и гипогликемической комах.

Общие особенности эндокринных органов:



Все гормоны по химической структуре разделяются на три вида:

1.

Производные липидов
(стероиды);

2.

Производные
аминокислот (тироксин);

3.

Пептиды и
гликопротеиды
(инсулин);



Жалобы и анамнез:

Жалобы:

- повышенная психическая
- прерывистый неглубокий сон;
- понижение памяти;
- раздражительность;
- потливость;
- сердцебиение;
- зябкость;
- шум в ушах;
- ощущение прилива крови к голове;
- кожный зуд;
- повышенная жажда;
- значительная потеря массы тела;
- суетливость;
- быстрота речи и движения;
- апатия, вялость, кретинизм;

Анамнез:

Особое внимание обращают на непосредственные причины, предшествующие заболеванию, изучение наследственного фактора, другие перенесенные заболевания, особенности полового созревания, связь с беременностью и родами.



Физические методы исследования:

№	Методы	Выявляемые результаты
1.	Осмотр	Внешний вид: (гипофизарная кахексия, аддисоновая болезнь, акромегалия, нарушение жирового обмена). Выражение лица: (акромегалическое лицо при гиперфункции гипофиза, пучеглазие при гиперфункции щитовидной железы). Из эндокринных органов непосредственному осмотру доступны только щитовидная железа и яички.
2.	Пальпация, перкуссия и аускультация	Информативны при исследовании щитовидной железы

Лабораторно-инструментальные исследования:

биохимические, радиоиммунные, радиоизотопные, рентгенологические, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, термография

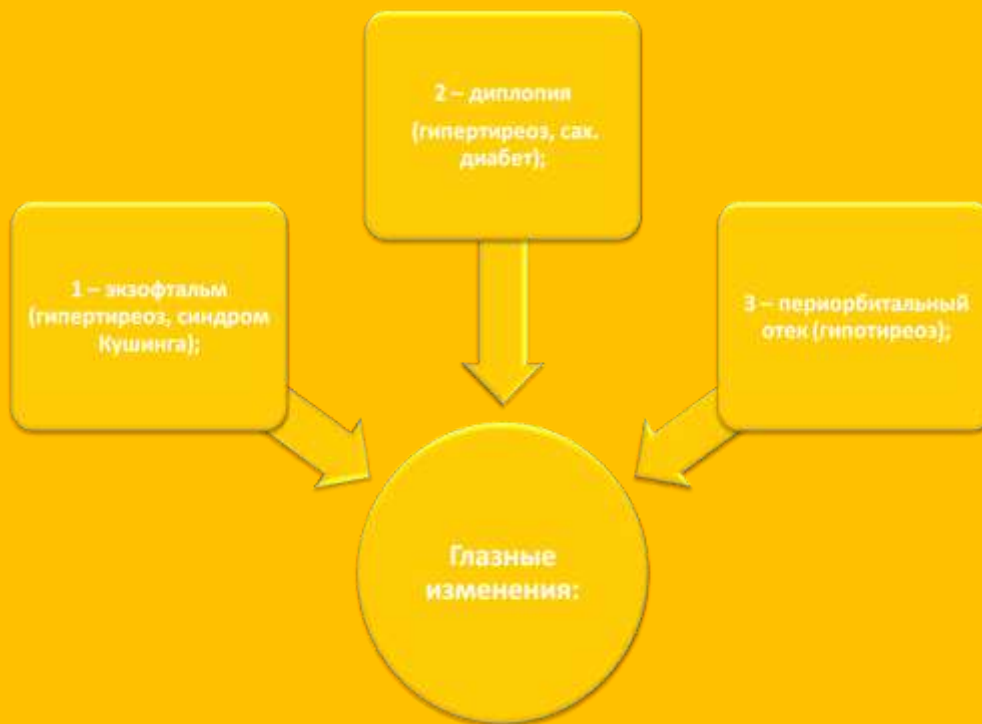
Основные симптомы и синдромы



Основные симптомы и синдромы



Основные симптомы и синдромы



Основные симптомы и синдромы



Основные симптомы и синдромы



Основные симптомы и синдромы



Основные симптомы и синдромы



Основные симптомы и синдромы



Болезни щитовидной железы

Увеличение размеров щитовидной железы называют зобом. Увеличение может быть очаговое (узловое) и диффузное. При выделении гормонов – зоб именуется токсическим, а в случаях не выделения – нетоксическим.



Тиреотоксикоз (токсический зоб: узловой – болезнь Пламмера, диффузный – болезнь Грейвса)

Характеризуется повышением функции щитовидной железы (ЩЖ) и проявляется ее диффузным увеличением, пучеглазием и тахикардией. Избыточная секреция гормонов: тироксина (тетраiodтиронина – Т4) и трийодтиронина – Т3.



Клинические проявления:



Глазные симптомы:

1. Симптом Грефе: при взгляде вниз между верхним веком и радужной оболочкой выявляют участок склеры;

2. Симптом Штельвага: редкое не полное мигание;

3. Симптом Мебиуса: слабость конвергенции;



В клиническом течении гипертиреоза выделяют:

№	Градации	Критерии разграничения		
		Частота PS (в 1 мин)	Потеря массы тела (в кг)	Показатели основного обмена
1	Легкая	До 100 уд.	3 – 5 кг	Около 30%
2	Средняя	100 – 120 уд.	6 – 10 кг	30 – 60%
3	Тяжелая	Более чем 120 уд.	Более 10 кг	Более чем 60%

Тиреотоксический криз –

развивается под влиянием различных стрессовых ситуаций (травмы, инфекции), при этом происходит быстрое высвобождение гормонов и поступление их в кровь с выраженным психическим двигательным беспокойством вплоть до развития психоза, повышением температуры тела, тахикардией, повышением показателей А/Д, болями в животе, сопровождающимися тошнотой, диареей, иногда клинической картиной острого живота.

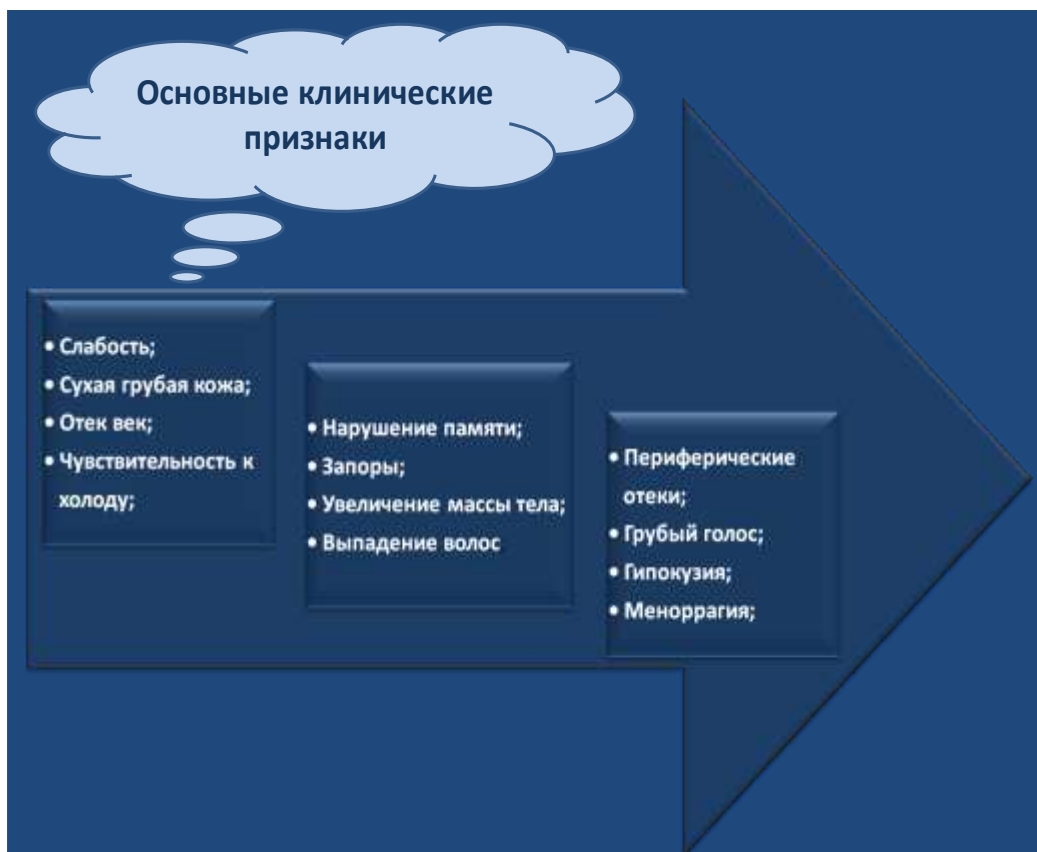


Гипотиреоз (микседема) –

синдром функциональной недостаточности ЩЖ, характеризующийся нервно – психическими расстройствами, отеками лица, конечностей и туловища, брадикардией.

ЭТИОЛОГИЯ

- Первичное поражение ЩЖ: идиопатическая атрофия и аутоиммунный тиреодит Хашимото.
- Субтотальная тиреоидэктомия или лечение радиоактивным йодом тиреотоксического зоба.
- Лекарственное поражение при длительном лечении препаратами йода, лития, амиодароном.



Физикальные признаки гипотиреоза

- Грубые, припухшие черты лица
- Желтоватая, сухая кожа
- Отеки, не оставляющие ямок при надавливании
- Гипотермия
- Брадикардия
- Замедленные глубокие сухожильные рефлексы

Влияние гипотиреоза на системы организма

Сердечно-сосудистая система
Снижение сердечного выброса
Перикардальный выпот
Дыхательная система
Гиповентиляция
Плевральный выпот
Желудочно-кишечный тракт
Запоры
Нервная система
Ухудшении высших функций
Изменение психики (например: психозы, депрессия)
Кровь
Нормохромная (у детей часто гипохромная)
нормоцитарная анемия

Сахарный диабет (СД) –

заболевание, характеризующееся постоянным повышением содержания в крови глюкозы (гипергликемия), проявляющееся глюкозурией, полиурией, полидипсией, нарушениями липидного (гиперлипидемия, дислипидемия), белкового (диспротеинемия), и минерального (например, гипокалиемия) обменов и развитием осложнений.



Таблица Критерии диагностики сахарного диабета при пероральной пробе толерантности к глюкозе

Концентрация глюкозы			
	Венозная цельная кровь	Капиллярная цельная кровь	Венозная плазма
Сахарный диабет			
Натощак	> 6,7	> 6,7	> 7,8
Через 2 часа после нагрузки глюкозой	> 10,0	> 11,1	> 11,1
Нарушение толерантности к глюкозе			
Натощак	< 6,7	< 6,7	< 7,8
Через 2 часа после нагрузки глюкозой	6,7 – 10,0	7,8 – 11,1	7,8 – 11,1

Примечание: При отсутствии симптомов для подтверждения клинического диагноза необходимо, >по крайней мере, одно дополнительное подтверждение повышенной концентрации глюкозы, например, - выявление повышения гликемии >11,1 ммоль/л через 1 час после нагрузки

Основные клинические проявления

1. Полиурия и полидипсия

2. Необъяснимое потеря массы тела

3. Инфекционное поражение кожи, влагалища и мочевого тракта

4. Нечеткость зрения

Осложнение сахарного диабета



Диабетическая кетоацидотическая кома –

неотложное состояние, развивающееся в результате абсолютного или относительного (редко) дефицита инсулина, характеризующееся гипергликемией, метаболическим ацидозом и электролитными нарушениями. Этот вид комы возникает при несвоевременном (позднем) начале лечения СД I типа, увеличении потребности в инсулине при инфекционных заболеваниях, отравлениях, хирургической операции, травме, беременности.

Клинические проявления комы:

Жажда, полиурия, боли в эпигастральной области, диспептические признаки, головные боли с бессонницей

Клонические судорги, сонливость, безразличие к окружающим, потеря сознания

Гиперосмолярная (некетонемическая) диабетическая кома –

кома с гипергликемией, гипернатриемией, гиперхлоремией и азотемией, обусловленная резким повышением осмолярности плазмы крови без повышения содержания кетоновых тел на фоне резкой дегидратации организма. Чаще развивается у лиц СД II типа, в результате присоединения острых инфекций, обострения хронических заболеваний, стрессовых ситуаций.

Клинические проявления

Жажда, полидипсия, полиурия, выраженные водно-электролитные расстройства с олигоурией и азотемией

Коматозное состояние сочетается с резкой дегидратацией и признаками очагового поражения нервной системы

Возникает тахикардия, снижается АД. Содержание глюкозы в крови достигает 40 ммоль/л и более. Кетоацидоз отсутствует.

Гипогликемическая кома –

развивается у больных СД при передозировке инсулина, повышенной и нерегулярной физической нагрузке. Кома развивается быстро, иногда в течение нескольких минут. Ей предшествует ощущение голода, слабость, потливость, дрожь во всем теле, двигательное возбуждение



Раздаточные материалы

Тестовые вопросы

Методы обследования больных с заболеваниями органов пищеварения. Расспрос, анамнез, общий осмотр и осмотр полости рта.

1. Что означает «Дисфагия»

- * нарушение прохождения пищи по пищеводу
- нарушение прохождения пищи по желудку
- нарушение прохождения пищи по 12 перстной кишки
- все верно

2. Ощущение жжения в эпигастральной области и за грудиной

- * изжога
- Тошнота
- Рвота
- Все верно

3. На латыне изжога

- * pyrosis
- Nausea
- Emesis
- Vomitus

4. Рефлекторный акт, связанный с раздражением блуждающего нерва, проявляющийся трудноопределяемым своеобразным тягостным чувством давления в подложечной области

- * тошнота
- Изжога
- Рвота
- Все верно

5. Тошнота на латыне

- * Nausea
- pyrosis
- Emesis
- Vomitus

6. Это сложный рефлекторный акт, во время которого проис.непроизвольное выбрасывание содержимого желудка через пищевод, рот, а иногда через носовые ходы.

- * Рвота
- Изжога
- тошнота
- отрыжка

7. Что означает слова «eructatio»

- * отрыжка воздухом
- Отрыжка пищей
- Извращение вкуса
- Нарушение аппетита

8. Что означает слова «regurgitatio»

- * Отрыжка пищей
- отрыжка воздухом
- Извращение вкуса
- Нарушение аппетита

9. Рвота после еды наблюдается через сколько мин, при язве и раке кардиального отдела желудка и при остром гастрите

- * 10-15 мин
- 5-10 мин

20-25 мин

2-3 мин

10. При язве привратника или двенадцатиперстной кишки рвота наблюдается через сколько часов после еды

* 4-6 ч

2-3 ч

1-2 ч

0,30-1 ч

11. Перевидите слова «haematemesis»

* кровавая рвота

Дегтеобразный стул

Нарушение аппетита

Отравление

12. Перевидите слова «melaena»

* Дегтеобразный стул

кровавая рвота

Отравление

Нарушение аппетита

13. Что означает чистый и влажный язык

* неосложненная язвенная болезнь

осложненная язвенная болезнь

при остром панкреатите

все верно

14. О каком заболевании идет речь когда язык облаженный серо-белым налетом

* острый гастрит

Язва желудка

Острый панкреатит

Все верно

15. При каких заболеваниях наблюдается атрофический язык со сглаживанием сосочков

* все верно

При раке желудка

При атрофическом гастрите с выраженным снижением секреторной функции желудка

При недостаточности вит. Группы В.

16. Длительный прием каких лекарств раздражают слизистую оболочку желудка

* все верно

Ацетилсалициловая кислота

Солицилат натрия

Стероидные гормоны

17. Больные страдающие заболеваниями желудка, предъявляют какие жалобы

* все верно

Нарушение аппетита

Извращение вкуса

Отрыжка, изжога, тошнота, рвота

18. Кровавая рвота наблюдается при каких болезнях желудка

* все верно

Язвенной болезни

Раке и полипах желудка

Эрозивном гастрите

19. Для каких заболеваний желудка наблюдается сезонность болей, т.е. появление периодических болей весной и осенью.

* язвенной болезни

Эрозивном гастрите
Полипах желудка
Нет ответа

20. При каком заболевании желудка (ЖКТ) боли возникают тотчас после приёма обильного количества пищи независимо от ее качества.

- * при перигастрите
- При раке желудка
- При эрозивном гастрите
- При язвенной болезни желудка

21. Какими проявлениями сопровождается тошнота

- * все верно
- Побледнением кожных покровов
- Снижением АД
- Головокружением

22. На распад каких веществ указывает на наличие тухлой отрыжки

- * распад белковых веществ
- Распад углеводов
- Распад жиров
- Все верно

23. При каком заболевании ЖКТ аппетит часто повышен

- * при язве двенадцатиперстной кишки
- При ахлоргидрии
- При Сарколии
- При изжоги

24. Появление чувства тяжести в эпигастрии после приема пищи характерно для:

- * атонии желудка
 - повышения тонуса желудка
 - дуоденально-гастрального рефлюкса
 - хронического холецистита
25. Появление "мелены" характерно для:
- * кровотечения из сигмовидной кишки
 - желудочного кровотечения.
 - длительного приема препаратов висмута
 - дизентерии

26. Для пищеводной рвоты не характерно:

- * рвота непереваренной пищей
- наличие тошноты.
- отсутствие тошноты
- высокое Ph рвотных масс

27. Для механизма изжоги обязательно наличие:

- * наличие эзофагита
- дуоденально-гастральный рефлюкс
- спазм мускулатуры пищевода
- язвенной болезни желудка

28. Дисфагия при приеме жидкости характерна для:

- * функциональной дисфагии
- атонии пищевода
- ахалазии кардии
- рака пищевода

29. Для боли при язвенной болезни 12 - перстной кишки характерно:

- * появление через 1,5-2 часа после еды
- появление через 15 минут после еды
- облегчение боли после рвоты
- усиление боли после приема пищи

30. ПРИ СТЕНОЗЕ ПРИВРАТНИКА ХАРАКТЕРНА ОТРЫЖКА:

- * "тухлыми яйцами"
- горьким
- пищей
- воздухом

31. Для ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА ХАРАКТЕРНА БОЛЬ В ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ:

- *ранняя
- ночная
- голодная
- поздняя

32. Отвращение к мясным блюдам свойственно больным:

- * Раком желудка
- Хроническим гастритом
- Язвенной болезнью желудка
- Язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки

22 Осмотр живота. Пальпация органов брюшной полости. Пальпация желудка и кишечника. Пальпация печени, селезёнки и почек. Лабораторное занятие: исследование желудочного сока и желчи. Исследование желудочного сока: определение общей кислотности, свободной, связанной, соляной кислоты методом титрования. Дуоденальное зондирование, макро и микроскопическое исследование трёх порций желчи. Диагностическое значение.

1. Для острого панкреатита характерно вынужденное положение:

- * лежа на животе
- лежа на спине
- лежа на левом боку с поджатыми ногами
- лежа на правом боку с поджатой правой ногой

2. Для острого гастрита характерно:

- * ранний болевой синдром
- рвота накануне съеденной пищей
- рвота "кофейной гущей"
- мелена

3. Наличие постоянного чувства тяжести в эпигастральной области обусловлено:

- * повышением тонуса желудка
- атонией пищевода
- ахлазией кардии
- понижением тонуса желудка

4. Для цирроза печени с портальной гипертензией не характерно:

- * дисфагия
- "пергаментная кожа"
- гепатоспленомегалия
- наличие головы медузы

5. Причиной атонического запора у больных с язвой двенадцатиперстной кишки является:

- * злоупотребление препаратами атропина
- преобладание тонуса n. vagus
- гипергастринемия
- злоупотребление препаратами атропина

симпатикотония
гиперхлоргидрия

6. Дисфагия при приеме жидкости характерна для:
- * функциональной дисфагии
 - атонии пищевода
 - ахалазии кардии
 - стриктуры пищевода
7. Быстро увеличивающаяся и каменисто-плотная печень выявляется при одном из заболеваний:
- * первичном раке печени
 - хроническом активном гепатите
 - хроническом персистирующем гепатите
 - при прогрессировании недостаточности кровообращения
8. Чувство горечи во рту по утрам обусловлено:
- * дуодено-гастральным и гастро-эзофагеальным рефлюксом
 - гиперсекрецией добавочных желез
 - дуодено-гастральным рефлюксом
 - ахалазией кардии
9. Для больных циррозом печени нехарактерно появление:
- * лимонно-желтого цвета кожных покровов
 - "сосудистых звездочек"
 - печеночных ладоней
 - гинекомастии
10. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ В ФАЗУ ОБОСТРЕНИЯ НЕ НАБЛЮДАЕТСЯ:
- * симптом Курвуазье
 - симптом Мюсси
 - симптом Василенко
 - симптом Ортнера
11. ПОЯВЛЕНИЕ ТЕЛЕАНГИОЭКТАЗИЙ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:
- * цирроза печени
 - желчекаменной болезни
 - вирусного гепатита
 - хронического холецистита
12. ТЕНЕЗМЫ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ:
- * прямой кишки
 - слепой кишки
 - поперечно-ободочной кишки
 - тонкой кишки
13. ДЛЯ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ХАРАКТЕРНО:
- * повышение уровня прямого билирубина
 - снижение уровня щелочной фосфатазы
 - повышение уровня аспартатаминотрансферазы -АСТ
 - повышение уровня прямого и непрямого билирубина
14. СИМПТОМ КУРВУАЗЬЕ МОЖЕТ ПОЯВЛЯТЬСЯ ПРИ:
- * раке головки поджелудочной железы
 - циррозе печени
 - раке печени
 - хроническом холангите
15. ДЛЯ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ ХАРАКТЕРНО ВСЕ. КРОМЕ:
- * "мелена"
 - бледность кожных покровов
 - слабость

головокружение

16. ДЛЯ ХОЛЕСТАЗА НЕ ХАРАКТЕРНО:

* Наличие "сосудистых звездочек"

Увеличение холестерина крови

Увеличение щелочной фосфатазы крови

Наличие ксантелазм

17. ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ НЕ НАБЛЮДАЕТСЯ:

* "Львиное лицо"

Пальмарная эритема

Телеангиоэктазии на коже

"Пергаментная" кожа

18. ПРИ ОСМОТРЕ БОЛЬНОГО ВЫЯВЛЕНА ГИПЕРЕМИЯ ЛАДОНЕЙ, ЯЗЫКА, "СОСУДИСТЫЕ ЗВЕЗДОЧКИ".
ЗАПОДОЗРЕН:

* Цирроз печени

Хронический холецистит

Эхинококк печени

Алкогольный гепатоз

19. Для диареи при органических заболеваниях тонкого кишечника характерны все перечисленные признаки, кроме одного:

* Наличие императивных позывов на дефекацию .

Увеличенный разовый объем стула.

Увеличенный суточный объем стула .

Диарея, в том числе и в ночные часы .

20 . Для механической желтухи характерно все нижеперечисленное, за одним исключением:

* Резко положительная реакция на уробилин

Очень высокий общий билирубин

Преобладание прямого билирубина

Обесцвеченный кал

21. Положение лежа на животе или в коленно-локтевом положении занимают больные при одном из заболеваний:

* Рак поджелудочной железы

Язвенная болезнь желудка

Острый аппендицит

Почечно-каменная болезнь

22. Значительное количество сосудистых звездочек обычно выявляется при всех перечисленных заболеваниях, кроме одного:

* Хронический калькулезный холецистит

Обострение хронического вирусного гепатита

Активный цирроз печени

Активный лекарственный гепатит

23. Появление тянущих, распирающих, тупых постоянных болей в правом подреберье связано с:

* Растяжением глиссоновой капсулы печени при ее увеличении

Спазмом сфинктера Одди

Спазмом мускулатуры желчного пузыря

Спазмом сфинктера желчного пузыря

24. СТУЛ "МЕЛЕНА" МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ:

* язве двенадцатиперстной кишки

неспецифическом язвенном колите

геморрое

раке прямой кишки

25. ДЛЯ ЭНТЕРИТА НЕ ХАРАКТЕРНО:

- * обильный стул

частый стул до 10-20 раз в сутки
кашицеобразный стул
зловонный стул

26. ДЛЯ СТЕНОЗА ПРИВРАТНИКА ХАРАКТЕРНО ВСЕ, КРОМЕ:

- * голодные боли в эпигастриальной области

рвота пищей, съеденной накануне
смещение границы большой кривизны желудка вниз
шум плеска

27. "КИНЖАЛЬНАЯ" БОЛЬ В ЭПИГАСТРИАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ СЛЕДУЮЩЕГО ОСЛОЖНЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ:

- * перфорация
- пенетрация
- малигнизация
- кровотечение

28. Для диареи вследствие заболевания дистальных отделов толстого кишечника характерно все перечисленное, кроме одного:

- * Диарея только в утренние часы

Малый разовый объем стула
Наличие в кале слизи
Императивные и частые позывы к дефекации

29. Болезненность при поколачивании локтевой стороной ладони по реберной дуге в зоне проекции желчного пузыря - это положительный симптом:

- * Ортнера
- Василенко
- Захарьина
- Мерфи

30. Для язвенной болезни двенадцатиперстной кишки характерны все перечисленные симптомы, кроме одного:

- * Компенсированное ощелачивание в антральном отделе и в двенадцатиперстной кишке.

"Голодные боли"
"Поздние" боли
Высокая кислотность желудочного сока

31. Для рака желудка характерны все признаки, кроме одного:

- * Непрерывное кислотообразование высокой интенсивности

Резкое снижение аппетита
Отвращение к мясу
Наличие "вирховской железы"

32. О чем свидетельствует зуд кожи при заболеваниях печени:

- а. наличие дуодено-гастрального рефлекса
- б. увеличение желчных кислот в крови на фоне выраженного холестаза
- в. нарушение белковообразовательной функции печени
- г. сердечная недостаточность на фоне сопутствующей миокардиодистрофии
- д. снижение дезинтоксикационной функции печени по отношению к продуктам распада белков

Инструментальные методы исследования органов пищеварения (рентгенологическое, эзофагогастродуоденофиброскопия, ректороманоскопия, колоноскопия). Симптоматология гастритов (острого и хронического).

1. Эндоскопическое исследование желудка и 12п. кишки.

- А)* гастродуоденоскопия
- Б) гастроскопия

В) энтероскопия

Г) гастрогрфия

2.Сколько % раствором анестезируют глотку и ротовую полость при фиброгастродуоденоскопии

А)*3%

Б)5%

В)10%

Г)0,5%

3) Какое вещество должен употребить больной при рентгенологическом исследовании.

А)*барийсульфат

Б) кальций сульфат

В) натрий хлор

Г) калий сульфат

4) Укажите цвет нормальной слизистой оболочки желудка.

А) *от бледно-розового до красного

Б) от коричневого до красного

В)от красного до желтого

Г)от пепельного до золотистого

5) Фотографирование слизистой оболочки желудка можно производить с помощью специальных фотокамеры —

А)*фотогастрографа

Б) фотографа

В) фотоэнтероскопа

Г)фотомонографа

6.При помощи какого прибора делают визуальную биопсию?

А)* фиброгастроскоп

Б) эндоскоп

В) неагастроскоп

Г) энтерогастроскоп

7. Воспаление слизистой оболочки желудка?

А)* гастрит

Б) колит

В) энтерит

Д) дуоденит

8. Gastritis acuta — это

А)*острый гастрит

Б) хронически гастрит

В)смешанный гастрит

Г) гипоацидный гастрит

8. При каком гастрите назначают антибиотики?

А)*флегмонозном

Б)коррозивном

В)остром

Г)хроническом

9.Гастрит который чаще встречается у мужчин?

А)*острый

Б)флегмонозный

В) хронический

Г) катаральный

10.Кто предложил классификацию хронического гастрита?

А)*Рысс

Б)Рысаков

В)Коновалов

Г)Петров

11.Основной синдром хронического гастрита

А)* желудочная диспепсия

Б) кишечная диспепсия

В) метеоризм

Г) понос

12. Нарушение выработки пепсина?

А) *ахилия

Б) ахлоргидрия

В) ахалазия

Г) адинамия

13. Какие средства применяются при спастических и болевых синдромах желудка?

А) *спазмолитики

Б) седативные

В) препараты желудочного сока

Г) кислотные

14. Какие средства применяются при анацидных гастритах в виде заместительной терапии?

А) *препараты желудочного сока

Б) седативные

В) спазмолитические

Г) кислотные

15. Что наблюдается при осмотре живота у больного с хроническим гастритом?

А) *вздутие

Б) выбухание

В) боль

Г) покраснение

16. Полное отсутствие свободной соляной кислоты в желудочном соке?

А) *ахилия

Б) ахлогидрия

В) ахалазия

Г) адинамия

17. Какую инъекцию делают больному при фиброгастродуоденоскопии?

А) *атропина сульфат

Б) барий сульфат

В) калий сульфат

Г) натрий сульфат

18. За сколько минут до гастроскопии делают инъекцию атропина сульфата?

А) *30

Б) 10

В) 45

Г) 60

19. Gastritis corrosive –это

А) *коррозивный гастрит

Б) молниеносный гастрит

В) острый гастрит

Г) флегмонозный гастрит

20. Gastritis flegmonosa - это.....

А) *флегмонозный гастрит

Б) молниеносный гастрит

В) коррозивный гастрит

Г) острый гастрит

21. Когда производят гастроскопию?

А) *утром натощак

Б) вечером

В) в полдень

Г) не имеет значения когда.

22) Укажите осложнение гастроскопии

- А)* прободение желудка
- Б) изъязвление желудка
- В) увеличение объёма желудка
- Г) уменьшение объёма желудка

23. На каком принципе основана спая биопсия?

- А) *аспирация
- Б) инспирация
- В) дивертикуляция
- Г) пептизация

24. Нарушения прохождения пищи по пищеводу это -

- А)* дисфагия
- Б) срыгивание
- В) эзофагит
- Г) изжога

25. Возращение части принятой пищи обратно в полость рта это -

- А)*срыгивание
- Б) дисфагия
- В) эзофагит
- Г) изжога

26. Острые воспаления слизистой оболочки пищевода это -

- А)*эзофагит
- Б) дисфагия
- В) гиперкинез
- Г) срыгивания

27. Своеобразное болезненное жгучее ощущение за грудиной это -

- А)*изжога
- Б) эзофагит
- В) срыгивание
- Г) дисфагия

28. Усиление перистальтики это -

- А)*гиперкинез
- Б) гипокинез
- В) акинез
- Г) гипотонус

29. Отсутствие мышечного тонуса?

- * Атония
- Пилороспазм
- Гиперкинез
- Гипотония

30. Отсутствие свободной HCL в желудочном соке* \?

- *Ахлоргидрия
- Атония
- Гипотония
- Гипокинез

31. Повышение аппетита?

- *Булимия
- Кахексия
- Анорексия
- Аэрофагия

32. Усиление перистальтики?

* Гиперкинез

Гипокинез

Атония

Симптоматология ГЭРБ. Современные методы диагностики : лабораторные и инструментальные

1. Сопровождается ли изжога у здорового человека при попадании в пищевод желудочное содержимое

* нет

Да

Иногда

Случайно

2. Укажите виды ГЭРБ

* эрозивная и не эрозивная

эрозивная

не эрозивная

язвенная

3. Основным симптом при изжоге

* боль

кашель

мокрота

судороги

4. Симптомы ГЭРБ:

* все ответы верны

изжога

метеориз

рвота

5. К осложнениям ГЭРБ относят:

* язвы и метоплазия клеток пищевода

метоплазия клеток пищевода

атрофия клеток пищевода

кардиосклероз

6. ГЭРБ – это заболевание

* ЖКТ

ССС

почек

печени

7. Эзофагит это...

* воспаление слизистой оболочки пищевода

Воспаление серозной оболочки пищевода

воспаление слизистой оболочки желудка

воспаление серозной оболочки желудка

8. В какую часть пищевода забрасывается желудочное содержимое (НСЛ)

* в нижнюю треть пищевода

в верхнюю треть

в среднюю треть

в верхнюю и в среднюю треть

9. Сколько % случаев кислый рефлюкс комбинируется со щелочным

- * 10%
- 20%
- 5%
- 25%

10. Как изменяется давление в пищеводе при поступление пищи в желудок

- * повышается
- Снижается
- Не изменяется
- Все ответы верны

11. Осложнениями ГЭРБ могут быть....

- * хронический кашель
- Хроническая рвота
- Гипертоническая болезнь
- Заболевание кишечника

12. Внепищеводные симптомы ГЭРБ подразделяются на

- * Все ответы верны
- Желудочные
- Легочные
- Кардиальные

13. Легочная симптоматика проявляется

- * кашлем
- Выделением мокроты
- хрипом
- эмфиземой

14. Каким методом пользуются для диагностики ГЭРБ

- * эндоскопическим
- Рентгенологическим
- Рентгеноскопическим
- Томографией

15. Для лечения ГЭРБ используют препараты

- * H2 блокаторы
- Диуретики
- Витамины
- Антибиотики

16. Сколько степени выделяют по классификации РЭ

- * 4
- 5
- 6
- 7

17. Другие причины в развитии ГЭРБ являются

- * Все ответы верны
- Склеродермия
- Беременность
- Курение

18. Какой приступ может спровоцировать ГЭРБ

- * рефлекторной стенокардии
- Приступ ревматизма
- Перекардита
- Пелонефрита

19. Лабор. методом исследованием ГЭРБ входят

- * анализ крови и резус фактор
- анализ мочи
- анализ крови
- резус фактор

20. Цели лечения ГЭРБ

- * Все ответы верны
- Купирование клинических симптомов
- Заживление эрозий
- Устранение осложнений

21. Для пищеводной рвоты не характерно:

- * наличие тошноты
- отсутствие тошноты
- высокое Ph рвотных масс
- рвота непереваренной пищей

22. Чувство горечи во рту по утрам обусловлено:

- * дуодено-гастральным и гастро-эзофагеальным рефлюксом
- гиперсекрецией обкладочных желез
- гиперсекрецией добавочных желез
- дуодено-гастральным рефлюксом

23. ПРИ СТЕНОЗЕ ПРИВРАТНИКА ХАРАКТЕРНА ОТРЫЖКА:

- * "тухлыми яйцами"
- горьким
- пищей
- воздухом

24. РВОТА ПИЩЕЙ, СЪЕДЕННОЙ НАКАНУНЕ, БЫВАЕТ ПРИ:

- * Стенозе привратника
- Хроническом гастрите
- Язвенной болезни желудка
- Раке кардиального отдела желудка

25. СПАЗМ ПИЩЕВОДА В ОТВЕТ НА ЖЕЛУДОЧНО-ПИЩЕВОДНЫЙ РЕФЛЮКС ВЫЗЫВАЕТ ЖАЛОБУ НА:

- * Изжогу.
- Тошноту
- Отрыжку воздухом
- Рвоту

26. ДЛЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСФАГИИ НЕ ХАРАКТЕРНО:

- * Затруднение прохождения в основном твердой пищи
- Отрыжка воздухом
- Усиление дисфагии после волнения
- Более частое возникновение в молодом возрасте

27. ПРИ ПАЛЬПАЦИИ ПРИВРАТНИКА НАБЛЮДАЕТСЯ:

- * Симптом "качелей".
- Шум "плеска"
- Шум "мышинного писка"
- Симптом "плавающей льдинки"

28. ДЛЯ СТЕНОЗА ПРИВРАТНИКА ХАРАКТЕРНО ВСЕ, КРОМЕ:

- * голодные боли в эпигастральной области
- рвота пищей, съеденной накануне
- смещение границы большой кривизны желудка вниз
- шум плеска

29. Рвота натошак слизью, либо вскоре после еды наблюдается при:

- * Гастрите

язвенной болезни двенадцатиперстной кишки
дуодените
раке желудка

30. метод диагностики ГЭРБ, кроме?

* Холицистография

Тест с ингибитором протонной помпы.

24 часовый внутрипищеводный pH мониторинг

Хромоэндоскопия пищевода.

31. Одинофагия – это?

* боль при глотании и во время прохождения пищи по пищеводу

ощущение затруднения или препятствия при прохождении пищи.

ощущение жжения за грудиной, поднимающееся из подложечной области вверх

ощущением кислого привкуса во рту.

32. Тяжелое течение ГЭРБ часто приводит к следующим осложнениям , кроме?

* Дивертикул пищевода

Эзофагит, эрозии и язвы пищевода.

Сужение пищевода (стриктура).

Пищевод Баррета

Симптоматология язвенной болезни желудка и 12 перст-ной кишки. Симптоматология энтеритов и колитов. Лабораторное занятие: исследование кала.

1. К желудочной диспепсии относится все, кроме :

* метеоризм

ощущение переполненности желудка

аэрогастрия

аэрофагия

2. К кишечной диспепсии относится все, кроме:

* аэрофагия

метеоризм

запоры

поносы

3. Для синдрома кислой диспепсии характерно:

* кислая отрыжка, срыгивание кислым, изжога

базальная кислотная продукция 1,2 мэкв\ч, стимулированная кислотная продукция 2,2 мэкв\ч

ахлоргидрия

наклонность к поносам

4. Синдром кислой диспепсии характеризуется:

* базальная кислотная продукция 13 мэкв\ч и более, стимулированная кислотная продукция 36 мэкв\ч и более

отрыжка "тухлым яйцом"

плохая переносимость молока

горькая отрыжка

5. При синдроме "вялого желудка" выявляются:

* нарушение моторики желудка, гипотоничность, гетерохилия

отрыжка кислым

содофагия

дисфагия

6. Характерными признаками ахилического синдрома являются:

* тошнота, снижение аппетита

базальная кислотная продукция не менее 1,5 мэкв\ч, стимулированная субмаксимальная кислотная продукция не менее 8 мэкв\ч
кислая отрыжка
содофагия

7. Ахилический синдром может проявляться симптомами:

* плохой запах изо рта, горькая отрыжка, отрыжка "тухлым яйцом", непереносимость молока, поносы

базальная кислотная продукция 2 мэкв\ч, стимулированная кислотная продукция 10 мэкв\ч
изжога, запоры
"волчий голод"

8. Боли при язвенной болезни характеризуются всеми признаками, кроме:

* периодичность
сезонность
постоянство
типичная локализация

9. При язвенной болезни желудка "ранние боли" появляются после приема пищи через:

* 15-30 мин
60-70 мин
60-120 мин
120-150 мин

10. При язвенной болезни 12-ти перстной кишки "поздние боли" появляются после приема пищи через:

* 60-120 мин
15-30 мин
30-40 мин
40-60 мин

11. Симптома Гербста проявляется:

* болезненностью в области поперечных отростков III поясничного позвонка
болезненностью в области XI-XII грудных позвонков
болезненностью в области I-II поясничных позвонков
болезненностью в области IX-X грудных позвонков

12. Для симптома Боаса характерна:

* болезненность в области XI-XII грудных позвонков
болезненность в области поперечных отростков III поясничного позвонка
болезненность в области IX-X грудных позвонков
болезненность в области X-XI грудных позвонков

13. К причинам возникновения язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки относится все, кроме:

* колит
отрицательные эмоции
курение
злоупотребление алкоголем

14. К типичным жалобам больных с язвенной болезнью желудка относятся все, кроме:

* изжога
"ранние боли"
усиление болей при употреблении острой и кислой пищи
локализация болей в эпигастрии

15. К характерным жалобам больных с язвенной болезнью 12-перстной кишки относятся все, кроме:

* снижение аппетита

"поздние" боли
"голодные", ночные боли
рвота на высоте пищеварения

16. К характерным симптомам язвенной болезни желудка относятся все, кроме:

- * локализация боли в эпигастриальной области, слева от пупка
- локальные боли в подложечной области выше пупка
- положительный симптом Менделя
- нормальная или сниженная кислотность желудочного содержимого

17. При язвенной болезни 12-перстной кишки могут выявляться все симптомы, кроме:

- * локальные боли в пилородуоденальной зоне
- боли в левом подреберье
- положительный симптом Менделя
- высокая кислотность желудочного сока

18. К осложнениям язвенной болезни относится все, кроме:

- * эритроцитоз
- стеноз привратника
- пенетрация
- перфорация

19. К характерным признакам язвенного кровотечения относится все, кроме:

- * положительный симптом Боаса
- рвота "кофейной гущей"
- положительная реакция Грегерсена
- коллаптоидное состояние

20. К характерным признакам язвенной перфорации относится все, кроме:

- * "лицо Корвизара"
- резкая кинжальная боль в эпигастрии
- вынужденное положение тела
- брадикардия, сменяющаяся тахикардией

21. Признакам язвенной малигнизации являются все, кроме:

- * изжога
- переход периодических болей в постоянные
- снижение аппетита, отвращение к пище
- похудание

22. На развитие стеноза привратника указывают все признаки, кроме:

- * мелена
- обильная утренняя рвота с остатками пищи, принятой накануне, в рвотных массах
- отрыжка "тухлым яйцом"
- перистальтические движения желудка при осмотре

23. Базальная кислотная продукция, превышающая 10-11 мэкв\ч, а стимулированная максимальная кислотная продукция более 26 мэкв\час характерны для:

- * язвенной болезни 12-перстной кишки
- язвенной болезни желудка
- малигнизации язвы желудка

24. Гистаминрефрактерная ахлоргидрия характерна для:

- * язвенной болезни желудка
- язвенной болезни 12-перстной кишки
- стеноза привратника

25. Голодные, ночные, "поздние" боли, изжога, рвота на высоте болей, приносящая облегчение, положительные симптомы Менделя, Гербста характерны для:

- * обострение язвенной болезни 12-перстной кишки.

обострение язвенной болезни желудка.

обострение хронического гастрита с повышенной секреторной функцией

26. Обнаружение при микроскопии кала лейкоцитов, эритроцитов, слизи, кишечного эпителия свидетельствует о

- * дистальный колит
- кишечная диспепсия
- панкреатогенная диспепсия
- гепатогенная диспепсия

27. Кашицеобразный или жидкий кал, резко щелочной реакции, со зловонным запахом, большим количеством соединительной ткани, растительной клетчатки, поперечно исчерченных мышечных волокон, бактерий наблюдается при

- *гастрогенная диспепсия
- гепатогенная диспепсия
- панкреатогенная диспепсия
- кишечная бродильная диспепсия

28. Умеренная полифекалия, оформленный или кашицеобразный кал, серовато-белого цвета, с затхлым зловонным запахом, с кислой реакцией, с обилием жирных кислот и мыл, небольшим количеством нейтрального жира, имеет место:

- * гепатогенная диспепсия
- гастрогенная диспепсия
- панкреатогенная диспепсия
- кишечная бродильная диспепсия

29. Кал кашицеобразной консистенции, пенистый, светложелтый, с кислым запахом, с кислой реакцией, содержащий большое количество перевариваемой и неперевариваемой клетчатки, иодофильную флору, внутриклеточные крахмальные зерна, характерен для:

- *кишечная бродильная диспепсия
- гастрогенная диспепсия
- гепатогенная диспепсия
- панкреатогенная диспепсия

30. Полифекалия, кал серого или желто-зеленого цвета, маслянистого вида, пенистый, с запахом прогорклого масла, щелочной реакции, с большим количеством нейтрального жира, мышечных волокон II и III степени переваривания, скоплениями внеклеточного

крахмала, наблюдается при

- * панкреатогенная диспепсия
- гастрогенная диспепсия
- гепатогенная диспепсия
- кишечная бродильная диспепсия

31. При рентгенологическом исследовании тонкой кишки со взвесью

- * перистый рисунок слизистой оболочки
- сульфата бария в норме выявляется:
ограниченные выпячивания - дивертикулы
дефекты наполнения

32. Ректороманоскопия позволяет производить непосредственный осмотр слизистой оболочки

- * прямой и сигмовидной кишок
- прямой кишки
прямой, сигмовидной и нисходящей кишок
любого отдела толстого кишечника

Расспрос больных с заболеваниями печени и желчевыводящих путей (жалобы, анамнез), осмотр, пальпация и перкуссия. Понятие об основных клинических синдромах: желтуха, портальная гипертензия, печеночная недостаточность.

1. Ведущим симптомом при заболеваниях печени является:
 - * гепатомегалия
 - спленомегалия
 - болезненность при пальпации в правом подреберье
 - асцит
2. Основными жалобами при заболеваниях печени являются все, кроме:
 - * головные боли
 - боль в правом подреберье
 - диспептические явления
 - желтуха
3. Приступообразные боли в правом подреберье чаще всего наблюдаются при:
 - * желчно-каменная болезнь
 - цирроз печени
 - наследственная доброкачественная гипербилирубинемия
 - абсцесс печени
4. Причинами боли в правом подреберье при циррозе печени могут быть все, кроме:
 - * очаги некроза в глубине печеночной ткани
 - растяжение глассоновой капсулы увеличенной печенью
 - наличие очагов некроза, близко расположенных к капсуле
 - сопутствующие заболевания желчных путей воспалительного характера
5. Наиболее характерными изменениями кожи при циррозе печени являются все, кроме:
 - * цианоз
 - гладкая, тонкая, пергаментная кожа
 - желтушный оттенок кожи и слизистых оболочек различной интенсивности
 - ксантелазмы и ксантомы
6. Характерным пальпаторным признаком цирроза печени является:
 - * плотной консистенции, край острый, поверхность ровная или мелкобугристая
 - край ровный, мягкой консистенции
 - поверхность бугристая, край неровный
 - ничего из перечисленного
7. Причиной механической (подпеченочной) желтухи является:
 - * все вышеперечисленное
 - камни общего желчного протока
 - стриктура Фатерова соска
 - рак головки поджелудочной железы
8. Гемолитическая желтуха сопровождается всеми признаками, кроме:
 - * анемия с ретикулоцитозом
 - увеличением содержания в крови непрямого билирубина
 - уробилинурией
 - билирубинурией
9. Для синдрома цитолиза, развивающегося при вирусном гепатите и других острых повреждениях печени, характерно:
 - * высокая активность АСТ, АЛТ, ЛДГ, повышение активности печеночно-специфических ферментов;
 - повышение активности щелочной фосфатазы, гиперхолестеринемия, гипербилирубинемия
 - снижение уровня альбумина, протромбина, холестерина, гипербилирубинемия
 - повышение уровня гамма-глобулинов, повышение уровня иммуноглобулинов;
10. К лабораторным тестам, отражающим синтетическую функцию печени относятся все, кроме:
 - * содержание меди;
 - уровень альбуминов в крови;
 - содержание протромбина, проконвертина и других факторов свертывания крови;
 - содержание холестерина, фосфолипидов.

11. Для какого вида желтухи характерна преимущественно прямая (конъюгированная) гипербилирубинемия:

- *механическая.
- гемолитическая;
- печеночно-клеточная;
- паренхиматозная

12. Как оценивается выделительная функция печени, если через 45 мин после введения бромсульфалеина его концентрация составляет 10% от исходной:

- не нарушена;
- снижена.
- повышена
- нарушена

13. Из перечисленных показателей маркером холестаза является:

- бромсульфалеиновая проба;
- уровень гамма-глобулинов;
- активность аминотрансфераз;
- уровень алфа-глобулинов;

14. При каком заболевании наблюдается увеличение прямого и непрямого билирубина:

- * желчно-каменная болезнь
- синдром Жильбера
- активный гепатит
- опухоль поджелудочной железы

15. Из перечисленных показателей о внутрипеченочном холестазе свидетельствует увеличение:

- * уровня аминотрансфераз
- бромсульфалеиновой пробы
- уровня гамма-глобулинов
- уровня ЦФ

16. Какой синдром характеризуется кожным зудом, потемнением мочи, ахолическим стулом, повышением содержания в крови холестерина, билирубина, фосфолипидов, щелочной фосфатазы, 5-нуклеотидазы:

- * синдром цитолиза
- синдром желтухи
- синдром холестаза
- синдром печеночно-клеточной недостаточности

17. Ксантоматоз наблюдается при заболеваниях, сопровождающихся:

- * нарушением холестерина обмена
- нарушением белкового обмена
- нарушением углеводного обмена
- ничего из перечисленного

18. Для синдрома портальной гипертензии не характерно:

- * "голова медузы", асцит
- повышение давления в портальной вене по данным спленоманометрии
- увеличение диаметра V. porte, V. lienalis по данным УЗИ
- расширение вен пищевода и геморроидальных вен по данным эндоскопии

19. Ведущим патогенетическим механизмом образования телеангиэктазий и пальмарной эритемы является:

- * снижение продукции андрогенов
- снижение инактивации эстрогенов
- снижение синтеза факторов свертывающей системы крови
- нарушение инактивации альдостерона

20. К какой патологии приводит врожденная недостаточность глюкуронилтрансферазы:

- * синдром Жильбера

хронический вирусный гепатит
цирроз печени
активный гепатит

21. Для мезенхимально-воспалительного синдрома характерно все, кроме:

- * повышение иммуноглобулинов сыворотки крови
- повышение тимоловой пробы
- снижение сулемовой пробы
- повышение уровня гамма-глобулинов сыворотки крови

22. К какому синдрому приводит снижение массы функционирующей паренхимы печени вследствие некроза:

- * мезенхимально-воспалительному синдрому
- желтухе
- синдрому портальной гипертензии
- синдрому печеночно-клеточной недостаточности

23. Для синдрома гиперспленизма характерно:

- * повышение уровня холестерина, щелочной фосфатазы, билирубина
- увеличение селезенки, анемия, тромбоцитопения, лейкопения
- снижение сулемовой и повышение тимоловой пробы
- повышение активности АЛТ, АСТ

24. Хроническая печеночная недостаточность возникает при:

- * хронических заболеваниях печени
- отравлении гепатотропными ядами
- желчно-каменной болезни
- при тяжелых формах острого вирусного гепатита

25. Для клинической картины печеночной комы характерно все, кроме:

- * амфорическое дыхание
- двигательное беспокойство, клонические судороги
- геморрагический диатез (кровотечение из носа, пищеварительного тракта, кожные кровоизлияния)
- "печеночный" запах

26. Для механической желтухи не характерно :

- * билирубинурия
- значительное нарастание в крови уровня прямого билирубина
- уробилинурия
- отсутствие в кале стеркобилина

27. Нарушение выделения билирубина-глюкуронида из печеночной клетки в желчные капилляры, обусловленное воспалением, некрозом и снижением проницаемости мембран гепатоцитов, вызывает увеличение в крови:

- * прямого билирубина
- непрямого билирубина
- прямого и непрямого билирубина
- не связанного билирубина

28. Нарушение захвата свободного билирубина печеночной клеткой и его связывания с глюкуроновой кислотой вызывает увеличение в крови:

- * прямого билирубина
- непрямого билирубина
- прямого и непрямого билирубина
- не связанного билирубина

29. Утрата способности печеночной клетки захватывать и метаболизировать всосавшийся в кишечнике уробилиноген проявляется:

- * уробилинурией

гипербилирубинемией
билирубинурией
гипобилирубинемией

30. Увеличение содержания в крови эстрогенов при нарушении дезинтоксикационной функции печени проявляется всеми признаками кроме:

* "головой медузы"
сосудистыми звездочками
печеночными ладонями
гинекомастией

31. Какая форма портальной гипертензии обусловлена сдавлением внутripеченочных вен при циррозах, опухолях печени:

* печеночная
надпеченочная
подпеченочная
надпеченочная и подпеченочная

32. Проявление какого синдрома является асцит, "голова медузы", оплемегалия, расширение вен пищевода, желудка, геморроидальных вен:

* портальная гипертензии
гиперспленизма
печеночно-клеточной недостаточности.
Селезеночная недостаточность

Лабораторные и инструментальные методы обследования больных с заболеваниями печени и желчевыводящих путей (холецистография, сканирование печени, УЗИ печени и желчного пузыря). Компьютерная томография. Симптоматология хронических холециститов и гепатитов.

1 Что не является стимулятором желудочной секреции?

*раствор перманганата калия
мясной бульон
раствор кофеина
7% р-р отвара сухой капусты

2 Часовая базальная секреция равна:

*30-150 мм
20-10 мм
10-50 мм
50-200 мм

3 При рентгенологическом исследовании желудка синдром "НИШИ" является прямым признаком:

*язвы желудка
хр гастрита
рака желудка
гастрита

4 При рентгенологическом исследовании желудка дефект наполнения

*рака желудка
является признаком:
язвы желудка
хр гастрита

5 Основным методом исследования при заболеваниях желудка является:

*эндоскопический
рентгенологический
лабораторный

пальпаторный /физический/

6 Ахлоргидрия это:

- *полное отсутствие свободной HCl в желудочном соке
- большое количество свободной HCl в желудочном соке
- уменьшение содержания свободной HCl в желудочном соке
- нормальное содержание свободной HCl в желудочном соке

7 В рак желудка чаще переходит в гастрит с :

- *пониженной секрецией
- повышенной секрецией
- нормальной секрецией
- не имеет значение

8 В желудке чаще всего язвы локализуется:

- *на малой кривизне
- на большой кривизне
- на теле желудка
- в кардинальном отделе

9 Чаще всего язвы желудка встречаются:

- *на малой кривизне
- в кардинальном отделе
- на большой кривизне
- на теле желудка

10 Голодные боли характерны для:

- *язвенной болезни 12 п кишки
- панкреатите
- холепистита
- хр гастрита

11 К осложнениям язвенной болезни относятся все, кроме одного:

- *диарея
- кровотечение
- перфорация
- малигнизация

12 Отрыжка с запахом тухлых яиц характерна для:

- *стеноза привратника
- хр гастрита
- холецистита
- панкреатита

13 Основными жалобами при заболевании кишечника является все, кроме одной:

- *ахлоргидрия
- боли
- метеоризм
- понос

14 Факторы функциональных запоров следующ , кроме одного:

- *механический
- алиментарный
- неврогенный
- токсический

15 "Кардинальный язык" это:

- *чистый и влажный
- обложенный серо-белый налетом, плохо пахнущий
- сухой

малиново-красный со сглаженными сосочками

16 Ректороманоскопия представляет собой металлическую трубку:

- *диаметром 2 см, длиной 35 см
- диаметром 4 см, длиной 40 см
- диаметром 1,5 см, длиной 25 см
- диаметром 3 см, длиной 30 см

17 При ректороманоскопии больной находится:

- *в коленно-локтевом положении
- на правом боку
- на спине
- на левом боку

18 Колоноскопия имеет длину:

- *86-186 см
- 80-150 см
- 60-90 см
- 90-200 см

19 Нормальное количество кала за сутки:

- *100-200 г
- 20-30 г
- 50-70 г
- 30-60 г

20 "Овечий кал" характерен для следующих заболеваний:

- *спастический колит
- хр энтерит
- панкреатит
- хр гастрита

21 Ахолический кал является следствием:

- *нарушение желчевыделения
- обильного содержания жира в кале
- нарушение всасывания воды в кишечнике
- обильного содержания мышечных волокон в кале

22 Стеаторея это:

- *большое содержание в кале нейтрального жира
- большое содержание слизи
- большое содержание паразитов
- большое содержание в кале мышечных волокон

23 Креаторея это:

- *большое содержание в кале мышечных волокон
- большое содержание растительной клетчатки
- большое содержание жира соединительной ткани
- большое содержание слизи

24 Амилорея это:

- *увеличение количества крахмала в кале
- увеличение количества цилиндрического кишечного эпителия в кале
- увеличение лейкоцитов
- наличие клеток злокачественной опухоли

25 Из кристаллических образований в кале встречается, следующее, кроме одного:

- *кристаллы Шарко-Лейдена
- трипельфосфаты
- оксалаты

ураты

26 Реакцию Грегерсена применяют для определения:

- *наличие скрытой крови в кале
- наличие нейтрального жира
- наличие цилиндрического кишечного эпителия
- наличие стернобилина

27 Печеночные ладони это:

- *симметричное покраснение ладоней (в области тенера и гепотенера)
- желтое окрашивание ладоней
- побледнение ладоней
- бледно-желтое окрашивание ладоней

28 Механизм возникновения сосудистых звездочек заключается:

- *в увеличении уровня эстрогенов в крови
- в увеличении уровня не прямого билирубина
- в увеличении уровня прямого билирубина
- в увеличении уровня мочевины

29 "Малиновый язык" характерен для больных с:

- *цирозом печени
- панкреатитом
- холециститом
- хр колитом

30 Причины пигментного цирроза печени является:

- *повышенное всасывание железа в кишечнике
- увеличение уровня эстрогенов в крови
- наличие желчных кислот в крови
- увеличение уровня непрямого билирубина

31 При пальпации печени определяют следующие свойства, кроме одной:

- *формы
- край
- болезненность
- консистенции

32 В горизонтальном положении печень чаще всего пальпируют при след состояниях:

- * гепатомегалии
- аспите
- спленомегалии
- метеоризме

Симптоматология циррозов печени.

1 При какой из желтухе в кале отсутствует стеркобилин:

- *механической
- паренхиматозной
- гемолитической
- механической и гемолитической

2 При какой из желтух в кале стеркобилин уменьшается, а в моче уробилин увеличивается:

- *паренхиматозной
- гемолитической
- механической
- не имеет значения

3 При какой из желтух в кале стеркобилин увеличивается, а уробилин в моче уменьшается:

- *механической
- паренхиматозной
- гемолитической

не имеет значения

4 После адреналиновой пробы при поражении печени уровень сахара в крови:

*не изменяется

увеличивается

уменьшается

может увеличиваться, может уменьшаться

5 Уровень альбуминов при циррозе печени:

*падает

растет

не изменяется

иногда падает,иногда растет

6 Уровень гаммаглобулинов при циррозе печени:

*растет

падает

не изменяется

сомнительна

7 Тимоловая проба отрицательна при:

*механической желтухе

вирусном гепатите

циррозе печени

активном гепатите

8 Уровень протромбина падает при:

*механической желтухи

паренхиматозной желтухи

гемолитической желтухи

при всех желтухах

9 Синтез протромбина происходит в печени при участии:

*витамин К

витамин А

витамин В 6,12

витамин РР

10 Уровень холестерина в норме равен:

*3 9-5 2 мкмоль/л

3 0-4 5 мкмоль/л

4 0-6 4 мкмоль/л

2 6-4 9 мкмоль/л

11 Уровень билирубина в норме равен:

*8 55-20 52 мкмоль/л

6 20-15 65 мкмоль/л

7 15-17 38 мкмоль/л

9 34-20 82 мкмоль/л

12 Печень в обмене билирубина выполняет следующие функции, кроме одной:

*восстановление билирубина до стеркобилиногена

образование билирубина

улавливание свободного билирубина из крови

соединение билирубина с глюкуроновой кислотой

13 При поражении печени наблюдается увеличение:

*ЛДГ 5

ЛДГ 1

ЛДГ 2

14 Повышение активности АЛАТ характерна для:

- *гепатита
- инфаркта миокарда
- пневмонии
- пиелонефрита

15 Синдром холестаза включает в себя следующие показатели, кроме одного

- *увеличение альбумина
- увеличение содержания холестерина
- увеличение желчных кислот
- увеличение связанного билирубина

16 Синдром недостаточности гепатоцитов включает в себя; след показатели, кроме одного:

- *снижение содержания амилазы
- снижение содержания в крови альбуминов
- снижение
- содержания холестерина

17 Наличие в порции В лейкоцитов говорит о наличии:

- *холецистита
- гепатита
- холангита
- панкреатита

18 Наличие в порции С лейкоцитов говорит о наличии больного:

- *холангита
- гепатита
- холецистита
- панкреатита

19 Белок в нормальной желчи:

- * отсутствует
- присутствует
- не знаю
- не имеет мед. Значения

20 Холецистография - рентгенологический метод исследования желчного пузыря основанный на:

- *введение контрастного вещества через прямую кишку
- парентеральном введении контрастного вещества
- пероральном введении контрастного вещества

21 Холеграфия - рентгенологический метод исследования желчного пузыря и желчных путей основанный на:

- *парентеральном введении контрастного вещества
- пероральном введении контрастного вещества
- через прямую кишку

22 Порция В - это желчь поступающая из:

- *желчного пузыря
- желудка
- внепеченочных желчных протоков
- из печеночных протоков

23 Порция С - это желчь поступающая:

- *печеночных протоков
- из желудка
- желчного пузыря
- кишечника

24 При дуоденальном зондировании больной лежит:

- *на правом боку
- на левом боку
- на спине
- на животе

25 Сопровождается ли гемолитическая желтуха кожным зудом:

- *нет
- да
- не знаю

26 Механизм возникновения гемолитической желтухи следующий:

- *чрезмерное разрушение эритроцитов и повышенная выработка билирубина
- нарушение улавливания и связывания билирубина с глюкуроновой кислотой
- наличие препятствия к выделению билирубина с желчью в кишечник
- снижение синтеза в печени транспортного белка меди и отложения его в ткани

27 Механизм развития паренхиматозной желтухи:

- *нарушение улавливания и связывания билирубина с глюкуроновой кислотой
- чрезмерное разрушение эритроцитов и повышенная выработка билирубина
- наличие препятствия к выделению билирубина с желчью в кишечник
- снижение синтеза в печени транспортного белка меди и отложения его в ткани

28 Механизм развития механической желтухи:

- *наличие препятствия к выделению билирубина с желчью в кишечник
- чрезмерное разрушение эритроцитов и повышенная выработка билирубина
- нарушение улавливания и связывания билирубина с глюкуроновой кислотой
- снижение синтеза в печени транспортного белка меди и отложения его в ткани

29 Механизм возникновения болезни Вильсона-Коновалова:

- *снижение синтеза в печени транспортного белка меди и отложения его
- чрезмерное разрушение эритроцитов и повышенная выработка билирубина
- нарушение улавливания и связывания билирубина с глюкуроновой кислотой
- повышенное всасывание железа в кишечнике

30 Механизм возникновения гемохроматоза:

- *повышенное всасывание железа в кишечнике
- чрезмерное разрушение эритроцитов и повышенная выработка билирубина
- нарушение улавливания и связывания билирубина с глюкуроновой кислотой
- наличие препятствия к выделению билирубина с желчью в кишечник

31 Холемия - это:

- *повышение содержания в крови желчных кислот
- повышение уровня холестерина в крови
- отложение холестерина на коже
- отложение меди на тканях

32 Брадикардия сопутствует:

- *механической желтухи
- паренхиматозной желтухи
- гемолитической желтухи

План обследования больных с заболеваниями органов мочевого выделения. Расспрос, осмотр, пальпация, перкуссия, основные клинические синдромы. Лабораторное занятие: исследование мочи. Функциональные пробы почек (Зимницкого, Нечипоренко, Реберга).

1. Для нефротического синдрома характерны все признаки, кроме :

- * макрогематурия
- отеки

снижение уровня альбуминов менее 35 г/л
суточная протеинурия 3,5 г.

2. Укажите допустимые колебания относительной плотности мочи в течение суток у здорового человека:

- * 1005-1025
- 1005-1010
- 1026-1028
- 1030-1040

3. Какое вещество в концентрации 3 г/л увеличивает относительную плотность мочи на 0,001 ?

- * белок
- мочевина
- остаточный азот
- сахар

4. Наиболее распространенная проба для изучения концентрационной способности почек :

- * проба Зимницкого
- проба 3-х сосудов
- проба Амбурже
- проба Нечипоренко

5. Как называется проба, определяющая количество форменных элементов крови, выделяемых с мочой за сутки ?

- * проба Аддис-Каковского
- проба Зимницкого
- проба Нечипоренко
- проба Амбурже

6. При какой пробе определяют количество форменных элементов крови в 1 мл ?

- * проба Нечипоренко
- проба Зимницкого
- проба Аддис-Каковского
- проба Амбурже

7. Какая проба позволяет ориентировочно разграничить почечную гематурию и гематурию из мочевых путей ?

- * проба 3-х сосудов
- проба Зимницкого
- проба Аддис-Каковского
- проба Нечипоренко

8. Какая проба позволяет одновременно определить клубочковую фильтрацию, канальцевую реабсорбцию и концентрационный индекс ?

- * проба Амбурже
- проба Зимницкого
- проба Аддис-Каковского
- проба Нечипоренко

9. Инструментальный метод для диагностики нарушения кровообращения почек:

- * сканирование
- сцинтиграфия
- почечная ангиография
- УЗИ

10. Какой неинвазивный и информативный метод можно использовать для визуализации почек?

- * почечная ангиография
- сцинтиграфия
- УЗИ

изотопная ренография

11. Как оценивается концентрационная функция почек, если при проведении пробы с сухоедением (на концентрацию) удельный вес мочи не превышает 1022 ?

- нормальная
- сниженная

12. Боли в пояснице при патологии почек обусловлены:

- * растяжением капсул увеличенными почками
- некрозом канальцев
- спастическими сокращениями мочеточников
- ишемией почечной паренхимы

13. Что обуславливает ишемию почечной паренхимы ?

- * почечную гипертензию
- боли в пояснице
- отечный синдром
- азотемию

14. Для какого синдрома характерна суточная протеинурия более 3,5 г. ?

- * почечная гипертензия
- эклампсия
- нефротический синдром
- ХПН

15. Как оценивается суточное количество мочи менее 300 мл ?

- * нормальный диурез
- полиурия
- олигурия
- анурия

16. О чем свидетельствует повышение в крови уровня индикана, креатинина, мочевины, остаточного азота ?

- нарушение обезвреживающей функции печени
- снижение азотовыделительной функции почек
- нарушение реабсорбции в канальцах

17. О состоянии концентрационной функции почек можно судить по результатам всех исследований, кроме:

- * проба Реберга
- общий анализ мочи
- проба Зимницкого
- проба Нечипоренко

18. Какой синдром характеризуется появлением у почечных больных приступа судорог и кратковременной потери сознания

- * ОПН
- почечная гипертензия
- почечная эклампсия
- нефротический синдром

19. Как называются отеки при содержании в крови альбуминов менее 35-40 г/л ?

- * гипернатриемические отеки
- гипопротеинемические отеки
- сердечные отеки

20. Укажите нормальные величины клубочковой фильтрации по клиренсу креатинина (проба Реберга):

- * 30-40 мл/мин
- 40-60 мл/мин

60-80 мл/мин
80-120 мл/мин

21. Какое осложнение острого гломерулонефрита может проявляться уменьшением суточного объема мочи до 200 мл. или полным прекращением мочеотделения:

- * азотемия
- острая почечная недостаточность
- эклампсия
- сердечная недостаточность

22. Какой процент в норме должен составлять суточный диурез от объема выпитой жидкости:

- * 45-60 процентов
- 65-75
- 80-95

23. Как оценивается соотношение дневного диуреза к ночному как 1:1 ?

- * преобладание дневного диуреза
- нормальное соотношение
- никтурия

24. Какие величины плотности мочи в пробе Зимницкого свидетельствуют о сохранении концентрационной функции почек:

- * 1008 - 1020
- 1010 - 1012
- 1014 - 1016

25. Клинический синдром, развивающийся при значительном снижении функции почек, обусловленный воздействием токсических метаболитов на физиологические системы организма обозначается как:

- * уремия
- нефротический
- эклампсия

26. ХПН может проявляться всеми признаками, кроме:

- * одностороннее увеличение размеров почки
- азотемия длительностью более 3-х месяцев
- длительно существующие симптомы уремии
- двустороннее уменьшение размеров почек

27. Признаками, способствующими постановке диагноза ОПН, являются все, кроме:

- * диурез в пределах 1500-2000 мл
- анурия
- недавно начавшееся прогрессирующее снижение скорости клубочковой фильтрации

28. Наиболее диагностически значимым признаком ОПН являются:

- * падение скорости клубочковой фильтрации на протяжении нескольких дней
- быстрое развитие отеков
- быстрое нарастание гипертензии

29. Появление мочи цвета "мясных помоев" характерно для:

- * острого гломерулонефрита
- рака почки
- нефротического синдрома
- хронического пиелонефрита

30. Болевой синдром при остром гломерулонефрите обусловлен:

- * растяжением почечной капсулы
- нарушением оттока мочи
- воспалительным отеком мочеточника
- растяжением почечной лоханки

31. Наличие у больной острой односторонней боли в поясничной области с иррадиацией паховую область после тряской езды характерно для:

- * растяжением почечной капсулы
- паранефрита
- острого пиелонефрита
- острого гломерулонефрита

32. Для острого гломерулонефрита характерна протеинурия:

- * немассивная
- физической нагрузки
- транзиторная
- массивная

Симптоматология нефритов (острые и хронические). Рас-спрос и методы обследования больных с заболеваниями системы крови (жалобы, анамнез, наследственные фак-торы). Осмотр, пальпация лимфатических узлов. Пальпация и перкуссия селезенки.

1. Какой синдром развивается в результате прогрессирующей и необратимой деструкции нефронов независимо от вызвавшей ее причины:

- * хроническая почечная недостаточность
- острая почечная недостаточность
- нефротический синдром
- эклампсия

2. Проявлением какого синдрома является внезапное, быстрое, но потенциально обратимое нарушение функции почек, достаточное, чтобы привести к накоплению азотистых шлаков в жидкостях организма:

- * острая почечная недостаточность
- хроническая почечная недостаточность
- нефротический синдром
- эклампсия

3. К острой почечной недостаточности могут привести все причины, кроме:

- * прогрессирующая и необратимая деструкция нефронов
- значительное уменьшение перфузии почечных сосудов
- препятствие оттоку мочи на любом уровне мочевыводящих путей
- результат тяжелого поражения любого отдела почки (острый канальцевый некроз, острый гломерулонефрит и др.)

4. Пути инфицирования почечных лоханок и интерстиция:

- * все выше перечисленные
- гематогенное распространение
- лимфогенное распространение
- восходящий путь

5. Для больных с ХПН в начальной стадии характерны все ниже перечисленные признаки, кроме:

- * колебание плотности мочи в пределах 1008-1020
- полиурия
- никтурия
- гипостенурия

6. Проявлением какого заболевания являются жалобы на внезапно возникшие озноб, повышение температуры до 38-39 оС, ноющие боли в пояснице, дизурические расстройства, головную боль, иногда тошноту, рвоту:

- * острый пиелонефрит
- ХПН
- острый цистит
- острый гломерулонефрит

7. Какой синдром характеризуется внезапным возникновением нарастающих отеков, гематурии и протеинурии, артериальной гипертензии сочетающихся с признаками нарушения функции почек (снижение СКФ, азотемия):

- * остронефритический
- нефротический
- острая почечная недостаточность
- эклампсия

8. Проявлением острого гломерулонефрита могут быть все признаки, кроме:

- * указание в анамнезе на перенесенные ранее заболевания почек, проявлявшиеся изменением в моче
- возникновение заболевания через 2-3 недели после перенесенной инфекции, чаще стрептококковой
- манифестацию заболевания любым проявлением остронефритического синдрома (отеки, симптомы артериальной гипертензии, гематурия, протеинурия)
- отсутствие анамнестических данных об изменениях в анализах мочи, повышении АД, отеках

9. Дифференцировать острый гломерулонефрит от остронефритического синдрома при обострении хронического гломерулонефрита помогает:

- * биопсия почек
- УЗИ почек
- внутривенная урография
- сцинтиграфия почек

10. Какой признак не характерен для патологии клубочкового аппарата:

- * бактериурия
- гематурия
- цилиндрурия
- протеинурия

11. Какой признак наиболее характерен для ХПН ?

- * азотемия
- полиурия
- анемия
- гиперкалиемия

12. Для амилоидоза почек мало характерно:

- * макрогематурия
- отеки
- массивная протеинурия
- гипоальбуминемия

13. К вторичному амилоидозу почек могут привести все заболевания, кроме:

- * сахарный диабет
- туберкулез легких
- ревматоидный артрит
- абсцесс легких

14. Укажите вариант хронического гломерулонефрита, проявляющийся минимальными изменениями со стороны мочи (протеинурия, гематурия, небольшая лейкоцитурия):

- * латентный
- нефротический
- гематурический
- гипертонический

15. Какой вариант хронического гломерулонефрита характеризуется выраженными отеками, олигурией, массивной протеинурией, высокой гипертензией ?

- * смешанный
- латентный
- нефротический
- гематурический

16. Для какого варианта хронического гломерулонефрита характерны гипоальбуминемия (до 30 г/л), выраженная протеинурия (более 3,5 г белка в сутки):

- * нефротический
- латентный
- гематурический
- гипертонический

17. Какой вариант хронического гломерулонефрита встречается редко, характеризуется благоприятным течением (редким развитием ХПН):

- * гематурический
- латентный
- нефротический
- гипертонический

18. Наиболее информативный метод диагностики варианта хронического гломерулонефрита:

- * биопсия почек
- исследование мочи
- УЗИ почек
- внутривенное урография

19. Самый надежный метод разграничения нефрита и амилоидоза почек:

- * морфологическое исследование биоптата слизистой прямой кишки или ткани десны
- исследование мочевого осадка
- УЗИ почек

20. Характерная триада симптомов для гломерулонефрита:

- * гипертония, отеки, изменения в моче
- боли в пояснице, лихорадка, изменения в моче
- гипертония, дизурия, изменения в моче

21. Обнаружение в моче клеток Штейнгеймера-Мальбина является признаком:

- * пиелонефрита
- амилоидоза почек
- хронического гломерулонефрита
- мочекаменной болезни

22. Появление в моче лейкоцитурии и бактериурии (более 10⁵ бактерий в 1 мл мочи) предполагает наличие у больного заболевания:

- * пиелонефрит
- гломерулонефрит
- амилоидоз почек
- поликистоз почек

23. Какие изменения со стороны мочи расцениваются как проявление почечной недостаточности:

- * максимальная плотность мочи в пробе Зимницкого 1011
- протеинурия более 3,5 грамм в сутки
- макрогематурия
- выраженная цилиндрурия

24. Для гломерулонефрита характерны все признаки, кроме:

- * значительная бактериурия
- отеки
- гипертензия
- гематурия

25. Какое заболевание почек предполагает обнаружение в моче лейкоцитарных цилиндров

- * пиелонефрит
- гломерулонефрит
- амилоидоз почек

туберкулез почек

26. Для какого заболевания почек характерны рентгенологические признаки: размытые границы почечных лоханок, деформация почечных чашечек, сужение и втянутость шеек, сморщенная кора почек ?

- * пиелонефрит
- гломерулонефрит
- амилоидоз почек
- туберкулез почек

27. Специфические изменения костного мозга обнаруживаются при:

- * все вышеперечисленные состояния
- В12-дефицитная анемия
- лейкоз
- миеломная болезнь

28. Для диагностики конкретного вида анемии не имеет существенного значения:

- * определение времени кровотечения
- общий анализ крови с подсчетом ретикулоцитов и тромбоцитов
- цитохимическое исследование крови и пунктатов костного мозга
- определение осмотической резистентности эритроцитов, пробы Кумбса, содержания билирубина крови, гематокрита

29. Какой симптом обусловлен воздействием продуктов распада эритроцитов и лейкоцитов ?

- * лихорадка
- кожный зуд
- астения
- повышенная кровоточивость

30. Длительно не останавливающееся кровотечение характерно для:

- * гемофилии
- лейкозы
- анемии

31. Причиной болей при заболеваниях крови типа колики в правом подреберье являются:

- * пигментные камни в желчном пузыре
- гепатомегалия
- дискинезия желчевыводящих путей

32. Доказательным признаком анемизации является:

- * бледность слизистых
- землисто-серый оттенок кожи
- желтушный оттенок кожи

Лабораторное занятие: исследование крови. Клиническое значение общего анализа крови. Симптоматология анемий (железодефицитной, постгеморрагической, гемолитической).

1. Как называется синдром, проявляющийся снижением содержания Нб в единице объема крови ?

- * анемия
- полицитемия
- эритроцитоз

2. Повышение содержания Нб по сравнению с верхней границей нормы имеет место во всех случаях, кроме:

- * лейкоз
- истинная полицитемия
- у жителей высокогорья
- у летчиков, после высотных полетов

3. Укажите нормальное содержание эритроцитов в периферической крови у здоровых мужчин:

- * $4,0 - 5,0 \cdot 10^{12} /л.$
- $3,9 - 4,7 \cdot 10^{12} /л.$
- $3,0 - 4,0 \cdot 10^{12} /л.$
- $5,0 - 6,0 \cdot 10^{12} /л.$

4. Укажите нормальное содержание эритроцитов у здоровых женщин:

- * $3,9 - 4,7 \cdot 10^{12} /л.$
- $4,0 - 5,0 \cdot 10^{12} /л.$
- $3,0 - 4,0 \cdot 10^{12} /л.$
- $5,0 - 6,0 \cdot 10^{12} /л.$

5. Нормальное содержание Нб у мужчин составляет:

- * 130 - 160 г/л
- 120 - 140 г/л
- 150 - 170 г/л

6. Увеличение гематокритного числа характерно для:

- * компенсаторные эритроцитозы
- лейкоз
- анемия

7. При каком виде анемии наблюдается повышение цветового показателя более 1,05 ?

- * В12-дефицитная анемия
- апластическая анемия

гемолитическая анемия
нормохромная анемия

8. Для какого вида анемии характерно снижение цветового показателя ниже 0,8 ?

- * железодефицитная анемия
- апластическая анемия
- гемолитическая анемия
- нормохромная анемия

9. Нормохромный характер анемии не наблюдается при:

- * В12-дефицитная анемия
- апластическая анемия
- лейкозы
- хроническая почечная недостаточность

10. Нормохромный характер анемии имеет место :

- * гемолитическая анемия

железодефицитная анемия
фолиеводефицитная анемия
хроническая постгеморрагическая анемия

11. К диагностическим признакам какого вида анемии относятся: нормальный цветовой показатель, ретикулоцитоз, ускоренная СОЭ, повышение температуры тела, периодическое возникновение желтухи, возможное увеличение печени и селезенки ?

* гемолитическая анемия
железодефицитная анемия
фолиеводефицитная анемия
хроническая постгеморрагическая анемия

12. Диагностическими признаками какого вида анемии является нормальный цветовой показатель, тромбоцитопения, нейтропения, ретикулоцитопения, снижение эрит-роцитопоэтической функции костного мозга по данным сканирования костного мозга ?

* апластическая анемия
железодефицитная анемия
фолиеводефицитная анемия
гемолитическая анемия

13. Какой вид анемии можно предположить у больной при наличии у нее жалоб на общую слабость, повышенную утомляемость, одышку, ломкость волос, истончение ногтей, трудность проглатывания сухой пищи ?

* железодефицитная анемия
фолиеводефицитная анемия
гемолитическая анемия
хроническая постгеморрагическая анемия

14. Для какого вида анемии характерна Pica chlorotica ?

* железодефицитная анемия
фолиеводефицитная анемия
гемолитическая анемия
хроническая постгеморрагическая анемия

15. Специфичными признаками дефицита железа являются все, кроме:

* желтушное окрашивание кожи
Pica chlorotica
снижение умственной и физической работоспособности
ломкость, истончение волос

16. Причинами развития гиперхромных мегалобластных анемий являются:

* все вышеперечисленное
нарушение всасывания витамина B12
инвазия широким лентецом
снижение содержания в пище фолиевой кислоты

17. Для какого вида анемии характерны клинические признаки: лимонно-бледная окраска кожи, яркий лакированный язык, парестезии, спастическая походка, нарушение глубокой чувствительности, расстройство функции мочевого пузыря и прямой кишки ?

* B12-дефицитная
апластическая
гемолитическая
железодефицитная

18. При каком виде анемии в периферической крови выявляется макроцитоз, мегалоцитоз, базофильная пунктация, кольца Кебота в эритроцитах, тельца Жолли, лейкопения и тромбоцитопения.

- * В12-дефицитная
- апластическая
- гемолитическая
- железодефицитная

19. Низким содержанием ретикулоцитов в периферической крови характеризуется:

- * апластическая анемия
- постгеморрагическая анемия
- гемолитическая анемия

20. Причинами развития гипохромной анемии являются:

- * все вышеперечисленное
- заболевания ЖКТ, протекающие с нарушением всасывания или осложненные кровотечениями
- заболевания печени (циррозы, ХАГ)
- заболевания почек

21. Какому виду анемии соответствует гемограмма: эритроциты - $2,6 \cdot 10^{12}$, Hb - 60 г/л, цветовой показатель 0,7, лейкоциты - $6,5 \cdot 10^9$, лейкоцитарная формула без сдвигов, выраженный анизоцитоз, пойкилоцитоз ?

- * гипохромная
- В12-дефицитная
- гемолитическая
- апластическая

22. Для какой анемии характерен анализ крови: эритроциты - $1,6 \cdot 10^{12}$, Hb - 60 г/л, цветовой показатель 1,4, лейкоциты - $3,5 \cdot 10^9$, эозинофилы-0, палочкоядерные-10%, сегментоядерные-46%, лимфоциты-38%, моноциты-6%, нормобласты, мегалобласты, ретикулоциты-0,1%, эритроциты с тельцами Жолли и кольцами Кебота, базофильной пунктацией ?

- * В12-дефицитная
- гипохромная
- гемолитическая
- апластическая

23. Для анемического синдрома характерны признаки:

- * все вышеперечисленное
- слабость
- сердцебиение
- одышка

24. При каком виде анемии в пунктате костного мозга обнаруживается гиперплазия эритроидного ростка, признаки мегалобластического кроветворения (мегалобласты, мегакарициты).

- * В12- дефицитная
- апластическая
- гемолитическая
- железодефицитная

25. Какой вид анемии является прогностически неблагоприятным ?

- * апластическая
- В12- дефицитная
- гемолитическая
- железодефицитная

26. Извращение вкуса характерно для:

- * железодефицитной анемии
- язвы двенадцатиперстной кишки
- цирроза печени

В12-дефицитной анемии

27. Для анемии Аддиссона-Бирмера характерно наличие:

- * лицо "восковой куклы"
- "львиного лица"
- "сардонической улыбки"
- "лица Корвизара"

28. ДЛЯ В12-ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ХАРАКТЕРНО:

- * цветовой показатель больше 1,05
- микроциты.
- анизоцитоз
- цветовой показатель меньше 1,0

29. СНИЖЕНИЕ СЫВОРОТОЧНОГО ЖЕЛЕЗА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:

- * Раннего хлороза
- Гемолитической анемии
- В12-дефицитной анемии
- Фолиево-дефицитной анемии

30. ПОЯВЛЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СИСТОЛИЧЕСКОГО ШУМА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ :

- * Всех анемий
- В12-дефицитной анемии
- Железодефицитной анемии
- Постгеморрагических анемий

31. ПРИ АНЕМИЯХ НА ЯРЕМНЫХ ВЕНАХ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ СПЕЦИФИЧЕСКИЙ ШУМ, КОТОРЫЙ НОСИТ НАЗВАНИЕ:

- * Шум "волчка"
- Шум Флинта
- Шум Риверо-Корвало
- Шум Виноградова-Дюрозье

32. Жжение кончика языка характерно для анемии:

- * В12-фолиево-дефицитной
- гемолитической
- постгеморрагической хронической
- постгеморрагической острой

Симптоматология заболеваний щитовидной железы (гипо и гипертериоз). Симптоматология сахарного диабета. Понятие о диабетической и гипогликемической комах. Принципы неотложной помощи.

1. Какие клетки поджелудочной железы вырабатывают инсулин:

- * бета-клетки
- альфа-клетки
- дельта-клетки
- клетки ацинусов

2. К контринсулярным гормонам относят все, кроме:

- * вазопрессин
- глюкагон
- катехоламины
- соматотропный гормон

3. Какие из нижеперечисленных симптомов нехарактерны для явного сахарного диабета:

- * нормогликемия натощак
- полидипсия
- полиурия
- гликозурия

4. Патогенез полиурии при сахарном диабете:

- * повышение осмотического давления в канальцах вследствие гликозурии
- понижение осмотического давления в канальцах вследствие гликозурии
- повышение клубочковой фильтрации
- понижение клубочковой фильтрации

5. Симптомами сахарного диабета являются все, кроме:

- * анорексия
- полиурия
- гипергликемия
- гликозурия

6. Укажите нормальное содержание глюкозы в крови натощак в ммоль/л по методу Хагедорна-Иенсена:

- * 4,4-6,6
- 10 - 15
- 1,3-3,1
- 6,6- 7,8

7. Для инсулинзависимого сахарного диабета не характерно:

- * начало заболевания чаще в пожилом возрасте у лиц с ожирением
- наследственная предрасположенность

начало заболевания обычно острое в молодом возрасте

проявляется выраженными симптомами (жажда, полиурия, похудание)

8. Какой уровень гликемии через 2 часа после приема глюкозы наблюдается у здоровых лиц:

- * снижается до начальной величины
- увеличен значительно по сравнению с исходным уровнем
- остается на одном уровне
- незначительно увеличен по сравнению с исходным уровнем

9. Укажите уровень гликемии через 2 часа после "нагрузки" глюкозой при явном сахарном диабете (в ммоль/л):

- * 11,11
- 4,6
- 5,5
- 6,4

10. Укажите величину гликемии в ммоль/л, при которой глюкоза начинает экскретировать с мочой:

- * 10
- 8
- 9
- 24

11. Какое осложнение сахарного диабета характеризуется расширением венул сетчатки, развитием в ней микроаневризм, кровоизлияний, экссудатов:

- * ретинопатия
- артериальная гипертензия
- макроангиопатия
- нейропатия

12. При каком уровне гликемии натощак в ммоль/л правомочен диагноз сахарного диабета:

- * 7,8
- 2,8
- 3,4
- 5,6

13. Оральный глюкозотолерантный тест показан во всех случаях кроме:

- * при 2-х кратном обнаружении глюкозы в крови натощак больше 7 ммоль/л
- содержание глюкозы в крови натощак 5,7-6,9 ммоль/л
- лицам с ожирением и гипертонической болезнью, хроническим панкреатитом
- при наличии сахарного диабета у кровных родственников

14. Для ИЗСД характерны поздние осложнения в виде:

- * микроангиопатии
- макроангиопатии

15. Для ИНСД характерны поздние осложнения в виде:

- * макроангиопатии
- микроангиопатии

16. Для дефицита инсулина не характерно:

- * подавление липолиза
- стимуляция гликонеогенеза и гликогенолиза
- подавление синтеза гликогена в печени
- активация липолиза

17. О начальном проявлении какого осложнения сахарного диабета у длительно болеющих больных можно думать, когда возникает стойкая альбуминурия, цилиндрурия, одновременно снижается суточная гликозурия при высоком уровне сахара крови:

- * синдром Киммельстила-Уилсона
- пиелонефрит
- гломерулонефрит

18. Какой чувствительный безопасный метод исследования используется для ранней диагностики диабетической нефропатии:

- * определение бета-микроглобулина в моче
- изотопная ренография
- УЗИ почек
- динамическая сцинтиграфия почек

19. Проявлением какого осложнения сахарного диабета является появление болей, жжения, онемения, "ползания мурашек" в дистальных отделах ног, нередко в пальцах, снижение ахиллова и коленного рефлекса, ослабление тактильной и болевой чувствительности:

- * периферическая полинейропатия
- микроангиопатия
- поражение центральной нервной системы

20. Укажите наиболее частое осложнение ИЗСД:

- * диабетическая ретинопатия
- ишемическая болезнь сердца
- церебральный атеросклероз

21. Как называется дефицит инсулина, обусловленный снижением его синтеза, секреции или метаболизма

- * абсолютный дефицит инсулина
- относительный дефицит инсулина

22. Как называется дефицит инсулина, вызываемый инактивацией инсулина, повышенным его разрушением ферментами печени, снижением чувствительности и количества инсулиновых рецепторов в тканях:

- * относительный дефицит инсулина
- абсолютный дефицит инсулина

23. Нарушение жирового обмена при дефиците инсулина проявляется всеми признаками, кроме:

- * увеличение содержания в крови аммиака, мочевины, аминокислот
- жировая инфильтрация печени
- увеличение в крови неэстерифицированных жирных кислот
- повышение в крови бета-оксимасляной, ацетоуксусной кислот, ацетона

24. Какой гормон не обладает гипергликемизирующим эффектом

- * альдостерон
- глюкагон
- адреналин
- глюкокортикоиды

25. Какой вид комы характеризуется следующими признаками: бледное лицо, иногда краснорозовая окраска кожи, зрачки сужены, дыхание редкое, глубокое, шумное, мягкие глазные яблоки при надавливании, снижение тонуса мышц конечностей, запах ацетона изо рта:

- * гиперкетонемическая
- гипогликемическая
- гиперосмолярная
- гиперлактацидемическая

26. Какая кома характеризуется признаками: предвестники в виде ощущения голода, дрожи, потливости, нормальное, иногда замедленное дыхание, влажная кожа с нормальным тургором, нормальный или повышенный тонус глазных яблок, зрачки расширены:

- * гипогликемическая
- гиперкетонемическая
- гиперосмолярная
- гиперлактацидемическая

27. При какой патологии эндокринной системы имеет место резкое развитие надбровных дуг, непропорционально большие размеры носа, губ, языка и подбородка?

- * гипопункция передней доли гипофиза;
- гипотиреоз;
- тиреотоксикоз; гиперфункции гипофиза;
- сахарный диабет.

28. Какой синдром проявляется увеличением размеров щитовидной железы, пучеглазием, исхуданием, тахикардией, повышением АД?

- * тиреотоксикоз;
- гипотиреоз;
- гипокортицизм;
- гиперкортицизм.

29. Для какого синдрома типичны сухая, морщинистая, холодная, утолщенная кожа, анемия, сужение глазных щелей, утолщение губ, языка, запоры, брадикардия, гипотермия?

- * гипотиреоз;
- тиреотоксикоз;
- гиперфункция гипофиза;
- гипофункция передней доли гипофиза.

30. С какой патологией связаны карликовый рост, сохранение детских пропорций тела, недоразвитие полового аппарата, отсутствие вторичных половых признаков?

- * гипопункция передней доли гипофиза.
- гипотиреоз;
- тиреотоксикоз;
- гиперфункция гипофиза;

31. При каком синдроме наблюдаются выпадение ресниц, бровей, усов, волос на голове, массивные плотные отеки?

- * гипотиреоз;
- тиреотоксикоз;
- гиперфункция гипофиза;
- гипопункция передней доли гипофиза;

32. При какой патологии кожа гладкая, теплая, нежная на ощупь, ст пергидрозом?

- * тиреотоксикоз;
- гипотиреоз;
- гиперфункция гипофиза;
- гипопункция передней доли гипофиза;

Обследование больных с заболеваниями суставов. Расспрос. Осмотр и пальпация суставов. Симптоматология ревматоидного артрита. Понятие об артрозах. Обследование больных с заболеваниями соединительной ткани. Понятие о коллагенозах.

1. Укажите наиболее характерное сочетание лабораторных признаков для артроза:

- * при отсутствии осложнений реактивным синовиитом, лабораторные показатели обычно не изменяются
- повышение СОЭ, нейтрофильный лейкоцитоз, С-реактивный белок, ревматоидный фактор

повышение СОЭ, лейкоцитоз, повышение содержания фибриногена, С-реактивный белок, высокий титр антистрептолизина, антигиалуронидазы, антистрептокиназы

2. Что из перечисленного наиболее четко указывает на воспалительный характер суставных болей:

- * припухлость и локальное повышение температуры над суставом
- болезненность при движении
- крепитация
- резкая деформация сустава

3. Какое из перечисленных внесуставных проявлений ревматоидного артрита считают самым частым?

- * ревматоидные узелки
- перикардит
- поражение легких
- кожный зуд

4. К факторам, способствующим возникновению и развитию артрозов относятся все, кроме:

- * нарушение пуринового обмена
- наследственная предрасположенность
- нарушение васкуляризации сустава в связи с патологией общего и местного кровообращения
- механическая и функциональная перегрузка сустава

5. Стадии поражения кожи при ССД, кроме?

* Гипертрофия подкожно-жировой клетчатки

Острый воспалительный отёк

Индурация

Атрофия

6). Выберите наиболее достоверную для диагноза ревматоидного артрита комбинацию признаков:

* симметричность поражения суставов, утренняя скованность, формирование анкилозов

"летучие" артралгии, вовлечение в патологический процесс преимущественно крупных суставов

стойкие артралгии, блок сустава, остеофиты

острый моноартрит сустава большого пальца стопы

7) Большие проявления ревматической лихорадки, кроме?

* Остеофитоз

Кардит

Хорея

Полиартрит

8) Возникновению РА способствует повышение уровня:

* Пролактина

Адреналина

Паратгормона

Тиреоидина

9) При РА наиболее часто поражаются следующие суставы:

* Пястнофаланговые и проксимальные межфаланговые кистей

Коленные

Тазобедренные

Локтевые

10) Рентгенологическим симптомом, характерным для ревматоидного артрита, является, кроме?:

* Образование тофусов

Околосуставной остеопороз

Сужение суставных щелей.

Эрозии костных поверхностей.

11) К каким заболеваниям суставов относится ревматоидный артрит:

* воспалительным

дегенеративным

метаболическим

аллергическим

12). Проявлением остеоартроза каких суставов являются узелки Бушара?

* проксимальных межфаланговых суставов кисти

коленного сустава

межпозвоночного сустава

локтевого сустава

13) Развитие ревматической лихорадки связано с инфицированием:

* Бета-гемолитическим стрептококком группы А

Вирусом

Стафилококком

Микоплазмой

14) После перенесенной стрептококковой инфекции ревматизм возникает через:

* 2-3 недели

4 дня

5 месяцев

6 недель

15) Кожные проявления характерные для CREST-синдрома?

* Телеангиоэктазии

Витилиго

Ксантома

Ксантелазма

16) Истинные LE- клетки представляют собой:

* Сегментоядерные нейтрофилы, содержащие обломки ядер других клеток

Моноциты, содержащие ядра других клеток

Гематоксилиновые тельца

Плазматические клетки

17) Среди перечисленных лабораторных изменений укажите входящий в критерии диагноза системной красной волчанки:

* Антитела к ДНК

Антитела к тромбоцитам

Ревматоидный фактор в высоком титре

Антитела к центромере

18). Проявлением кожного синдрома при системной красной волчанке может быть:

* Эритематозный дерматит

Себорейный дерматит

Витилиго

Псориаз

19) Какой из синдромов характерен для системной склеродермии?

* Рейно

Конна

Лериша

Фанкони

20) Боли в суставах, уретрит, конъюнктивит. Наиболее вероятный диагноз?

* Болезнь Рейтера

Гранулематоз Вегенера

Саркоидоз

Синдром Лемьера

21) CREST-синдром включает в себя?

* Поражение пищевода

Поражение кишечника

Синдром Фанкони

Эритематозный дерматит

22. Основными проявлениями артрита являются все, кроме:
- * хруст суставов при движении
 - боль в суставах
 - припухлость суставов
 - ограничение подвижности в суставах
23. Основными проявлениями артроза являются все, кроме:
- * скованность движений в суставах в утренние часы
 - боль усиливается к вечеру, после дневной нагрузки
 - боль усиливается при длительном стоянии, ходьбе, спуске по лестнице
 - "стартовый" боли (боль появляется при первых движениях в суставах)
24. Характерными изменениями суставов, выявляемыми при осмотре у больных с ревматоидным артритом являются все, кроме:
- * незначительная деформация крупных суставов и припухлость в них.
 - отклонение всей кисти в ульнарном направлении ("плавник моржа")
 - сгибательная контрактура проксимальных и переразгибание в дистальных межфаланговых суставах (деформация пальца по типу пуговичной петли)
 - сгибательная контрактура пястно-фалангового сустава (типа "гусиной шеи")
25. Какой признак характерен для артроза, в отличие от артрита:
- * хруст в суставах, боли при движении
 - скованность в утренние часы
 - отечность периартикулярных тканей
 - повышение температуры
26. Основными рентгенологическими признаками ревматоидного артрита являются все, кроме:
- * остеолит (резорбция кости) дистальных фаланг пальцев кистей и стоп
 - деформация суставов и полное заращение суставных щелей (анкилоз)
 - образование микрокист в толще эпифизов
 - образование остеофитов
27. Укажите наиболее характерное сочетание признаков для ревматоидного артрита:
- * симметричность поражения суставов, утренняя скованность, формирование анкилозов
 - "летучесть" боли, поражение преимущественно крупных суставов
 - преимущественное поражение крупных суставов с наибольшей функциональной нагрузкой (ходьба, длительное стояние)
28. Укажите наиболее характерное сочетание признаков для артроза:
- * преимущественное поражение крупных суставов с наибольшей функциональной нагрузкой (ходьба, длительное стояние)
 - симметричность поражения суставов, утренняя скованность, формирование анкилозов
 - "летучесть" боли, поражение преимущественно крупных суставов
29. Укажите наиболее характерное сочетание признаков для ревматического поражения суставов:
- * "летучесть" боли, поражение преимущественно крупных суставов
 - симметричность поражения суставов, утренняя скованность, формирование анкилозов
 - преимущественное поражение крупных суставов с наибольшей функциональной нагрузкой (ходьба, длительное стояние)
30. К лабораторным тестам применяемым для диагностики ревматоидного артрита относятся все, кроме:
- * LE - клетки
 - определение ревматоидного фактора
 - определение С-реактивного белка
 - серомукоиды

31. Какое сочетание лабораторных признаков характерно для ревматоидного артрита:

* повышение СОЭ, нейтрофильный лейкоцитоз, С-реактивный белок, ревматоидный фактор
повышение СОЭ, лейкоцитоз, повышение содержания фибриногена, С-реактивный белок,
высокий титр антистрептолизина, антигиалуронидазы, антистрептокиназы
при отсутствии осложнений реактивным синовитом, лабораторные показатели обычно не
изменяются

32. Какое сочетание лабораторных признаков характерно для ревматического поражения:

* повышение СОЭ, лейкоцитоз, повышение содержания фибриногена, С-реактивный белок,
высокий титр антистрептолизина, антигиалуронидазы, антистрептокиназы
повышение СОЭ, нейтрофильный лейкоцитоз, С-реактивный белок, ревматоидный фактор
при отсутствии осложнений реактивным синовитом, лабораторные показатели обычно не
изменяются

Понятие об аллергических заболеваниях (крапивница, отёк Квинке, анафилактический шок). Симптоматология и принципы неотложной помощи. Промежуточный контроль №4.

1. Основным патогенетическим звеном отека Квинке является:

* повышение проницаемости сосудистой стенки
спазм сосудов микроциркуляторного русла
гемолиз эритроцитов
снижение онкотического давления крови

2. При лечении крапивницы и ангионевротического отека используют все следующие методы, кроме:

* а - адреномиметики (норадреналин)

глюкокортикостероидные препараты (преднизолон, гидрокортизон)
устранение причинных факторов
лечение основных заболеваний

3. Начальными симптомами анафилактического шока являются:

* все вышеперечисленное
ощущение стеснения в груди, одышка
тахикардия
беспокойство, чувство страха

4. Анафилактический шок может возникнуть:

* все вышеперечисленное
при парентеральном введении лекарственных препаратов
при попадании лекарственных средств на слизистые оболочки
от укуса насекомых

5. Первым этапом реанимации при анафилактическом шоке является:

* прекращение поступления аллергена в организм
введение сердечных гликозидов
оксигенотерапия
введение ангиотонических средств

6. При лечении анафилактического шока используются все препараты, кроме:

* мочегонные
антигистаминные препараты
глюкокортикостероидные препараты
вазопрессоры

7. Анафилактический шок - это проявление аллергических реакций:
- * немедленного типа (реагиновые реакции)
 - замедленного типа (китергические реакции)
 - цитотоксические
 - иммунокомпетентные
8. Для клинических проявлений отека Квинке характерно все, кроме:
- * отек нижних конечностей
 - отек губ
 - отек гортани
 - отек вокруг глаз
9. При оказании неотложной помощи при ангионевротическом отеке используются:
- * все вышеперечисленное
 - 10% раствор глюконата кальция
 - парентеральное применение антигистаминных препаратов
 - внутривенное введение глюкокортикоидных гормонов
10. Характерным признаком крапивницы является:
- * появление кожной сыпи, сопровождающейся зудом
 - отек гортани
 - тахикардия
 - геморрагическая сыпь
11. Частые места появления отёка Квинке?
- * Рыхлая клетчатка
 - Мышечная ткань
 - Дерма
 - Полостные органы
12. Какой вид крапивницы развивается при нервном возбуждении?
- * Холинергический
 - Кинетический
 - Механический
 - Истерический
13. Причина наследственного отека Квинке?
- * Дефицит C1-ингибитора
 - Повышенный уровень андрогенов
 - Повышенное количество LE- клеток
 - Нарушение XII фактора свертывающей системы крови
14. Поражение ЖКТ при отеке Квинке сопровождаются следующими клиническими проявлениями, кроме?
- * Милена
 - Боли в животе
 - Понос
 - Рвота
15. Крапивница на латыне?
- * Urtikaria
 - Nokardia
 - Borrelia
 - Coxiella
16. Механизм образования волдырей на коже при крапивнице?
- * Отек сосочкового слоя кожи

Отек ороговевающего слоя кожи
Отек подкожно-жировой клетчатки
Отек фасций мышц

17. При крапивнице в тканях происходит накопление...?

- * Гистамина
- Плазмы
- Липидов
- Эстрогенов

18. При холинергической крапивнице в тканях происходит накопление?

- * Ацетилхолина
- Норадреналина
- Глюкозы
- Ферритина

19. Для крапивницы характерно образование...?

- * Волдырей
- Папул
- Пустул
- Пузырей

20. Хроническая крапивница чаще всего связана с ...?

- * Нарушением нервной системы
- Укусом насекомых
- Приемом лекарственных средств
- Физической нагрузкой

21. Биологически активные вещества выбрасываемые в кровь при анафилактическом шоке, кроме?

- * Гидрокортизон
- Гистамин
- Серотонин
- Брадикинин

22. При анафилактическом шоке могут развиваться следующие симптомы, кроме?

- * Кровохарканье
- Судороги
- Падение АД
- Угнетение сознания

23. Основные факторы способствующие развитию анафилактического шока, кроме?

- * Национальность
- Пол
- Возраст
- Пути проникновения аллергена

Какой перкуторный звук выслушивается над легкими в норме?

- * ясный легочной звук
- тупой звук
- коробочный звук
- тимпанический звук

Ситуационные задачи

ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ

Задача 1

Больная Н., 20 лет, жалуется на выраженные боли в эпигастрии и пилородуоденальной зоне. Боли приступообразные, колющие, иррадирующие в спину, поясницу и правое плечо.

Данные анамнеза: известно, что больная страдает хроническим гастродуоденитом с 10 лет. За последние 10 дней дважды была рвота без примеси крови, которая принесла облегчение. Стул регулярный, оформленный.

Питание у больной не регулярное, часто всухомятку, аллергические реакции на цитрусовые, шоколад, яйца. *Данные объективного исследования при поступлении.*

Осмотр: Кожа бледная, чистая.

Язык—«географический», обложен серовато-белым налетом. Тоны сердца чистые, громкие, пульс 92 в минуту. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Число дыханий 24 в минуту. При глубокой пальпации живота умеренный мышечный дефанс, положительный симптом Менделя, болезненность в эпигастрии и пилородуоденальной области. Стул не изменен.

Данные проведенного обследования:

- ЭГДС - слизистая пищевода розовая, кардия сомкнута. В желудке мутная слизь; слизистая антрального отдела желудка гнездно гиперемирована, отечна, на стенках плоские выбухания. Слизистая луковицы отечна, гиперемирована, на передней стенке рубец 0.6 см, на задней – язвенный дефект 1.0x0.8 см округлой формы с гиперемированным валиком, дно покрыто фибрином. Взята биопсия.
- УЗИ органов брюшной полости: печень и желчный пузырь без патологии. В желудке натощак большое количество содержимого, стенки его утолщены. Поджелудочная железа: головка 21 мм (норма-18), тело 18 (норма-15), хвост 24 (норма-18), эхогенность ее снижена.
- Биопсийный тест на НР-инфекцию: положительный (++)

Задание.

1. Поставьте диагноз.
2. Этиология заболевания.

Ответы к задаче. 1. Язвенная болезнь луковицы 12-перстной кишки, обострение, средней степени тяжести, неосложненное течение. Реактивный панкреатит.

2. НВ-инфекция,

- Наследственность,
- Пищевая аллергия,
- Хронический гастродуоденит,

Задача 2

Больная И., 29 лет, больна 1 год, жалобы на «голодные» боли в эпигастрии, появляются утром натощак, через 1,5-2 часа после еды, ночью, купируются приемом пищи. Беспокоят отрыжка кислым, стул регулярный, оформленный.

Осмотр: кожа бледно-розовая, чистая. Живот: синдром Менделя положителен в эпигастрии, при поверхностной и глубокой пальпации небольшой мышечный дефанс и болезненность в эпигастрии и пилорoduodenальной области, также болезненность в точке Дежардена и Мейо - Робсона. Печень не увеличена, безболезненная. По другим органам без патологии.

Дополнительные данные исследования

Общий анализ крови: НЬ - 128 г/л, Ц.п. - 0,91, Эр - $4,2 \times 10^{12}/л$; Лейк - $7,2 \times 10^9/л$; п/я - 3%, с/я - 51 %, э - 3%, л - 36%, м - 7%, СОЭ - 6 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, прозрачный; рН - 6,0; плотность - 1017; белок - нет; сахар - нет; эп. кл. - 1—2—3 в п/з; лейкоциты - 2-3 в п/з.

Биохимический анализ крови: общий белок - 72 г/л, АлАТ - 19 Ед/л, АсАТ - 24 Ед/л, ЩФ - 138 Ед/л (норма 70-140), амилаза - 100 Ед/л (норма 10-120), тимоловая проба - 4 ед, билирубин - 15 мкмоль/л, из них связ. - 3 мкмоль/л.

Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая оболочка пищевода розовая, кардия смыкается. В желудке мутная слизь, слизистая оболочка с очаговой гиперемией, в антруме на стенках множественные разнокалиберные выбухания. Слизистая оболочка луковицы дуоденум - очагово гиперемирована, отечная, на задней стенке язвенный дефект 0,8х0,6 см, округлой формы с гиперемированным валиком, дно покрыто фибрином. Взята биопсия.

Ацидометрия желудка: натощак - рН в теле 2,4; в антруме 4,2; через 30 минут после стимуляции 0,1% р-ром гистамина в дозе 0,008 мг/кг - рН в теле 1,4; в антруме 2,8.

Биопсийный тест на НР-инфекцию: положительный (++)

Задание к задаче

1. Клинический диагноз и его обоснование.
2. Этиопатогенез заболевания.
3. Перечислите основные методы и способы диагностики НР-инфекции.

Ответ к задаче

1. ЯБ12пк, активность I ст, 1ые выявленная, Нр-ассоциированная, неосложненная, начало эпителизации, с сохраненной кисл-общей ф жел., фаза обостр-я. Гастрит, бульбит, реакт.панкреатит, перегиб ж.п.

задача 3

Больной С., 67 лет, пенсионер. На момент поступления больной предъявляет жалобы на тяжесть в эпигастральной области после еды, тошноту, рвоту съеденной накануне пищей, общую слабость. Похудел на 7 кг за последние 5 мес.

Наследственность: неотягощена

Вредные привычки: отрицает.

Состояние больного средней тяжести. Сознание ясное. Положение активное. Кожные покровы: бледные, нормальной влажности, чистые. Видимые слизистые оболочки бледно-розового цвета. Подкожная жировая клетчатка развита умеренно. Отеков нет.

Периферические лимфатические узлы не увеличены.

Пульс 74 удара в минуту, ритмичный, АД 100/70 мм рт. ст. При аускультации тоны сердца звучные, соотношение тонов сохранено.

Тип дыхания - грудной. ЧДД 18 в минуту.

Аускультация: над всей поверхностью легких выслушивается везикулярное дыхание.

При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Наблюдается пульсация брюшной аорты. Глубокая пальпация: В левой подвздошной области определяется безболезненное, плотной эластической консистенции, смещающаяся неурчащая сигмовидная кишка. Слепая кишка пальпируется в правой подвздошной области, безболезненная, подвижная, слегка урчащая. Размеры печени по Курлову 10*8*6 см Селезенка не пальпируется.

Эндоскопическое исследование

Заключение: опухоль выходного отдела желудка. Недостаточность кардия. Эрозивный эзофагит.

УЗИ Заключение: хронический холецистит, конкремент желчного пузыря.

Задание:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Дополнительные методы исследования?
3. Этиология заболевания?

Ответ: 1. диагноз. Рак желудка Осл: субкомпенсированный стеноз выходного отдела желудка.

Задача 4

Больной В., 51 год, инженер

Жалобы при поступлении : на тошноту которая как правило заканчивается рвотой, возникающую через 1- 2 часа после приема острой, соленой, жареной пищи и алкоголя. (Рвотные массы без примеси крови и желчи.)

на одышку, сердцебиение, слабость в ногах при физической нагрузке (подъем на второй этаж, ходьба быстрым шагом).

Состояние больного удовлетворительное. Положение активное. Рост 175 см, вес 69.5 кг. Подкожно-жировая клетчатка выражена умеренно. Кожные покровы обычной бледные, чистые. На лице в области скуловых дуг с обеих сторон отмечаются телеангиоэктазии. Тургор кожи сохранен, кожа суховата, эластичность несколько снижена. Лимфатические узлы не пальпируются. Пульс 80 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Тоны сердца приглушены, ослаблены на верхушке, ритмичные.

Дыхание ритмичное небольшой глубины. Частота дыхания 24 в минуту. При сравнительной перкуссии легких над всей поверхностью легочных полей определяется выраженный коробочный звук.

Аускультация легких: дыхание ослабленное, что более выражено при аускультации в нижних отделах легочных полей. Губы сухие, язык влажный, обложен сероватым налетом. Живот симметричный с обеих сторон, при поверхностной пальпации брюшная стенка мягкая, безболезненная, ненапряженная.

В эпигастральной области слева определяется образование округлой формы размером примерно 3 на 5 см, безболезненное, легко смещаемое.

Границы печени по Курлову 9,8,7. Селезенка не пальпируется

Клинический анализ крови гемоглобин 56 г\л

эритроциты $1.97 \cdot 10^{12}$, цветной показатель 0.86

количество лейкоцитов $5.7 \cdot 10^9$, эозинофилы 1

сегментоядерные 4, лимфоциты 20, моноциты 15,

СОЭ 25 мм\ч

Ректороманоскопия: Заключение: наружный геморрой, хронический проктосигмоидит.

Фиброгастроскопия: Заключение: эндоскопическая картина карциномы желудка на фоне атрофического гастрита.

ЗАДАНИЕ:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Ранняя диагностика данного заболевания?
3. Основная симптоматология данного заболевания?

Ответ; 1. диагноз: рак желудка 3 стадия, Осложнения: хроническая постгеморрагическая анемия

ЗАДАЧА 5

Больной Е., 25 лет доставлен «Скорой медицинской помощью». Жалобы на спастическую боль в животе, слизь с кровью в кале, поносы (до 20 раз в сутки), общую слабость.

При эндоскопическом исследовании тонкой кишки обнаружено неравномерное утолщение слизистой оболочки, наличие узких язв-трещин, сужение просвета кишки (картина "бульжной мостовой"). В анализах лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом, увеличение СОЭ, анемия, повышение активности острофазных белков крови.

1. Какой диагноз Вы поставите?
2. Необходимые диагностические мероприятия?
3. Охарактеризуйте синдром поражения тонкого кишечника.

ОТВЕТ: болезнь Крона.

ЗАДАЧА 6

Больной Р., 26 лет. В течение 6 месяцев у больного разжиженный учащенный со слизью до 5-6 раз в день стул, в последние 2 месяца в кале появились прожилки крови, редко

сгустки крови, за последние 3 недели примесь крови в кале стала постоянной. Беспокоят

боли в животе, часто перед дефекацией, снижение аппетита, похудание, субфебрильная

температура. Амбулаторное лечение курсами антибиотиков и пробиотиками без стойкого эффекта.

Осмотр: отмечается Бледность кожных покровов и слизистых оболочек. Сердце - ЧСС 87

ударов в минуту, тоны звучные, мягкий систолический шум в V т. Боткина, не связанный

с тоном, экстракардиально не проводится. Живот умеренно вздут, болезненный при

пальпации ободочной кишки, петли сигмы и слепой спазмированы. Печень +1,5; +2; +3,

плотная.

Дополнительные данные исследования к задаче

1. Общий анализ крови: НЬ - 96 г/л; Ц.п. - 0,8; Эр - $3,7 \times 10^{12}/л$; ретикулоциты - 18%; Лейк - $12,0 \times 10^9/л$; п/я - 7%, с/я - 43%, э - 5%; л - 36%, м - 9%, СОЭ - 18 мм/час; тромбоциты - $330 \times 10^9/л$.

2. Копрограмма: кал полужидкой консистенции, коричневого цвета с красными вкраплениями, мышечные волокна непереваренные в умеренном количестве, нейтральный жир — нет, жирные кислоты — немного, крахмал внеклеточный - довольно много. Резко положительная реакция Грегерсона. Л - 12-15-30 в п/з, Эр - 30-40-50 в п/з, слизь - много.

3. Колонофиброскопия: осмотрены ободочная и 30 см подвздошной кишки. Слизистая оболочка подвздошной кишки бледно-розовая, очагово гиперемирована, отечна, со смазанным сосудистым рисунком, множественными кровоизлияниями, линейными язвами до 0,6 см на стенках восходящей и поперечной кишок. Выражена контактная кровоточивость. Слизистая оболочка сигмовидной и прямой кишки бледно-розовая, очагово гиперемирована, выражена контактная кровоточивость.

Задание к задаче

1. Сформулируйте диагноз.

2. Назовите синдром поражения толстого кишечника.

3. Лабораторные методы исследования кишечника? Их диагностическое значение ?

Ответ к задаче

1. НЯК, тотальн. Акт. фаза. Разв. стад. Ср-т. фор. Анем. ср. ст. тяж

ЗАДАЧА 7

Больная З., 19 лет, с 1-го года жизни страдает запорами, стул в последний год через 4-5 дней, преимущественно после очистительной клизмы, самостоятельная дефекация редко, затрудненная, неполная. В 3 года перенесла кишечную инфекцию неясной этиологии.

Осмотр: кожа бледно-розовая, синева под глазами, живот умеренно вздут, болезненный по ходу ободочной кишки, сигма расширена, уплотнена, каловые камни. Печень +1 +1,5 +в/3. По другим органам без изменения.

Дополнительные данные исследования

Общий анализ крови: НЬ - 118 г/л, Эр - $4,0 \times 10^{12}/л$; Ц.п. - 0,89, Лейк - $6,2 \times 10^9/л$; п/я - 3%, с/я - 47%, э - 4%, л - 40%, м - 6%, СОЭ - 11 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок - 80 г/л, альбумины - 56%, глобулины: сг1 - 5%, сс2 - 9%, р - 13%, у - 17%; АлАТ - 24 Ед/л, АсАТ - 28 Ед/л, ЩФ - 177 Ед/л (норма 70-140), амилаза - 54 Ед/л (норма 10-120), тимоловая проба - 3,5 ед, билирубин общ. - 12 мкмоль/л, из нс связ. - нет.

Копрограмма: цвет темно-коричневый, оформленный; рН 7,5 мышечные волокна - в небольшом количестве; крахмал внутриклеточный .. внеклеточный - много; йодофильная флора - значительное количество; растительная клетчатка непереваримая - немного; слизь - много; Л - 1-2 в п/з.

Ирригография: толстая кишка гипотонична, сигмовидная - значительно удлинена, расширена. Прямая кишка широкого диаметра, гипотонична, при осмотре выделение небольшой порции бария из ануса. Опорожнение из кишки неполное, рисунок слизистой оболочки толстой кишки перестроен, сглажен, гаустрация в дистальном отделе толстой кишки выражена слабо.

Задание к задаче

1. О какой патологии можно думать?
2. Какие дополнительные данные анамнеза требуются?
3. Охарактеризуйте синдром поражения толстого кишечника

Ответ к задаче

1. Мегадолихоколон. Хр. колит в ст. обостр. Энкопрез.

ЗАДАЧА 8

Больной Ш., 47 лет.

ЖАЛОБЫ НА МОМЕНТ ПОСТУПЛЕНИЯ: на тупые, ноющие боли в левой подвздошной области и около пупка, на тянущие боли во время дефекации, на чувство неполного опорожнения после акта дефекации; на запор (в течение 3 дней); на вздутие и урчание в животе; на тяжесть в правом подреберье, возникающую через 1-2 часа после приема жирной, острой пищи, сопровождающейся тошнотой, иногда рвотой желчью, боли проходят в покое, при применении баралгина; на чувство дискомфорта, тяжести, иногда тупые боли локализующиеся в эпигастриальной области и

возникающие сразу после приема пищи, эти боли, как правило, проходят самостоятельно, иногда сопровождаются изжогой; также предъявляет жалобы на общее недомогание, слабость, головную боль.

Свое заболевание связывает с перенесенной дизентерией(1,5 года назад). До настоящего времени примерно два раза в год отмечал ухудшения течения однако систематически терапию не получал .

Состояние больного удовлетворительное. Положение активное. Телосложение правильное, Лимфатические узлы: не пальпируются.

Пульс 80 ударов в минуту, ритмичный, АД 140/90 мм. Рт. Ст. Тоны сердца приглушены.

Дыхание ритмичное. Частота дыхания 18 в минуту.

при сравнительной перкуссии определяется ясный легочный звук, в нижних отделах с легким коробочным оттенком. Аускультация легких: дыхание жесткое, ослабленное в нижних отделах легких.

При поверхностной пальпации брюшная стенка мягкая, безболезненная, ненапряженная. При глубокой пальпации в левой подвздошной области определяется болезненная, переполненная, плотной консистенции сигмовидная кишка. Слепая и поперечно-ободочная кишка при пальпации болезненны, переполнены, плотной консистенции. При ориентировочной перкуссии свободный газ и жидкость в брюшной полости не определяются. Аускультация: перистальтика кишечника обычная.. Границ печени по Курлову 9,8,7. Селезенка не пальпируется.

ЗАДАНИЕ:

- 1.ваш предварительный диагноз?
- 2.этиопатогенез заболевания?
- 3.клиническая картина характерная для данного заболевания?

Ответ: ДИАГНОЗ.

Основное заболевание: Хронический колит, в стадии обострения. Хронический гастроудоденит в стадии начала ремиссии. Желчно-каменная болезнь. Хронический калькулезный холецистит, в стадии начала ремиссии. Геморрой вне обострения.

Сопутствующие заболевания: ишемическая болезнь сердца. Стенокардия напряжения второй функциональный класс. Гипертоническая болезнь 2 ст.

ЗАДАЧА 9

Больной Р., 25 лет, предъявляет жалобы на интенсивные боли в нижних отделах живота справа, схваткообразно усиливающиеся. Тошноту, озноб. Общую слабость, недомогание.

Из анамнеза: Боли в эпигастрии начались около 4 часов утра. Выпил таблетку спазмолитика(Но-шпы), боли несколько уменьшились, но не прошли. Постепенно боли из эпигастрия сместились в правую подвздошную область. Боли носили постоянный интенсивный характер, схваткообразно усиливаясь. Появились озноб, тошнота, общая слабость, чувство недомогания.

Общее состояние больного средней тяжести. Выражение лица спокойное. Сознание ясное. Положение больного вынужденное. Температура тела 37,2°C. Кожные покровы и

видимые слизистые чистые, обычной окраски, влажные. Тоны сердца приглушены. Пульс ритмичный, среднего наполнения, 84 удара в минуту, АД - 160/90 мм. рт. ст. Тип дыхания смешанный. ЧДД 16 в минуту. Перкуторно - ясный легочный звук. Аускультативно выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. Язык сухой, у корня обложен белым налетом. Живот симметричен, не вздут. Видимая перистальтика и антиперистальтика желудка и кишечника отсутствует. При дыхании правая половина живота отстает от левой. При поверхностной пальпации живот мягкий, болезненный в правой подвздошной области, где определяется защитное напряжение мышц, положительный симптом Воскресенского. При методической, топографической, глубокой, скользящей пальпации по Образцову - Стражеско: резкая болезненность в правой подвздошной области, положительные симптомы Щеткина-Блюмберга, Раздольского, Ровзинга, Образцова. Размеры печени по Курлову 9см-8см-7см. селезенка не пальпируется.

Анализ крови и мочи нормальные.

ЗАДАНИЕ:

1. ваш предварительный диагноз?
2. причины возникновения синдрома «острого живота»?
3. Клинические проявления синдрома «острого живота»?

Ответ: диагноз: острый флегмонозный аппендицит, ограниченный перитонит

ЗАДАЧА 10

Больная 24 лет, предъявляет жалобы: на периодически повторяющиеся тупые, ноющие боли в животе (в эпигастрии и правом подреберье), возникающие спустя 1-2 часа после еды и натощак (ночью). На отрыжку кислым, снижение аппетита, повышенное газообразование, общую слабость, головокружение, быструю утомляемость, запоры.

Отмечает стихание болей после приема пищи. Боли усиливаются в осенний период (сентябрь - октябрь) и весной (февраль - март);

Считает себя больной в течение нескольких лет.

Общий осмотр Состояние больной удовлетворительное. Больная сниженного питания. Кожа смуглая, умеренно влажная, эластичная, чистая, t=36,4°C, симптомы жгута, щипка - отрицательны. Частота дыхания=18 в минуту, ритмичное. Одышки нет. При аускультации легких дыхание везикулярное по всем полям, побочные дыхательные шумы не выслушиваются. При аускультации сердечные тоны четкие, ясные, средней звучности, ритмичные. ЧСС=75 в мин. артериальное давление: -120/60 мм рт. ст. Язык розовый, влажный, у основания покрыт белым налетом. При поверхностной пальпации живот мягкий, выявляется умеренная болезненность в эпигастрии и правом подреберье. Симптомы Щеткина-Блюмберга, Думбадзе, Воскресенского отрицательны. Край печени не выступает из-под правой нижней реберной дуги, умеренно болезненный, селезенка не пальпируется. Патологические симптомы поражения желчного пузыря: Кера, Мерфи, Ортнера - положительные

УЗИ

Заключение: Деформация желчного пузыря. УЗ-признаки сгущения желчи.

ФЭГДС

Заключение: Эрозии луковицы ДПК, слабо выраженный смешанный (поверхностный и «зернистый») гастрит.

Задание:

1. Поставьте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Составьте план обследования для верификации диагноза. Ожидаемые результаты.

3. Патогенез заболевания?

ОТВЕТ: диагноз: Дискинезия желчевыводящих путей по гипотоническому типу на фоне деформации желчного пузыря. Эрозивный дуоденит. Смешанный (поверхностный и «зернистый») гастрит, обострение

НЕФРОЛОГИЯ

ЗАДАЧА 1

Больная Т., 20 лет обратилась с жалобами на утомляемость, плохой аппетит, боли в поясничной области и животе, на головную боль, на бо-

лезненные позывы и рези при мочеиспускании.

Общее состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, температура 37,5 °С. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Число дыханий 26 в минуту. Тоны сердца чистые, громкие. Частота сердечных сокращений 88 в минуту. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон. Мочеиспускание учащено.

- Общий анализ мочи: реакция щелочная, белок 0,035 г/л, лейкоциты – сплошь в поле зрения, эритроциты – 0-1 в поле зрения, бактерии – много.

Задание:

1. ваш предварительный диагноз?
2. Патогенез заболевания ?
3. Дополнительные методы исследования?

Ответ DS: пиелонефрит.

ЗАДАЧА 2

Пациент Р., 30 лет поступил в урологическое отделение с Жалобами на повышение температуры, тянущие боли в поясничной области, частое и болезненное мочеиспускание, общую слабость, головную боль, отсутствие аппетита. В анамнезе у пациента хронический пиелонефрит в течение 6 лет. *Объективно:* температура 38,8 °С. Состояние средней тяжести. Сознание ясное. Гиперемия лица. Кожные покровы чистые, подкожно-жировая клетчатка слабо развита. Пульс 98 уд./мин., напряжен, АД 150/95 мм рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный, симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон.

Задания

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Составте план обследования больного.
3. Клинические проявления данного заболевания ?

Ответ

Диагноз: обострение хронического пиелонефрита.

Задача 3

У больного М., 30 лет, через 2 недели после перенесенной ангины, утром внезапно появились отеки. В анамнезе заболевания почек нет. При поступлении: общее состояние средней тяжести, бледность и одутловатость лица, массивные отеки ног, поясницы, асцит, жидкость в плевральной полости. В легких при аускультации в нижних отделах дыхание ослабленное. Сердечные тоны ритмичные, ясные. АД - 190/120 мм рт. ст. Живот мягкий, болезненный при пальпации в области проекции почек.

Общий анализ мочи: уд. вес - 1010, белок - 0,6 г/л, эр. - 50-60 в п/зр., цилиндры: гиалиновые, зернистые.

Общий анализ крови: Нв - 120 г/л, эритроциты - $4,6 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. - $8,3 \times 10^9$ /л, СОЭ - 20 мм/час.

Общий белок: 65 г/л

Задание к задаче

1. Предварительный диагноз.
2. План обследования.
3. Этиология заболевания?

Эталон ответов к задаче

1. Предварительный диагноз: острый нефритический синдром.
2. План обследования: динамика уровня креатинина, электролитов. Уровень противострептококковых антител. Общий белок, фракции. УЗИ почек (увеличение размеров, отек паренхимы). Глазное дно: ретинопатия при хроническом и подостром гломерулонефрите. Рентгенография грудной клетки (признаки застойных явлений). Нефробиопсия.

ЗАДАЧА 4

В отделение поступила больная С., 45 лет, учитель.

Жалобы больной: Покраснение мочи, уменьшение количества мочи, боли в поясничной области. Общая слабость, повышение температуры до $37,6^{\circ}\text{C}$, отеки.

Свое заболевание связывает с перенесенной простудой.

При поступлении: общее состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, отмечается одутловатость лица, отеки ног. В легких при аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 22 в минуту. Сердечные тоны ритмичные, ясные. АД - 180/110 мм рт. ст. Пульс 96 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Отмечается болезненность при пальпации в области проекции почек. Симптом поколачивания положительный.

Общий анализ мочи: уд. вес - 1010, белок - 0,8 г/л, эр. - 40-50 п/зр., цилиндры: гиалиновые, зернистые.

Общий анализ крови: Нв - 90,0 г/л, эритроциты - $2,6 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. - $8,3 \times 10^9$ /л, СОЭ - 22 мм/час.

Общий белок: 62 г/л

Суточное количество выделенной мочи: 350 мл

Задание

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Дополнительные методы исследования?
3. Патогенез заболевания?

ОТВЕТ:

Диагноз клинический: Острый гломерулонефрит с нефритическим синдромом, период начальных проявлений без нарушения функции почек.

Задача 5

Пациент, 36 лет находится в урологическом отделении. Предъявляет жалобы на резкую слабость, утомляемость, жажду и сухость во рту, тошноту, периодическую рвоту, снижение аппетита, плохой сон.

Плохо переносит ограничение жидкости. Сознание ясное, положение в постели активное. Кожные покровы бледные, лицо одутловатое, небольшие отеки в области стоп и голеней. Рост 166 см, вес 58 кг. Частота дыхания 24 в минуту, пульс 96 ударов в минуту, ритмичный, АД 150/90 мм рт. ст.

В биохимическом анализе крови отмечается незначительное повышение фибриногена, повышенное содержание мочевины и креатинина.

Задания

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Этиология заболевания?
3. Дополнительные методы исследования?

ответ

диагноз: хроническая почечная недостаточность

ЗАДАЧА 6

Больной М. 17 лет

Жалобы при поступлении: на повышенную утомляемость, общую слабость.

Болеет в течении 16 лет, когда в первые 6 месяцев поставили диагноз двусторонняя гипоплазия почек. До настоящего времени обследуется планово каждый год. В течении заболевания самочувствие было удовлетворительным без жалоб, отеков не было.

Перенесенные заболевания ОРВИ часто, ветряная оспа, краснуха, энтеробиоз, хр.тонзилит. Наследственность неотягощена.

Общее состояние средней степени тяжести.. Кожные покровы бледно-розовые, чистые, сухие, тургор сохранен. Пастозность век. Подкожная жировая клетчатка развита слабо, распределена равномерно. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Дыхание через нос свободное, над легкими дыхание везикулярное, хрипов нет. Перкуторно ясный легочной звук. Тоны сердца ритмичные, ясные. Живот мягкий, безболезненный. Стул оформленный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание безболезненное.

1. Общий анализ крови ,Гемоглобин 85 г/л

Эритроциты $2,8 \times 10^{12}/л$

СОЭ 24 мм/ч

Лейкоциты $4,2 \times 10^9/л$

Эозинофилы 7 %

2.В биохимическом анализе крови отмечается незначительное повышение фибриногена, повышенное содержание мочевины и креатинина.

3.Общий анализ мочи Плотность: 1007,Цвет: соломенно-желтый, Прозрачность: полная, Реакция: кислая, Белок: 2,97 г/л , Сахар отр, Лейкоциты: 2-3 в поле зрения

Эритроциты: большое количество,Соли оксалаты +

Эпителий единичный

Заключение: Гематурия, оксалурия, признаков воспаления нет..

Вопросы

- 1.Ваш предварительный диагноз?
- 2.Этиология заболевания?
- 3.Стадии ХПН?

Ответ

Клинический диагноз: Хроническая почечная недостаточность Шст. на фоне дисплазии.

Осложнение: анемия средней степени тяжести

ЗАДАЧА 7

Больной В.,22 лет, водитель, поступил с жалобами на слабость, отёки локализованные на лице, ногах, животе, которые появляются с утра и нарастают в течение дня, одышку при незначительной физической нагрузке, с нарушением вдоха (инспираторного характера), постоянные головные боли в затылочной области давящего характера, учащённое мочеиспускание в ночное время суток (никтурия), уменьшение объёма отделяемой мочи (олигурия), зуд и сухость кожи.

Из Анамнеза :В детстве частые простуды, бронхиты, в 5-6 лет (точно не помнит) обнаружилась протеинурия, в 14 лет выявлена артериальная гипертензия.

Считает себя больным с того момента как искупался в холодной воде несколько недель назад, в последующем появился кашель, головные боли, общая слабость, отёки локализованные преимущественно на лице по утрам, одышка. Методом УЗИ выявлено ВАР (врождённая аномалия развития): гипоплазия обеих почек.

Наследственность не отягощена .

Общее состояние больного: состояние больного средней степени тяжести. Сознание: ясное. Положение: активное. Телосложение: нормостеническое. Температура тела: колеблется в пределах от 36,8 °С до 37, 2°С;

Кожные покровы сухие, бледно-жёлтого цвета, слизистые бледно-розового цвета. Тurgор кожи не изменен. Подкожно-жировая клетчатка: развита умеренно, видны отёки на ногах и увеличение живота в объёме.

Дыхание: ЧСС 24 в минуту. Дыхание поверхностное, ритмичное. Перкуторный звук лёгочный, изменения не наблюдается. Хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ЧСС 110 ударов в минуту. I тон на верхушке приглушен, II тон на лёгочной артерии ослабленный, расщепления и раздвоения нет. Артериальное давление: 150/100 мм. рт.

Живот: Обычной формы, симметричен, не вздут, видимой перистальтики кишечника, и венозных коллатералей нет. Асцита нет.

Размеры печени по Курлову: 12 см, 11 см, 9 см.

Селезёнка не пальпируется.

Поясничная область: симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Почки: не пальпируются.

Болезненности при пальпации в болевых точках нет.

ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Биохимический анализ крови: Белок 60,2, Билирубин 13,5 ммоль/л, Мочевина 22,7 ммоль/л, Креатинин 960 , К - 6,5 Na - 147 , Ca - 1,48, Cl - 96.

2. Общий анализ крови: Гемоглобин 92 г/л, Эрит. 3,2 мм, Цвет. пок-ль 0,87, Лейк. 4,3, ПЯН - 4 СЯН- 54

Эозинофилы- 4 Базофилы-1, Лимфоциты-29, Моноциты- 8, СОЭ-25

3. Исследование мочи Количество- 200, Цвет сол-жёл, Прозрачность- полная, Реакция- кислая, Плотность-1,008, Белок- 0,72 , Лейкоциты- 0-8 Эритроциты- 1-2 в поле зрения

Анализ мочи по Зимницкому: Общий диурез: 1880 мл,

Дневной: 720 мл, Ночной: 860 мл.

Скорость клубочковой фильтрации = 5-10 мл в минуту

ЗАДАНИЕ

1.Ваш предварительный диагноз?

2.Стадии ХПН?

Клинико-биохимическая симптоматика ХПН?

ОТВЕТ

Основное заболевание: хроническая почечная недостаточность.

ЗАДАЧА 8

Больной 53 лет накануне случайно выпил 150 мл раствора сулемы (1:1000). В больнице промыт желудок. В первые 12 часов состояние больного было удовлетворительным. На следующий день головная боль, тошнота, рвота, анурия. Состояние средней тяжести. Жалуется на жажду, сухость во рту, слабость, тошноту, головную боль, отсутствие позывов к мочеиспусканию. Язык сухой, обложен коричневым налетом. Почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Анализ крови: Гемоглобин – 90,0 г/л, эритроциты -2,5 млн., л-4,3, СОЭ-33 мм/час, мочевины крови - 21,6 ммоль/л, калий - 6,7 мэкв/л, натрий - 127 мэкв/л.

1.Поставьте предварительный диагноз.

2.обоснуйте лечебную тактику

3.Этиология заболевания?

. Эталон ответа: 1.Острое отравление сулемой, острая почечная недостаточность, олигоанурическая стадия.

2. Показаны гемодиализ и комплексная лекарственная терапия.

ЗАДАЧА 9

На прием к врачу обратилась пациентка Д., 54 л., Жалобами на периодические приступообразные боли в поясничной области, боли в конце мочеиспускания после употребления в пищу квашеной капусты, лимонов. Последний раз на приеме была год назад, диету не соблюдает, лекарств никаких не принимает.

Объективно: рост 165 см, вес 90 кг. Тоны сердца ясные. ЧСС 80 в мин, АД 150/100 мм рт. ст. (р.д. 140/90 мм рт. ст.), Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

Обзорная и экскреторная урография

Заключение: Камни левой почки. Левосторонняя пиелоэктазия, гидронефроз.

Задания

1. Ваш предварительный диагноз?

2.Дополнительный план обследования?

3.Этиология заболевания?

ОТВЕТ

Диагноз: мочекаменная болезнь, оксалатные камни.

ЗАДАЧА 10

У женщины 45 лет длительное время наблюдались боли в поясничной области, больше справа, усиливающиеся при ходьбе, физической нагрузке. Лечилась у невропатолога по поводу остеохондроза. Вчера, после прогулки, боли в поясничной области усилились, иррадиировали вниз живота. Больная приняла 2 таблетки анальгина, после чего боли утихли, но появилась примесь крови в моче, после чего женщина обратилась к врачу.

При лабораторном исследовании в анализе мочи протеинурия (белок 0,15 г/л), лейкоцитурия 8-12 в п/зр., микрогематурия до 60 эритроцитов в п/зр.

На обзорной рентгенограмме органов брюшной полости в проекции правой почки контрастная тень размером 2,5х2 см.

Вопросы к ситуационной задаче

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования следует применить?
3. Патогенез заболевания?

Ответ к ситуационной задаче_1. МКБ

ЭНДОКРИНОЛОГИЯ

Задача 1

Азамат, 10 лет. Год назад мать заметила, что у ребенка появились усталость, слабость, утомляемость, повышение аппетита, похудание, двусторонний экзофтальм. В последние 2 недели состояние ухудшилось: отмечались головокружения, обмороки, раздражительность, дрожание верхних конечностей, изменение почерка, потливость.

Данные объективного осмотра: Рост 142 см, вес 21.5 кг. Отмечается суевеличье, лабильность настроения, потливость. Воронкообразная грудная клетка. Выражена пульсация сосудов шеи. Верхушечный толчок в V межреберье, усилен. Границы относительной сердечной тупости: левая – по среднеключичной линии, правая – по правому краю грудины. Тоны сердца акцентированы. Пульс 138 в минуту, АД – 120/45 мм ртутного столба. Печень +1 см. Щитовидная железа деформирует шею, эластична, однородна, безболезненна. Экзофтальм, симптом Грефе +, симптом Мебиуса +. Тремор век, языка, пальцев вытянутых рук.

Данные лабораторных исследований:

- Клинический анализ крови: эритроциты $5.4 \times 10^{12}/л$, Нв 126 г/л, лейкоциты $7.9 \times 10^9/л$, тромбоциты $344 \times 10^9/л$, п/я – 2%, с/я – 57%, лимфоциты 24%, эозинофилы – 3%, СОЭ 5 мм/час. Длительность кровотечения 3', свертываемость крови: начало 1', конец – 3'.
- Общий анализ мочи: прозрачная, светло-желтая, относительная плотность 1025, белок – отсутствует, сахар – нет, лейкоциты – 1 в поле зрения, эритроциты – отсутствуют.
- Биохимический анализ крови: общий белок 66 г/л, мочевина 3.6 ммоль/л, триглицериды – 0.99, холестерин – 2.8 ммоль/л, β – липотпротеиды – 26, билирубин

непрямой 15 мкмоль/л, серомукоид – 0, 231, сахар 6.6 ммоль/л, тимоловая проба – 3.4, К – 3.9 ммоль/л, Са⁺⁺, 1.12 ммоль/л.

- Анализ крови на гормоны: Т₃ своб. – 35 (норма 4.25-8.10), Т₄ своб. 80.3 (норма 10 – 25.0), ТТГ – 0 (норма 0.24 – 3.5).

Задание:

1. Поставить и обосновать диагноз.
2. Оценить исследования.
3. Методы исследования при заболевании щитовидной железы?

Ответы и пояснения к задаче

1. Диффузный токсический зоб, II степени, средней тяжести.

Щитовидная железа увеличена и деформирует шею, что соответствует II степени зоба (по классификации ВОЗ).

Диагноз подтвержден гормональным профилем – повышение Т₃ своб., Т₄ своб., снижение ТТГ. На ЭКГ выявлена тахикардия, синусовая аритмия, повышение активности миокарда левого желудочка. Метаболические изменения в крови – снижение холестерина и повышение глюкозы характерны для тиреотоксикоза

ЗАДАЧА 2

Больная С., 48 лет, предъявляет жалобы на сонливость, слабость, апатию. Болеет несколько лет. Пациентка отмечает снижение памяти, рассеянность, часто забывает принимать лекарства.

Положение в постели активное. Рост - 164 см, вес - 88 кг. На вопросы отвечает правильно, но медленно. Кожные покровы бледные, сухие; кисти и стопы холодные. Затруднено дыхание через нос из-за вазомоторного ринита. Рс-56 ударов в минуту, ритмичен, слабого наполнения и напряжения, АД 110/70 мм рт. ст., ЧДД 16 в 1 минуту, температура тела 36,2° С.

Задания

- 1) Ваш предварительный диагноз?
- 2) Лабораторные методы исследования щитовидной железы?
- 3) Этиология заболевания?

диагноз: гипотиреоз

ЗАДАЧА 3

Пациент 35 лет, находится на стационарном лечении .

Жалобы на сухость во рту, жажду, учащенное мочеиспускание, зуд кожных покровов, общую слабость.

Объективно: состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, сухие со следами расчесов, подкожно-жировая клетчатка выражена слабо. Язык сухой. Тоны сердца ясные. Пульс 88 уд./мин., АД 140/90 мм рт. ст., Дыхание везикулярное. Хрипов нет. ЧДД 16 в мин. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задания

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Методы определения сахара в крови и моче?
3. Осложнения данного заболевания?

Эталон ответа

Диагноз: сахарный диабет I типа

ЗАДАЧА 4

Вызов врача на дом : мужчина 50 лет, внезапно потерял сознание. Со слов жены , выяснилось , что мужчина страдает сахарным диабетом и в настоящий момент активно работал в квартире, где идет ремонт.

Объективно: кожные покровы влажные, тургор кожи не изменен, пульс 60 в минуту, слабого наполнения и напряжения. Дыхание поверхностное, ЧДД 22 в 1 минуту, зрачки расширены. Слюнотечение. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задание

1. Определите и обоснуйте состояние пациента.
2. Составьте алгоритм ваших действий
3. Продемонстрируйте технику пальпации щитовидной железы.

Эталон ответа

1. гипогликемическая кома.
 - пациент страдает сахарным диабетом;
 - повышенная физическая нагрузка;
 - кожные покровы влажные;
 - зрачки расширены.

ЗАДАЧА 5

Вызов врача на дом. У 18 летней пациентки с инсулинзависимым сахарным диабетом в течение недели отмечались слабость, тошнота, рвота, апатия, оглушенность. Кожа и

слизистые сухие. Тurgор кожи снижен. “Мягкие” глазные яблоки. Тоны сердца приглушены. Пульс малого наполнения. АД 90/60 мм рт.ст. Глубокое, шумное дыхание. Во время осмотра потеряла сознание.

Задания

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациентки.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.
3. Методы исследования щитовидной железы.

Эталоны ответов Диабетическая кома.

ЗАДАЧА 6

Врач был вызван на дом к пациенту 18 лет, страдающему инсулинзависимым сахарным диабетом. Со слов родителей несколько минут назад он пожаловался на чувство голода, дрожь, потливость, затем потерял сознание. Кожа бледная, влажная. Гипертонус мышц. Зрачки расширенные. Дыхание нормальное. Пульс 100 уд./мин. АД 130/90 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задания

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Какие мероприятия необходимо провести?
3. Осложнения сахарного диабета?

ОТВЕТ Гипогликемическая кома.

ЗАДАЧА 7

Пациент 35 лет, находится на стационарном лечении.

Жалобы на сухость во рту, жажду, учащенное мочеиспускание, зуд кожных покровов, общую слабость.

Объективно: состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, сухие со следами расчесов, подкожно-жировая клетчатка выражена слабо. Язык сухой. Тоны сердца ясные. Пульс 88 уд./мин., АД 140/90 мм рт. ст., Дыхание везикулярное. Хрипов нет. ЧДД 16 в мин. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задания

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Методы определения сахара в крови и моче?
3. Осложнения данного заболевания?

Эталон ответа

Диагноз: сахарный диабет I типа

ЗАДАЧА 8

К терапевту обратился больной с жалобами на кровоточивость мелких сосудов, десен, выпадение волос. Врач рекомендовал ему длительный прием отвара шиповника. Обоснуйте назначение врача.

ОТВЕТ: У больного симптомы гиповитаминоза витамина С, который является

коферментом пролингидроксилазы, катализирующей гидроксилирование пролина.

Гидроксипролин входит в состав коллагена, который является основным веществом

соединительной ткани. В шиповнике содержится максимальное количество витамина С, что позволяет в короткие сроки восполнить его недостаточность в организме

ЗАДАЧА 9

Больная л., 34 лет. Жалуется на избыточную массу тела, повышенную утомляемость, периодическую боль в правом подреберье, усиливающуюся после приема пищи. Аппетит нормальный. Ограничения в питании переносит хорошо. Масса тела значительно увеличилась 5 лет тому назад после родов. Развивалась нормально. Менструации с 13 лет, регулярные. Любит мучные изделия, сладости. Отец и мать страдают ожирением 1-2 ст. Младший брат имеет ожирение 1 ст. Объективно. Рост - 168 см, масса тела - 96 кг. Отложение подкожной жировой клетчатки равномерное. Кожа обычной окраски и влажности. Пульс - 78 ударов в мин., ритмичный. АД - 135/80 мм.рт.ст. Левая граница относительной сердечной тупости в V межреберье на 1 см. кнаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца ослаблены. Дыхание везикулярное. Нижний край печени выступает из-под реберной дуги на 2 см, болезненный. Симптом Орнтера положительный. Вторичные половые признаки развиты нормально. Щитовидная железа не увеличена.

Дополнительные исследования. Тест с сахарной нагрузкой: натощак - 5.5 ммоль/л, через 2 часа - 7.5 ммоль/л

Вопросы и задания:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Определите степень ожирения.
3. Причины ожирения?

Ответ: 1. Диагноз: Алиментарно-конституциональное ожирение III степени. Вторичный холецистохолангит. Дискинезия желчного пузыря по гипотоническому типу. Миокардиодистрофия.

ЗАДАЧА 10

Больная л., 40 лет. Жалобы - на головные боли, нарушение зрения, смену настроений, сонливость, периодическую гипертермию, жажду, повышенный аппетит, особенно во второй половине дня, чувство голода ночью. Нарушения менструальной функции (опсоменорея). Указанные жалобы возникли 6 лет без видимых причин. С этого времени начала увеличиваться масса тела (с 76 до 112 кг в настоящее время при росте 168 см). Объективно. Распределение подкожной жировой клетчатки по верхнему типу. Отмечается пастозность лица, гирсутизм, жирная себорея, трофические нарушения кожи, мелкие розовые стрии на бедрах, животе, гиперпигментация шеи, локтей, лимфостаз нижних конечностей. АД-150/90 мм рт. ст. Границы относительной сердечной тупости: левая-на 1,5 см кнаружи от среднеключичной линии, правая-в IV межреберье на 1 см кнаружи от правого края грудины. Тоны сердца резко ослаблены, акцент II над легочным стволом. Дыхание везикулярное, ослабленное. ЧДД - 24 в минуту с периодами апноэ. Живот увеличен в объеме, вздут. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см. Щитовидная железа не пальпируется.

Дополнительные исследования: холестерин крови-8,8 ммоль/л, триглицериды - 2,8; 17- ОКС - 20 мкмоль/сут.

Вопросы и задания:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Перечислите необходимые дополнительные исследования.

Ответ

Ds: Гипоталамическое ожирение III-IV степени. Сердечно-легочная недостаточность. АГ 1 2 ст. НК ПА. Симптоматическая энцефалопатия.

2. Необходимые дополнительные исследования: коагулограмма, краниограмма, рентгенография позвоночника. Диагностические пробы.

ГЕМАТОЛОГИЯ

ЗАДАЧА 1

Больной 42 лет жалуется на общую слабость, снижение работоспособности, одышку при ходьбе, сердцебиение.

Из анамнеза: в течение года больной отмечает выделение алой крови при дефекации.

Объективно: Состояние больного относительно удовлетворительное, бледность кожи и слизистых, тахикардия 96 уд/мин, АД 110/70 мм рт.ст.

Анализ крови: Нв 90 г/л, эр $3,8 \cdot 10^{12}$ /л, цв.показатель 0,7, лейко $4,2 \cdot 10^9$ /л, лейкоцитарная формула не изменена, тромбоциты $180 \cdot 10^9$ /л, СОЭ 18 мм/час.

Сывороточное железо 8,3 ммоль/л.

- Предполагаемый диагноз.
- Необходимые дополнительные исследования.
- Техника подсчета эритроцитов.

ОТВЕТ: ЖДА

ЗАДАЧА 2

Больная, 45 лет, поступила в клинику с жалобами на слабость, шум в ушах, головокружение, мелькание мушек перед глазами. В анамнезе геморрой десятилетней давности, дважды оперативные вмешательства по поводу геморроидальных кровотечений.

Объективно: Кожные покровы и слизистые бледные. Со стороны органов грудной клетки без особенностей. Язык чистый, печень и селезёнка не увеличены.

Анализ крови: Нв 62 г/л, ретикулоциты 3%, эр $3,05 \cdot 10^{12}$ /л, цв. показатель 0,6, лейко $4,2 \cdot 10^9$ /л, п/я 6%, сегм 51%, лимф 40%, мон 3%, тромбоциты $180 \cdot 10^9$ /л. СОЭ 19 мм/час. Анизоцитоз, пойкилоцитоз, гипохромия эритроцитов.

Содержание железа в сыворотке крови 7,2 ммоль/л

1. Ведущий синдром.

2. Предполагаемый диагноз.

3. Техника определения СОЭ? Диагностическое значение?

ОТВЕТ: ЖДА

ЗАДАЧА 3

Больной В., 44 лет, строитель.

Жалобы: на тяжесть в правом подреберье, на головную боль, возникающую к вечеру, нарушение аккомодации, на сухость во рту, тошноту, слабость, на потемнение мочи и осветление кала, на пожелтение кожных покровов.

Считает себя больным с начала года, когда появились отвращение к курению, ухудшение аппетита, нарушение аккомодации, ломота в коленных суставах, потемнение мочи и кожных покровов.

За последние шесть месяцев кровь не переливалась, инъекции не производились, за пределы страны не выезжал. В начале года лечился у стоматолога. В своем окружении инфекционных больных не отмечает. Контакт с животными не имел. Работа связана с длительным пребыванием в транспорте.

ПЕРЕНЕСЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРВИ, ангины. В 15 лет был перелом предплечья. Курит с 18-ти лет. Алкоголь не употребляет. Наркотики не употребляет.

ОБЩИЙ ОСМОТР

Состояние средней тяжести. Сознание ясное. Положение активное. Нормостенического типа телосложения. Кожные покровы желтые, обычной влажности. Кожа эластичная, тургор тканей сохранен. Дермагрофизм белый нестойкий. Выявляются единичные телеангиоэктазии, расположенные на груди; пальмарная эритема. Пульс симметричный, частотой 54 удара в минуту, ритмичный. Тоны сердца ритмичные, ясные, звучные. А.д. 110/70 мм рт. ст. Над всеми аускультативными точками выслушивается везикулярное дыхание. Хрипов нет. ЧДД 19 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Выявляется болезненность при пальпации правого подреберья. Нижний край печени острый, ровный, плотноэластичный, болезненный, выходит из под края реберной дуги на 3 см; Поверхность печени гладкая. Желчный пузырь не пальпируется. Симптомы Мерфи, Ортнера, френикус - отрицательные. Селезенка не пальпируется. Размеры печени по Курлову: по правой 13 см, 10 см, 8 см.

Результаты лабораторных исследований:

Клинический анализ крови.

Эритроциты- $4,8 \times 10^{12}/л$

Hb- 157 г/л

Цвет. показатель- 0,98

Лейкоциты- $6 \times 10^9/л$

палочкоядерные- 2%

сегментоядерные- 49%

Лимфоцитов- 18%

Моноцитов- 12%

СОЭ- 7 мм/ч

Серологическое исследование.

Геп. А - HAV IgM (-) отрицательный

Геп. С - HCV диаплюс (-) отрицательный
Геп. В - HBsAg (+) положительный

Задание:

1. ваш предварительный диагноз?
2. дополнительные методы исследования?
3. имеются ли изменения в клиническом анализе крови больного В., 44 лет? Назовите их.

ОТВЕТ: 1. ВГВ средней степени тяжести.

1. В периферической крови выявляется лейкопения, обусловленная вирусным поражением организма, и умеренный моноцитоз.

ЗАДАЧА 4

Больная 22 лет, поступила в отделение с жалобами на рецидивирующие носовые кровотечения.

Анамнез заболевания: с 7х-летнего возраста появились частые, но кратковременные носовые кровотечения, которые купируются самостоятельно.

При поступлении: состояние удовлетворительное. Незначительное кровотечение из носовых ходов (передняя тампонада).

Кожа бледно-розовая, на передней поверхности голеней и бедер многочисленные экхимозы разной давности, величиной до 2 см. Конъюнктивы и слизистая оболочка ротовой полости чистые, розовые. Катаральных явлений нет. Лимфатические узлы в подчелюстной, передне- и заднешейной группах – мелкие, единичные, эластичные, безболезненные; в подмышечной и паховой областях – множественные, мелкие, эластичные, безболезненные. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные. ЧСС 87 в минуту. Живот мягкий, безболезненный, печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул ежедневный, оформленный, без примесей.

Данные обследования:

1. Анализ крови: Hb 132 г/л, эр. 4,85.1012/л, Ht 45%, тромб. 237.109/л, лейкоц. 6,9.109/л, п/я 3%, с/я 34%, эоз. 3%, лимф. 54%, мон. 6%. СОЭ 5мм/ч.

2. Коагулограмма: факторный гемостаз компенсирован.

Задание:

1. Поставьте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимы для подтверждения диагноза?
3. Основные методы исследования свертывающей системы крови?

ОТВЕТ: 1, тромбоцитопатия

ЗАДАЧА 5

Больной Е. 19 лет, поступил в отделение с жалобами на появление 3 дня назад сыпи на теле и обильные

кратковременные носовые кровотечения, возникающие без видимых причин.

Семейный и аллергологический анамнезы не отягощены.

При поступлении: состояние средней тяжести, самочувствие не нарушено. На коже туловища и конечностей множественная распространенная петехиальная сыпь, на ногах экхимозы разной величины и давности. Катаральных явлений нет. Видимые слизистые оболочки розовые, без

геморрагий. Лимфатические узлы в подчелюстной, подмышечной и паховой группах – мелкие эластичные

единичные безболезненные; в переднешейной и заднешейной группах – множественные «сочные»

безболезненные до 0,8 см (max). Артралгий нет, кости безболезненны при пальпации. Легочно-сердечная

деятельность удовлетворительная. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах; печень у края реберной

дуги, эластичная, безболезненная. Селезенка не пальпируется, перкуторные размеры не увеличены.

Данные обследования:

1. Анализ крови: Нб 118 г/л, эр. 4,38.1012/л, тромб. 37.109/л, лейкоц. 9,9.109/л, п/я 2%, с/я 54%, эоз. 3%, лимф. 32%, моноциты 9%. СОЭ 13 мм/ч. Нт 40%.

2. Биохимический анализ крови: железо 9,2 мкмоль/л, ОЖСС 77,3 мкмоль/л, CRP 8 Ед/л.

3. Коагулограмма: факторный гемостаз компенсирован.

4. Агрегатограмма: снижение агрегации со всеми индукторами на фоне тромбоцитопении плазмы.

Задание:

1. Поставьте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимы для подтверждения диагноза?
3. Основные методы исследования антисвертывающей системы крови?

ОТВЕТ: 1. Острая тромбоцитарная пурпура.

Больная С., 32 лет.

За 15 дней до госпитализации заболела фолликулярной ангиной. Получала лечение. На 14 день болезни у больной появилась боль в голеностопном суставе и сыпь на ногах.

Данные объективного осмотра при поступлении: на голенях, бедрах, ягодицах, симметричная, больше на разгибательных поверхностях и вокруг суставов отмечается обильная экссудативно-геморрагическая сыпь. Голеностопные суставы отечны. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Число дыханий 20 в минуту. Тоны сердца звучные. Пульс 80 в минуту. АД 110/60 мм рт. столба. Живот мягкий, болезненный при пальпации вокруг пупка, в точке желчного пузыря. Аппетит снижен. Язык влажный, густо обложен белым налетом. Стул был после клизмы, оформленный, с небольшим количеством слизи.

Данные проведенного обследования:

- Анализ крови: гем.-126 г/л, эр.- 4.0×10^{12} /л, цв.п.-0.95, тромб.- 322×10^9 /л, лейкоц.- 7.4×10^9 /л, п.я.-6%, с.я.-64%, эоз.-8%, л.-18%, м.-4%, СОЭ-24 мм/час.
Время кровотечения по Дукке 3 мин, время свертывания крови по Бюргеру: начало-1 мин, конец-3 мин.

Задание.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие клинические синдромы характерны для этого заболевания?
3. План обследования.

Ответ 1. Геморрагический васкулит с кожным, суставным и абдоминальным синдромом.

2. а) кожный, б) суставной, в) абдоминальный, г) почечный

ЗАДАЧА 7

Больной У., 25 лет, предъявляет жалобы на резко возникшую сыпь, красного цвета в области голеней, локтей и ягодиц. А также на зуд в этих же областях.

Заболевание началось остро с появления сыпи на передней поверхности голени. Больной связывает данное заболевание с укусом осы, который произошел накануне. Во время высыпания отмечались также боли в животе, в течении трех дней колитического характера.

Аллергологический анамнез: реакций на отдельные пищевые продукты, растения, лекарственные вещества не отмечалось.

Общее состояние удовлетворительное, положение активное. Телосложение нормостеническое.

На коже наблюдаются высыпания багрово-красного цвета, пятнисто-папулезного характера, расположенные симметрично. Имеются очаги слияния сыпных элементов. Свежих высыпаний нет. Локализация – голени, ягодицы, руки. Кожа сухая. Температура тела – 36.6 С. Отеков нет.

ЧД-20 в мин. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧСС 100 ударов в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные. Язык сухой, налет у корня языка. Живот мягкий, безболезненный. Нижний край печени острый ровный, пальпируется по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется.

ОБЩИЙ АНАЛИЗ КРОВИ

Эритроциты – $4,4 \times 10^{12}$ /л

Гемоглобин -130 г/л

Ретикулоциты – 1,4%_(выше нормы=0,5%)
Тромбоциты - $330 \cdot 10^9/\text{л}$
Лейкоциты - $4.6 \cdot 10^9/\text{л}$
Эозинофилы-6 (выше нормы)
Нейтрофилы: палочкоядерные-1
сегментоядерные-61
Лимфоциты-29 (выше нормы)
Моноциты – 3
СОЭ-28 мм/ч

ЗАДАНИЕ:

1. ваш предварительный диагноз?
2. дополнительные методы исследования?
3. Назовите основные заболевания сопровождающиеся кровоточивостью.

ОТВЕТ: 1. Геморрагический васкулит. Кожная и абдоминальная форма. Средней тяжести. Острое течение

ЗАДАЧА 8

Больной В., 20 лет, предъявляет жалобы на болезненность правых коленного и голеностопных суставов. Отмечает появление синяков на коже после незначительных травм. Периодически бывают кровоизлияния в суставы, сопровождающиеся болезненностью и ограничением подвижности на 1-2 недели. Кровоизлияние в суставы и гематомы появляются, обычно, через 12-24 часов после травм. Жалуется на слабость в ногах и затруднение при ходьбе. Чувство онемения в нижних конечностях, более выраженное в правой ноге.

Считает себя больным постоянно, так как отмечались обширные гематомы после незначительных травм, появляющиеся на второй день.

Наследственность: Дядя по линии матери страдал гемофилией.

Общий осмотр.

Сознание ясное. Положение пациента активное. Температура тела $36,7^{\circ}\text{C}$. Сигм дисморфогенеза не выявлено. Кожные покровы бледноватые, сыпи нет. На нижних конечностях, спине, руках множественные экхимозы цвета от синего до желтого от 0,5 до 3 сантиметров в диаметре. При пальпации экхимозов в области бедра пальпируются “вишневые косточки” умеренно болезненные (межмышечные гематомы). Склеры: белого цвета, инъекций сосудов склер не выявлено.

Левые голеностопный и коленный суставы деформированы, увеличены в объеме. Кожа над ними бледно-желтого оттенка. Мягкие ткани над этими суставами отечны, контуры сглажены. При пальпации незначительно болезненны.

При *auscultation* легких выслушивается везикулярный тип дыхания, умеренной звучности. Хрипов, добавочных дыхательных шумов нет. Пульс 88 в 1 мин., удовлетворительного наполнения и напряжения, синхронный, дефицита пульса нет. АД=110/70 мм.рт.ст. сердечные тоны ясные, звучные, ритм правильный.

Язык – незначительно покрыт белым налетом, сосочковый слой не изменен. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

Данные лабораторных методов исследования

Общий анализ крови:

Эритроциты	$4.42 \cdot 10^6 / \text{mm}^3$	4.0-5.5	Норма
Гемоглобин	124 g/dl	120-140	Норма
Гематокрит	35%	Не ниже 35 %	Норма
Тромбоциты	$220 \cdot 10^3 / \text{mm}^3$	150-350	Норма
Лейкоциты	$5,6 \cdot 10^9 / \text{л}$	$5-9 \cdot 10^9$	Норма
Нейтрофилы п/я	2%	1-4	Норма
Нейтрофилы с/я	58%	50-60%	Норма
Лимфоциты	33,2 %	30-45%	Норма
Моноциты	5,8 %	4-6%	Норма
Эозинофилы	1%	1-4%	Норма
Базофилы	0%	0-1%	Норма
СОЭ	9 мм/ч	5-10мм/ч	Норма

ЗАДАНИЕ:

1. ваш предварительный диагноз?
2. Дополнительные методы исследования?
3. Охарактеризуйте геморрагический синдром.

ОТВЕТ: Клинический диагноз.

1. Основное заболевание: гемофилия А, тяжелая форма.
2. Осложнения основного заболевания: нагнаивающаяся гематома левой кисти, посттравматический вялый парализ нижних конечностей.

ЗАДАЧА 9

Больной 25 лет, студент, вскоре после вакцинации противогриппозной вакциной отметил появление небольшой желтушности кожных покровов, слабость, утомляемость, тяжесть в левом подреберье. Пальпаторно определяется увеличение селезенки на 4 см ниже края реберной дуги по левой срединно-ключичной линии.

Клинический анализ крови: Нв - 64 г/л, эр. - $2,0 \cdot 10^9 / \text{л}$, ц.п. - 0,9 г, ретикул. - 40, тромб. - $215 \cdot 10^9 / \text{л}$, лейкоц. - $15,0 \cdot 10^9 / \text{л}$, в формуле пал. - 10%, сегм. - 78%, лимф. - 10%, мон. - 2%, СОЭ - 17 мм/час. Общий билирубин 60 мкмоль/л, пр. - 10 мкмоль/л, непр. - 50 мкмоль/л, сывороточное железо - 20 мкмоль/л.

Общий анализ мочи; белок - 0,002%, реакция на гемосидерии в моче - отрицательная.

Анализ мочи по Нечипоренко: лейкоц. - 2000 в 1 мл, эр. - 1000 в 1 мл. Проба Кумбса +++.

Миелограмма: выраженная гиперплазия эритроидного ростка костного мозга эритрокариоциты - 57%, соотношение лейко/эритро 1/1.

Задание к ситуационной задаче

1. Ваш диагноз.
2. Основные виды анемий?
3. Диагностика постгеморрагической анемии ?

ОТВЕТ: 1. Предварительный диагноз: гемолитическая анемия.

ЗАДАЧА 10

Больная 40 лет поступила в клинику с жалобами на слабость, снижение работоспособности, сонливость, головокружение, шум в ушах, извращение вкуса, повышенную ломкость ногтей.

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

При осмотре состояние больной удовлетворительное. Кожа и слизистые бледные. Ногти деформированы, с продольной исчерченностью. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца звучные, систолический шум над всеми точками, ЧСС 96 уд/мин, АД 110/70 мм рт.ст. Язык влажный, бледный. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена.

В *анализе крови*: Нв 88 г/л, эр $3,2 \cdot 10^{12}/л$, цв.показатель 0,72, лейкоц 4,0 $\cdot 10^9/л$, формула не изменена, СОЭ 23 мм/час. Гипохромия эритроцитов. Сывороточное железо 8,4 ммоль/л.

- Предполагаемый диагноз
- Дайте определение СОЭ. В каких случаях отмечается его снижение ?
- Какие физические методы исследования применяют при заболеваниях крови ?

ОТВЕТ: ЖДА

Материалы практического занятия

№1. Методы обследования больных с заболеваниями органов пищеварения. Расспрос, анамнез, общий осмотр и осмотр полости рта.

ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ: Обучить студентов обследования больных с заболеваниями органов пищеварения.

КОНКРЕТНЫЕ ЗАДАЧИ:

1. Курация больных.
 2. Составление истории болезни
 3. Промежуточный контроль
 4. Методы обследования больных с заболеваниями органов пищеварения.
 5. Расспрос, анамнез, общий осмотр и осмотр полости рта.
- 1. Модель технологии практического обучения.**

Время занятия – 4 часа	Число студентов: от 10 до 12
Форма занятия	практическое занятие
План практического занятия	Курация больных. Составление истории болезни №2. Промежуточный контроль №2. Методы обследования больных с заболеваниями органов пищеварения. Расспрос, анамнез, общий осмотр и осмотр полости рта.

Цель занятия:	Обучить студентов методам обследования больных с заболеваниями органов пищеварения, расспросу, сбору анамнеза, общему осмотру и осмотру полости рта.
Методы обучения	Опрос. Демонстрация больных , интерактивный метод обучения, беседа. Практические навыки.
Формы обучения	Малыми подгруппами
Средства обучения	Учебное пособие, содержание практических занятий, проектор, компьютер
Обстоятельство обучения	Методически оборудованная аудитория
Мониторинг и оценивание	Устный контроль: вопрос-ответ, тесты, ситуационные задачи

Технологическая карта практического занятия

№	Этапы и время проведения занятия	Обучающий	Учащиеся
	Поготовительный этап (10 мин)	1.Контролирует чистоту аудитории. 2.Проверяет подготовленность студентов 3.Проверяет посещаемость студентов.	
1	Этап введения учебного процесса (10 мин)	1.Подготовка к учебной теме 2.Подготовка слайдов, мультимедий, видеокассет.	
2	Основной зап (150 мин)	1.Разделить группу на малые группы, задаём вопросы по теме. 2.Используем учебные плакаты 3.Показ слайдов и мультимедии. 4.Курация больных 5.Проводим обобщение и заключение данных сведений, оцениваем активных и пассивных студентов.	Разделяются на малые группы Смотрят участвуют слушают и отвечают на вопросы Курация больных
1 1	Заключительный этап 10 (мин)	1.Итоги занятия 2.Самостоятельная работа. 3.Домашнее задание	Слушают записывают

ВОПРОСЫ ДЛЯ КОНТРОЛЯ:

1. Жалобы больных с заболеванием пищевода.
2. Жалобы больных с заболеванием желудка.
3. Жалобы больных с заболеванием кишечника.
4. Общий осмотр больных с заболеванием желудка.
5. Общий осмотр больных с заболеванием кишечника.
6. Изменения языка при заболеваниях ЖКТ.
7. Диагностическое значение ротовой полости при заболеваниях ЖКТ.
8. Что такое дисфагия.
9. Виды дисфагии.
10. Изжога- механизм.

11. Кровотечения, причины виды.
12. Определите нижнюю границу желудка.

Жалобы. Больные с заболеваниями пищевода могут предъявлять жалобы на затрудненное прохождение пищи по пищеводу (дисфагия), боли, рвоту, срыгивание, отрыжку, изжогу, слюнотечение и др. Дисфагия (от греч. dys — затруднение, нарушение функции, phagein — есть) представляет собой нарушение нормального прохождения пищи по пищеводу и часто служит ведущим симптомом при его заболеваниях. Больные ощущают при этом задержку пищевого комка в пищеводе, а так-же боль и чувство распирания в пищеводе (за грудиной) во время еды. Дисфагия при заболеваниях пищевода может быть постоянной или временной (пароксизмальной). *Постоянная, стойкая дисфагия* наблюдается при органических поражениях пищевода (новообразованиях, рубцовых стриктурах пищевода). Вначале обычно затрудняется прохождение по пищеводу твердой пищи. Больные при этом обычно отмечают, что свободнее проходит тщательно измельченная пища, особенно если больной запивает ее большим количеством воды. В дальнейшем, по мере прогрессирования сужения пищевода, затрудненным становится прохождение мягкой и даже жидкой пищи. *Пароксизмальная дисфагия* чаще встречается при заболеваниях пищевода функциональной природы (например, при эзофагоспазме) и нередко провоцируется поспешной едой, волнением. При этом иногда отмечается задержка прохождения по пищеводу преимущественно мягкой и жидкой пищи, тогда как пассаж твердой пищи страдает в меньшей степени (*парадоксальная дисфагия*). По времени, прошедшему с момента глотания пищевого комка до появления дисфагии, нередко удается определить уровень поражения пищевода. Так, при заболеваниях шейного отдела пищевода дисфагия появляется через 1—1.5 с после глотания, при наличии препятствия на уровне средней трети пищевода — через 4—5 с, при поражении кардии — через 6—8 с после глотания. Нарушение прохождения пищи на уровне верхней трети пищевода может наблюдаться при больших опухолях трахеи и щитовидной железы, на уровне средней трети — при злокачественных опухолях средостения, увеличении медиастинальных лимфатических узлов, аневризме аорты, на уровне нижней трети — при ахалазии кардии (заболевании, обусловленном отсутствием рефлексорного раскрытия кардии при глотании), пептических стриктурах и опухолях пищевода. Боли при заболеваниях пищевода носят постоянный, ноющий или приступообразный характер, часто локализуются за грудиной и могут иррадиировать в плечо, шею, левую половину грудной клетки, имитируя порой боли при приступе стенокардии. В случае функциональных заболеваний (дискинезий) боли нередко бывают связаны с периодическими спастическими сокращениями стенки пищевода. При эзофагитах они обуславливаются воспалительными изменениями слизистой оболочки пищевода. Возникновению болей в таких случаях способствует заброс в пищевод кислого желудочного содержимого (гастро-эзофагеальный рефлюкс), усиливающийся при переедании, наклоне туловища вперед, в горизонтальном положении. При злокачественных новообразованиях пациенты предъявляют жалобы на практически постоянные мучительные боли, связанные с прорастанием опухоли серозной оболочки пищевода. Пищеводная рвота встречается при выраженном сужении пищевода (например, при стриктурах рубцового или опухолевого происхождения). В отличие от рвоты при заболеваниях желудка и двенадцатиперстной кишки пищеводная рвота провоцируется задержкой пищи в пищеводе, возникает нередко без предшествующей тошноты, совершается без участия мышц передней брюшной стенки. При пищеводной рвоте рвотные массы представлены обычно остатками непереваренной малоизмененной пищи, не содержащей соляной кислоты и пепсина, с примесью слюны. При распадающемся раке пищевода рвотные массы имеют гнилостный запах, содержат остатки давно принятой пищи, значительное количество слизи, примесь крови. Срыгивание представляет собой возвращение (регургитацию) небольшой части принятой пищи обратно в полость рта и также чаще наблюдается при наличии препятствия для прохождения пищи по пищеводу.

Ночная регургитация застойного пищеводного содержимого, возникающая во время сна («симптом мокрой подушки»), нередко встречается при ахалазии кардии. Изжога (pyrosis) — ощущение жжения в области мечевидного отростка грудины — является частым симптомом многих заболеваний пищевода (рефлюкс-эзофагита, грыж пищеводного отверстия диафрагмы, недостаточности кардии и др.). Механизм возникновения из-

жоги связан с раздражением слизистой оболочки дистального отдела пищевода кислым содержимым, забрасываемым из желудка. Кроме перечисленных жалоб, у больных с заболеваниями пищевода могут наблюдаться жалобы на слюнотечение (гиперсаливация), отрыжку воздухом или кислым желудочным содержимым, неприятный запах изо рта, икоту и т.д. Диагностически и прогностически серьезным симптомом при заболеваниях пищевода является кровотечение. Его причинами могут служить пептическая язва и злокачественные опухоли пищевода, повреждение стенки пищевода инородным телом, разрыв варикозно расширенных вен пищевода (у больных с циррозом печени), линейные надрывы слизистой оболочки пищевода в области кардии, возникающие на фоне упорной рвоты, например, у больных, злоупотребляющих алкоголем (синдром Маллори — Вейсса). В отличие от кровотечений, возникающих при заболеваниях желудка, артериальное пищеводное кровотечение (например, из пептической язвы, распадающейся опухоли) характеризуется появлением в рвотных массах примеси неизменной крови. При кровотечении из варикозно-расширенных вен пищевода выделяющаяся с рвотными массами кровь чаще имеет темно-вишневый цвет.

ФИЗИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ Объективные методы исследования (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) играют сравнительно незначительную роль в диагностике заболеваний пищевода. При общем осмотре у больных со стриктурами пищевода опухолевого или рубцового происхождения можно отметить значительную потерю массы тела (вплоть до развития кахексии), иногда явления обезвоживания, витаминной недостаточности. В случае ахалазии кардии, а также опухоли пищевода, перекрывающей его просвет, при перкуссии иногда наблюдается исчезновение пространства Траубе.

ЖЕЛУДОК

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

РАССПРОС

Жалобы. К ведущим симптомам заболеваний желудка относятся боли, диспептические явления (от греч. dys — затруднение, нарушение функции, persis — пищеварение), включающие в себя большую группу различных симптомов (тошнота, рвота, изжога, отрыжка, нарушение аппетита и др.), гастродуоденальное кровотечение.

Боли. Исключительно важное значение в своевременном распознавании заболеваний желудка имеет правильная оценка болей. Следует, однако, иметь в виду, что боли в эпигастриальной области, являющейся «местом встречи всех болей», нередко наблюдаются и при других заболеваниях органов пищеварения (поражении пищевода, печени и желчного пузыря, поджелудочной железы и т. д.). Острый аппендицит в первые часы своего развития вследствие висцеро-висцерального рефлекса также может проявляться болями в эпигастриальной области. Боли в этой области отмечаются и при заболеваниях других органов брюшной полости (например, при инфаркте селезенки), патологии передней брюшной стенки, атеросклерозе мезентериальных сосудов, заболеваниях сердечно-сосудистой системы (инфаркт миокарда, перикардит, расслаивающая аневризма аорты), органов дыхания (крупозная пневмония, диафрагмальный плеврит), эндокринных заболеваниях (например, диабетическом кетоацидозе),

диффузных заболеваниях соединительной ткани (узелковый периартериит), межреберной невралгии и т. д.

ФИЗИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Осмотр

При общем осмотре больных с заболеваниями желудка обращают внимание на состояние пациентов, которое может быть как удовлетворительным (при хроническом гастрите, неосложненной язвенной болезни), так и тяжелым и крайне тяжелым (при далеко зашедших стадиях рака желудка).

Положение больных чаще всего остается активным, но в ряде случаев может быть и вынужденным. Так, некоторые больные с обострением язвенной болезни предпочитают лежать на животе (при язвах задней стенки желудка) или же на спине с подтянутыми к животу ногами. При перфорации язвы больные обычно лежат строго на спине, не двигаясь, поскольку малейшее движение приводит к резкому усилению болей. При осмотре кожных покровов можно иногда отметить их бледность, которая бывает обусловлена развитием анемии вследствие желудочно-кишечного кровотечения. Восковидный или землистый оттенок кожных покровов появляется у больных с поздними стадиями рака желудка. Степень развития подкожного жирового слоя у многих больных с заболеваниями желудка остается удовлетворительной. Выраженное похудание (вплоть до развития кахексии) отмечается при стенозе привратника рубцово-язвенного или опухолевого происхождения. При исследовании лимфатической системы у больных раком желудка в левой надключичной области между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы иногда удается определить плотный лимфатический узел с неровной поверхностью (вирховский метастаз).

При осмотре полости рта у больных с заболеваниями желудка нередко выявляются различные изменения зубов (кариес, пародонтоз и др.). Язык может оставаться чистым (например, у больных язвенной болезнью). Иногда также при этом наблюдается гипертрофия нитевидных и грибовидных сосочков. При хроническом гастрите на языке часто обнаруживается налет беловато-желтоватого цвета. При атрофическом гастрите, раке желудка нередко происходит сглаживание сосочков языка, который в таких случаях становится как бы лакированным. Выраженная сухость языка отмечается при перфорации язвы. При распаде злокачественной опухоли желудка появляется зловонный запах изо рта. При осмотре живота (осмотр целесообразно проводить в положении больного лежа и стоя) у пациентов с гастроптозом можно обнаружить изменение его формы («отвислый живот»). Выбухание стенки живота в эпигастральной области отмечается у больных с опухолями желудка больших размеров. При значительном похудании иногда визуально определяются контуры желудка, а при развитии стеноза выходного отдела желудка удается наблюдать периодические волнообразные движения, приподнимающие переднюю брюшную стенку, обусловленные усиленной перистальтикой желудка. Эти движения становятся более заметными после предварительного легкого поколачивания брюшной стенки в эпигастральной области.

Пальпация

Ощупывание желудка проводят как в горизонтальном, так и в вертикальном положении больных, поскольку в последнем случае малая кривизна желудка выходит из-под левой доли печени и становится иногда доступной пальпации. При поверхностной пальпации можно выявить расхождение прямых мышц живота в области белой линии, обнаружить болезненность и напряжение мышц передней брюшной стенки, определить симптомы раздражения брюшины. Глубокая пальпация желудка проводится по методу Образцова и Стражеско.

Четырьмя согнутыми пальцами правой руки несколько отодвигают кожу живота вверх и осторожно, постепенно, при каждом выдохе больного погружают пальпирующие пальцы вглубь живота. Обнаружив пальпируемую часть желудка или опухоль, слегка прижимают ее к задней стенке живота. Далее согнутыми пальцами производят скользящее движение в направлении сверху вниз. При таком движении пальпируемая часть желудка «выскальзывает» из-под пальцев. В момент «выскальзывания» удастся получить представление о размерах, форме, поверхности, консистенции, подвижности, болезненности пальпируемого образования. Большая кривизна желудка в норме (опытными врачами) пальпируется в 45—60% случаев и определяется на протяжении 10—12 см. Она располагается по обе стороны от средней линии тела на 2—3 см выше пупка и ощущается при пальпации в виде валика (уступа или ступеньки). Правильность нахождения большой кривизны подтверждается другими методами определения нижней границы желудка. Кроме того, с целью контроля целесообразно пальпаторно уточнить положение соседних органов, в первую очередь поперечной обочерной кишки, которую иногда ошибочно принимают за большую кривизну желудка. Привратник удастся пропальпировать в 20—25% случаев, чаще при опущении желудка. Привратник располагается в треугольнике, который образован нижним краем печени справа от средней линии, средней линией тела и горизонтальной линией, проведенной на 3—4 см выше пупка (т. е. практически под правой прямой мышцей живота). Поскольку анатомически привратник имеет косое направление (снизу и слева — вверх и вправо), то пальпирующие пальцы при его ощупывании скользят в направлении сверху и слева — вниз и вправо. Пальпаторно привратник определяется в виде небольшого короткого цилиндра диаметром 1—1,5 см, то появляющегося, то исчезающего (в результате попеременного сокращения и расслабления), урчащего при пальпации. При длительном спастическом состоянии, а также при рубцовых изменениях свойства привратника меняются и он становится более плотным. Опухоли желудка отчетливо пальпируются в тех случаях, если они располагаются преимущественно в дистальных отделах желудка (антральном и пилорическом) и достигают нескольких сантиметров в диаметре (размера «сливы»). Опухоли малой кривизны прощупываются только при их значительных размерах или при опущении желудка.

Перкуссия

Перкуссия желудка проводится в горизонтальном положении больного. С помощью тихой перкуссии на основании различий в характере желудочного и кишечного тимпанита (первый обычно бывает более низким) нередко удастся определить нижнюю границу желудка. При больших опухолях субкардиального отдела желудка перкуторно отмечается уменьшение полулунного пространства Траубе. Напротив, увеличение зоны желудочного тимпанита (вплоть до смещения его правой границы кнаружи от правой среднеключичной линии может свидетельствовать о резком расширении желудка. Обнаружение положительного симптома Менделя (появление болезненности при отрывистом постукивании в эпигастральной области кончиком согнутого среднего пальца), которому прежде отводилась определенная роль в

распознавании обострения язвенной болезни, в настоящее время имеет небольшое диагностическое значение, так как этот симптом не является строго специфичным. Для уточнения положения нижней границы желудка применяется и метод определения шума плеска. При выполнении указанного приема ребром левой ладони фиксируют мышцы передней брюшной стенки у основания мечевидного отростка грудины. Согнутыми и несколько разведенными четырьмя пальцами правой руки (не отрывая их от поверхности живота) производят короткие толчкообразные движения, постепенно перемещая руку вниз от мечевидного отростка. Эти толчки хорошо передаются через жидкость и воздух, содержащиеся в желудке, и вызывают отчетливый шум плеска, хорошо слышимый на расстоянии. Наиболее

низкая точка, где еще сохраняется шум плеска, и будет соответствовать нижней границе желудка. В норме шум плеска выявляется только после еды, поэтому при определении

нижней границы желудка иногда приходится просить больного предварительно выпить 1—2 стакана воды. Появление позднего (спустя 7—8 ч после еды) шума плеска свидетельствует о задержке эвакуации желудочного содержимого (при стенозе привратника) или о значительной гиперсекреции желудка. Обнаружение позднего шума плеска справа от средней линии тела является признаком расширения препилорического отдела желудка (симптом Василенко).

отрыжка

1. Что означает «Дисфагия»

- * нарушение прохождения пищи по пищеводу
- нарушение прохождения пищи по желудку
- нарушение прохождения пищи по 12 перстной кишки
- все верно

2. Ощущение жжения в эпигастральной области и за грудиной

- * изжога
- Тошнота
- Рвота
- Все верно

3. На латыне изжога

- * pyrosis
- Nausea
- Emesis
- Vomitus

4. Рефлекторный акт, связанный с раздражением блуждающего нерва, проявляющийся трудноопределяемым своеобразным тягостным чувством давления в подложечной области

- * тошнота
- Изжога
- Рвота
- Все верно

5. Тошнота на латыне

- * Nausea
- pyrosis
- Emesis
- Vomitus

6. Это сложный рефлекторный акт, во время которого проис.непроизвольное выбрасывание содержимого желудка через пищевод, рот, а иногда через носовые ходы.

- * Рвота
- Изжога
- тошнота

7. Что означает слова «eructatio»

- * отрыжка воздухом
- Отрыжка пищей
- Извращение вкуса
- Нарушение аппетита

8. Что означает слова «regurgitatio»

- * Отрыжка пищей
- отрыжка воздухом
- Извращение вкуса
- Нарушение аппетита

9. Рвота после еды наблюдается через сколько мин, при язве и раке кардиального отдела желудка и при остром гастрите

- * 10-15 мин
- 5-10 мин
- 20-25 мин
- 2-3 мин

10. При язве привратника или двенадцатиперстной кишки рвота наблюдается через сколько часов после еды

- * 4-6 ч
- 2-3 ч
- 1-2 ч
- 0,30-1 ч

11. Перевидите слова «haemaemesis»

- * кровавая рвота
- Дегтеобразный стул
- Нарушение аппетита
- Отравление

12. Перевидите слова «melaena»

- * Дегтеобразный стул
- кровавая рвота
- Отравление
- Нарушение аппетита

13. Что означает чистый и влажный язык

- * неосложненная язвенная болезнь
- осложненная язвенная болезнь
- при остром панкреатите
- все верно

14. О каком заболевании идет речь когда язык обложенный серо-белым налетом

- * острый гастрит
- Язва желудка
- Острый панкреатит
- Все верно

15. При каких заболеваниях наблюдается атрофический язык со сглаживанием сосочков

- * все верно
- При раке желудка
- При атрофическом гастрите с выраженным снижением секреторной функции желудка
- При недостаточности вит. Группы В.

16. Длительный прием каких лекарств раздражают слизистую оболочку желудка

- * все верно
- Ацетилсалициловая кислота
- Солицилат натрия
- Стероидные гормоны

17. Больные страдающие заболеваниями желудка, предъявляют какие жалобы

- * все верно
- Нарушение аппетита
- Извращение вкуса
- Отрыжка, изжога, тошнота, рвота

18. Кровавая рвота наблюдается при каких болезнях желудка

- * все верно
- Язвенной болезни
- Раке и полипах желудка
- Эрозивном гастрите

19. Для каких заболеваний желудка наблюдается сезонность болей, т.е. появление периодических болей весной и осенью.

- * язвенной болезни
- Эрозивном гастрите
- Полипах желудка
- Нет ответа

20. При каком заболевании желудка (ЖКТ) боли возникают тотчас после приёма обильного количества пищи независимо от ее качества.

- * при перигастрите
- При раке желудка
- При эрозивном гастрите
- При язвенной болезни желудка

21. Какими проявлениями сопровождается тошнота

- * все верно
- Побледнением кожных покровов
- Снижением АД
- Головокружением

22. На распад каких веществ указывает на наличие тухлой отрыжки

- * распад белковых веществ
- Распад углеводов
- Распад жиров
- Все верно

23. При каком заболевании ЖКТ аппетит часто повышен

- * при язве двенадцатиперстной кишки
- При ахлоргидрии
- При Сарколи
- При изжоги

24. Появление чувства тяжести в эпигастрии после приема пищи характерно для:

- * атонии желудка
- повышения тонуса желудка
- дуоденально-гастрального рефлюкса
- хронического холецистита

25. Появление "мелены" характерно для:

- * кровотечения из сигмовидной кишки
- желудочного кровотечения.
- длительного приема препаратов висмута
- дизентерии

26. Для пищевой рвоты не характерно:

- * рвота непереваренной пищей
- наличие тошноты.
- отсутствие тошноты
- высокое Ph рвотных масс

27. Для механизма изжоги обязательно наличие:

- * наличие эзофагита
- дуоденально-гастральный рефлюкс
- спазм мускулатуры пищевода
- язвенной болезни желудка

28. Дисфагия при приеме жидкости характерна для:

- * функциональной дисфагии
- атонии пищевода
- ахалазии кардии
- рака пищевода

29. Для боли при язвенной болезни 12 - перстной кишки характерно:

- * появление через 1,5-2 часа после еды
- появление через 15 минут после еды
- облегчение боли после рвоты
- усиление боли после приема пищи

30. ПРИ СТЕНОЗЕ ПРИВРАТНИКА
ХАРАКТЕРНА ОТРЫЖКА:

* "тухлыми яйцами"

горьким
пищей
воздухом

31. ДЛЯ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА ХАРАКТЕРНА
БОЛЬ В ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ:

*ранняя
ночная

голодная
поздняя

32. Отвращение к мясным блюдам
свойственно больным:

* Раком желудка
Хроническим гастритом
Язвенной болезнью желудка
Язвенной болезнью двенадцатиперстной
кишки

Метод «мозгового штурма»

Основные положения методики:

— никаких замечаний и критических высказываний, которые мешают формировке идей;
— приветствие парения мысли, учитывая, что чем необычнее идея, тем они лучше;
— получение наибольшего числа предложений;

— комбинация идей и их развитие;
— краткие высказывания без развернутой аргументации;
— деление группы на тех, кто генерирует идеи и тех кто их обрабатывает.
Это методика учит аргументировать, отстаивать собственную точку зрения, находить оптимальное решение в любой ситуации, строить общение, убеждать оппонентов в верности отстаиваемой позиции.

Оценка знание студентов.

Тема	86-100 балл отл	71-85 балл хорошо	55-70 балл удов	Меньшее 54 балл неудов
	Имеет достаточное теоретическое знание по развитию механизма данного заболевания. При ситуационных состояниях может применять необходимое решение. Имеет творческого мышления. Может дифференцировать клинические симптомы при разных патологиях. Самостоятельно составляет план обследования и лечения больных с данным заболеванием.. Имеет конспект по данному тему. Активно участвует при опросе	Имеет теоретическое знание по развитию механизма данного заболевания. При ситуационных состояниях может применять необходимое решение. Может поставить предварительный диагноз. Затрудняется при дифференциальной диагностике разных заболеваний. Составляет план обследования и лечения больных, но неполноценно Имеет конспект по данному тему	Имеет представление о данном заболевании. При дифференцировке затрудняется. Не имеет клинического мышления. Имеет теоретическое знание по диагностике анемического синдрома.	Не имеет представление о данном заболевании. Не может объяснить этиопатогез, клинику и диагностик у Не имеет конспекта.

Домашнее задание. Тема 22

ТЕМА № 22

Осмотр живота. Пальпация органов брюшной полости. Пальпация желудка и кишечника. Пальпация печени, селезёнки и почек. Лабораторное занятие: исследование желудочного

сока и желчи. Исследование желудочного сока: определение общей кислотности, свободной, связанной соляной кислоты методом титрования. Дуоденальное зондирование, макро и микроскопическое исследование трёх порций желчи. Диагностическое значение.

ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ: Научить студентов пальпации желудка и кишечника.

КОНКРЕТНЫЕ ЗАДАЧИ:

1. Пальпация органов брюшной полости.
2. Пальпация желудка и кишечника.
3. Пальпация печени, селезёнки и почек.
4. Лабораторное занятие: исследование желудочного сока и желчи.
5. Исследование желудочного сока.
6. Дуоденальное зондирование, макро и микроскопическое исследование трёх порций желчи.
7. Диагностическое значение.

1. Модель технологии практического обучения.

Время занятия – 4 часа	Число студентов: от 10 до 12
Форма занятия	практическое занятие
План практического занятия	Осмотр живота. Пальпация органов брюшной полости. Пальпация желудка и кишечника. Пальпация печени, селезёнки и почек. Лабораторное занятие: исследование желудочного сока и желчи. Исследование желудочного сока: определение общей кислотности, свободной, связанной соляной кислоты методом титрования. Дуоденальное зондирование, макро и микроскопическое исследование трёх порций желчи. Диагностическое значение.
Цель занятия:	Обучить студентов осмотру живота и пальпации органов брюшной полости, исследованию желудочного сока и желчи. Диагностическое значение
Методы обучения	Опрос. Демонстрация больных, интерактивный метод обучения, беседа. Практические навыки.
Формы обучения	Малыми подгруппами
Средства обучения	Учебное пособие, содержание практических занятий, проектор, компьютер
Обстоятельство обучения	Методически оборудованная аудитория
Мониторинг и оценивание	Устный контроль: вопрос-ответ, тесты, ситуационные задачи

Технологическая карта практического занятия

№	Этапы и время проведения занятия	Обучающий	Учащиеся
	Подготовительный этап (10 мин)	1.Контролирует чистоту аудитории. 2.Проверяет подготовленность студентов 3.Проверяет посещаемость студентов.	
1	Этап введения учебного процесса (10 мин)	1.Подготовка к учебной теме 2.Подготовка слайдов, мультимедий, видеокассет.	
2	Основной этап (150 мин)	1.Разделить группу на малые группы, задаём вопросы по теме. 2.Используем учебные плакаты 3.Показ слайдов и мультимедии. 4.Курация больных 5.Проводим обобщение и заключение данных сведений, оцениваем активных и пассивных студентов.	Разделяются на малые группы Смотрят участвуют слушают и отвечают на вопросы Курация больных
1 1	Заключительный этап 10 (мин)	1.Итоги занятия 2.Самостоятельная работа. 3.Домашнее задание	Слушают записывают

ВОПРОСЫ ДЛЯ КОНТРОЛЯ:

1. Произведите осмотр живота.
2. Поверхностная пальпация живота.
3. Методическая, глубокая последовательная пальпация живота по Образцово-Стражеско.
4. Пальпация печени.
5. Пальпация селезенки.
6. Пальпация почки.
7. Техника желудкового зондирования.
8. Исследования желудкового сока.
9. Определение общей кислотности методом титрования.
10. Определение свободной кислотности.
11. Определение связанной кислотности .
12. Беззондовое определение желудочной секреции.
13. Дуоденальное зондирование.
14. Показания, противопоказания и диагностическое значение дуоденального зондирования.
15. Исследование трёх порций желчи, диагностическое значение.

ЛАБОРАТОРНЫЕ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование секреторной функции

Исследование желудочной секреции — неотъемлемая часть комплексной диагностики функционального состояния слизистой оболочки желудка. Наиболее достоверные данные о желудочной секреции можно получить при изучении желудочного сока.

Методы получения желудочного сока для исследования. В течение многих лет исследование желудочной секреции проводили при зондировании толстым зондом. Главными недостатками этого метода, не применяющегося в настоящее время в клинической практике, являются одномоментность извлечения желудочного содержимого в смеси с пробным завтраком в неизвестных соотношениях. Вследствие этого невозможно получить достоверные сведения о качественной и количественной сторонах желудочной секреции.

Зондовое исследование. Такое исследование позволяет получить чистый желудочный сок, изучать секрецию длительно в различные периоды секреторного цикла, оценивать не только качественный, но и количественный состав желудочного сока, т. е. обеспечивать получение максимальной информации о состоянии слизистой оболочки желудка. Стимулятор сокоотделения должен отвечать задачам и целям исследования. Для многомоментного исследования секреции желудка, способного дать значительную информацию о ее характере, в настоящее время применяется зондирование тонким зондом. Тонкий зонд — эластичная резиновая трубка с внешним диаметром 4—5 мм и внутренним — 2—3 мм. Слепой конец, вводимый в желудок, имеет два боковых отверстия. Так как зонд мягкий и активно ввести его в пищевод невозможно, то больной должен его постепенно заглатывать. При появлении рвотных движений зонд можно ввести через нос. Будучи введенным в желудок, тонкий зонд не вызывает рвотного рефлекса и может быть оставлен там на 1½ — 2 ч и более. Это дает возможность длительно отсасывать содержимое желудка и оценивать его секреторную функцию не только в какой-то определенный момент, но и проследить ее во времени. К выступающему из рта свободному концу зонда присоединяют шприц, которым отсасывают содержимое желудка.

Обычно начинают с извлечения сока натощак. После этого, согласно некоторым методам, сразу вводят стимулятор секреции; согласно другим, продолжают исследование «тощего желудка», извлекая еще четыре (можно две) 15-минутные порции. Это так называемая *базальная секреция* — название, не совсем точно отражающее существо дела, ибо трудно определить, в какой мере получаемый секрет выделяется самопроизвольно и в какой — в ответ на раздражение зондом, акт глотания и т. д. Опыт показывает, что получасовое извлечение дает ту же информацию о базальной секреции, что и часовое. После получения четвертой порции базальной секреции (т. е. через 60 мин) больному вводят через зонд стимулятор секреции — так называемый пробный завтрак — в виде теплой жидкости в объеме 300 мл. Вызвать секрецию желудка можно и стимуляторами, вводимыми парентерально, — гастрином, гистамином, инсулином. Наиболее эффективны в этом отношении пентагастрин (синтетический препарат) и гистамин, которые относятся к физиологическим возбудителям желудочной секреции. Введение гистамина противопоказано при органических изменениях сердечно-сосудистой системы, аллергических заболеваниях, высоком артериальном давлении, феохромоцитоме, недавнем (2—3 нед) желудочно-кишечном кровотечении. Дозу гистамина рассчитывают, исходя из массы тела больного (0,01 мг/кг гистамина гидрохлорида или 0,008 мг/кг фосфорнокислого гистамина). Подобная стимуляция желудочной секреции является субмаксимальной; существует и оптимальная (максимальная) доза гистамина, увеличение которой не вызывает дальнейшего усиления секреторного ответа желудка (0,04 мг гистамина гидрохлорида на 1 кг). При использовании для стимуляции секреции максимальной дозы гистамина (тест Кея) необходимо предварительно вводить антигистаминные средства. После введения гистамина или пентагастрина желудочный сок собирают в течение 1 ч, обычно также с 15-минутными интервалами. Арсенал энтеральных стимуляторов желудочной секреции представлен самыми разном-

разными раздражителями: это и мясной бульон, и 5% раствор алкоголя, и раствор кофеина (0,2 г на 300 мл воды), и 7% отвар сухой капусты, и многие другие, которые можно применять при наличии противопоказаний к введению гистамина. При пероральном применении стимуляторов желудочной секреции широко используют

способ получения желудочного сока по Н. И. Лепорскому. После извлечения четырех порций базального секрета через зонд вводят 300 мл капустного отвара, кислотность которого 20 т. е. (титрационные единицы), через 10 мин отсасывают 10 мл, а еще через 15 мин — все содержимое желудка. Такое отсасывание повторяют каждые 15 мин еще 4 раза. Последние четыре порции содержат чистый желудочный сок, выделяемый в ответ на уже удаленный стимулятор (последовательная секреция). Каждую из перечисленных порций собирают в отдельный сосуд и отмечают ее количество. Желудок здоровых людей обычно содержит натошак до 50 мл жидкости, изредка больше. Часовая базальная секреция равна 30—150 мл (в среднем 50 мл). По объему желудочного содержимого через 25 мин после пробного завтрака можно судить о скорости эвакуации его из желудка (т. е. о моторной функции); в норме этот объем составляет в среднем 75 мл. Суммируя объем четырех последних порций, узнают часовое напряжение секреции. Величина эта при 15-минутном извлечении не совсем точна, так как при прерывистой аспирации сока какая-то часть его уходит в двенадцатиперстную кишку. Поэтому для более полного извлечения сока следует откачивать его непрерывно, отделяя порции каждые 15 мин. Нормальное часовое напряжение секреции при прерывистой аспирации составляет в среднем около 60 мл, при непрерывной — в 1,5—2 раза больше. При использовании парентеральных стимуляторов непосредственно после их введения аспирируют желудочный сок в течение 60 мин. При осмотре полученных порций желудочного содержимого отмечают их цвет, консистенцию, наличие примесей и запах. Нормальный желудочный сок почти бесцветен. Примесь желчи (при забрасывании в желудок содержимого двенадцатиперстной кишки) придает ему желтый или зеленый цвет, примесь крови — красный или, чаще, коричнево-черный; появление в большом количестве алой крови при зондировании требует немедленного его прекращения. Консистенция нормального сока жидкая; чем больше в нем слизи, тем он более вязок, тягуч, иногда настолько, что трудно отделить от всей массы какую-то часть для исследования. Большое количество слизи свидетельствует о наличии гастрита. Слизь, плавающая на поверхности, происходит из дыхательных путей. Из примесей, кроме перечисленных, в содержимом желудка натошак иногда обнаруживают остатки вчерашней пищи, что указывает на нарушение его опорожнения.

Химическое исследование. После описания внешних признаков сока приступают к его химическому исследованию. В каждой порции определяют свободную соляную кислоту, общую кислотность, связанную соляную кислоту, молочную кислоту, в порции с максимальной кислотностью — количество пепсина. Кислотность желудочного сока определяют титрованием его 0,1 ммоль/л раствором едкого натра (NaOH) в присутствии индикаторов. Выражают кислотность чаще всего количеством миллилитров NaOH, необходимых для нейтрализации 100 мл сока. Последнее время

чаще выражают количество соляной кислоты в миллиграммах или миллиэквивалентах. Титрование производят в 5 или 10 мл сока, прибавляя по 2 капли индикаторов: 0,5% спиртового раствора диметиламиноазобензола и 1% спиртового раствора фенолфталеина (в последнее время чаще пользуются раствором фенолового красного). В присутствии свободной соляной кислоты диметиламиноазобензол приобретает красное окрашивание. Заметив уровень NaOH в бюретке, из нее по каплям приливают NaOH в стаканчик с соком до окрашивания жидкости в розовато-оранжевый цвет (цвет семги), который соответствует моменту нейтрализации свободной соляной кислоты. Заметив новое положение мениска NaOH, продолжают титрова-

ние. Жидкость сначала становится желтой, затем снова красной: после нейтрализации всей кислоты краснеет фенолфталеин. Снова отмечают показания бюретки: число, равное количеству миллилитров NaOH, потраченной при первом этапе титрования, умноженное на 20, соответствует величине *свободной соляной кислоты*. Число, равное количеству NaOH, израсходованного на все титрование (от красного вновь до красного цвета), также умноженное на 20, соответствует величине *общей кислотности*. Она представляет сумму всех содержащихся в желудке кис-лых продуктов: свободной и связанной соляной кислоты, органических кислот, кислых фосфатов. *Связанной* называется недиссоциированная соляная кислота белково солянокислых молекул желудочного сока. Некоторое количество белков имеется в желудочном соке и в норме (пепсин, гастрикупопротеин); при гастрите, кровоточащей язве, распаде опухоли количество белков в желудке увеличивается, а с ними нарастает и количество связанной соляной кислоты. Ее определяют косвенным путем, титруя отдельные порции сока (по 5 мл) в присутствии ализаринсульфоновокислого натрия, который имеет желтый цвет при наличии любых свободных кислот; при их нейтрализации цвет переходит в фиолетовый. Вычитая из общей кислотности количество миллилитров NaOH, потраченной на титрование с ализарином (умноженное на 20), узнаем количество связанной соляной кислоты. Показатели кислотности, принимавшиеся в течение десятилетий за норму, в последнее время пересмотрены. Так, считалось, что у здоровых людей натошак свободная соляная кислота либо отсутствует, либо содержание ее не превышает 10—20 т. е. Нормой кислотности после пробного завтрака считали 20—40 т. е. для свободной соляной кислоты и 40—60 т. е. для общей кислотности. Многочисленные исследования здоровых людей показали, что только у 50% из них кислотность соответствует указанным цифрам, а у остальных 50% она оказывается ниже или выше, что является их конституциональной особенностью. Все же показатели общей кислотности ниже 20 т. е. должны рассматриваться как гипоацидные, выше 100 т. е. — гиперацидные. Диагностически важно выявление полного отсутствия соляной кислоты. Отсутствие в желудочном соке свободной соляной кислоты после введения максимальной дозы гистамина получило название *гистаминрефрактерной ахлогидрии* и может свидетельствовать об атрофическом процессе в слизистой оболочке желудка. Показатели кислотности (концентрации кислоты) не дают полной характеристики кислотообразующей функции желудка. Для более полного представления о кислотообразовании необходимо рассчитывать дебит-час соляной кислоты — показатель продукции соляной кислоты (количество кислоты, выработанное желудком за час). Для расчета дебит-часа необходимо показатель концентрации кислоты в желудочном соке умножить на часовой объем секреции и разделить на число, по отношению к которому указана концентрация кислоты: если концентрация кислоты выражена в мг%, то на 100, а если в мэкв/л, то на 1000. Кислотность в титрационных единицах можно записать как концентрацию кислоты в мг%, если умножить показатель кислотности на 3,65, так как весовое значение титрационной единицы по массе — это 3,65 мг соляной кислоты или 0,1 мэкв в 100 мл сока. Таким образом, например, кислотность 60 т. е. можно выразить как $(3,65 \cdot 60)$ мг%, или 60 мэкв/л, или

60 ммоль/л соляной кислоты. Так как не всем больным можно вводить зонд (противопоказания: опухоль желудка, стеноз пищевода, аневризма аорты и др.) и не всем удастся его проглотить, давно ведутся поиски беззондового определения кислотности. Еще в 1905 г. Сали предложил простой способ, который состоит в следующем: больному дают проглотить маленький мешочек из тонкой резины, содержащий 0,1 г метиленового синего и завязанный кетгутовой нитью. После этого больной съедает обычный обед. В случае содержания в желудке соляной кислоты кетгут

переваривается, метиленовый синий растворяется в желудке и через некоторое время окрашивает мочу. За последнее десятилетие предложен ряд проб, основанных на использовании

ионообменных смол. В пилюли из этих смол добавляют вещество, которое вытесняется из них соляной кислотой желудка, а затем выделяется с мочой. Применяют пилюли с хинином, с красителем азур-1 и др. Эти способы довольно надежны, но дают возможность только выяснить наличие или почти полное отсутствие соляной кислоты в желудке и не заменяют количественного ее определения. Применять эти методы можно только у больных с нормальной функцией почек. В последние годы для изучения кислотности (точнее, pH) желудочного сока применяют новый и весьма перспективный радиотелеметрический метод (эндорадиозондирование). Вторым важным моментом при изучении желудочного сока является определение его переваривающей способности, преимущественно по степени переваривания белка. Простейший из способов определения пептической активности сока предложен Меттом в 1899 г. В пробирку с желудочным соком (подкисленным, если в нем отсутствует свободная соляная кислота) опускают узкие стеклянные трубочки, заполненные денатурированным яичным белком, и ставят в термостат. Через сутки измеряют линейкой высоту трубочки (в мм), освободившейся от белка. При нормальном содержании пепсина суммарная длина с обоих концов трубочки должна составлять 6—12 мм. В настоящее время широко применяется унифицированный метод В. Н. Туголукова, дающий более точные результаты. В две цен-

трифужные пробирки (с точной и мелкой градуировкой в нижней части) наливают 2% раствор сухой плазмы и приливают разведенный в соотношении 1:100 исследуемый желудочный сок (в одну из пробирок приливают предварительно прокипяченный сок). Обе пробирки ставят в термостат на 20 ч. После этого к обеим пробиркам приливают раствор трихлоруксусной кислоты и, хорошо перемешав, центрифугируют. По уменьшению объема выпавшего белка судят о переваривающей способности желудочного сока. Сопоставив полученные величины и результаты подобных опытов с различными разведениями чистого сухого пепсина, можно выразить содержание пепсина в желудочном соке в миллиграммах. При необходимости определить пепсиногенообразующую функцию желудка, не применяя зондирования, прибегают к определению пепсиногена в моче (уропепсиногена). Установлено, что пеп- синоген не полностью выделяется в желудок, небольшая часть его (около 1%)

проникает в кровь и выделяется с мочой, что свидетельствует о выработке его в желудке. Определение уропепсиногена производится аналогично определению пепсина в желудочном соке либо по створаживанию молока, либо методом В. Н. Ту- голукова. Некоторое диагностическое значение имеет определение в желудочном соке молочной кислоты. Она появляется в желудке либо в результате жизнедеятельности палочки молочнокислого брожения, вегетирующей в желудке лишь в отсутствие соляной кислоты, либо при наличии злокачественной опухоли желудка, в клетках которой гликолиз протекает по анаэробному типу с образованием молоч- ной кислоты. Следовательно, наличие ее не является патогномоничным для опухоли, но требует тщательного обследования больного с целью ее исключения. Один из способов определения молочной кислоты — реакция Уффельманна. В пробир- ку на $\frac{2}{3}$ ее объема наливают 1—2% раствор фенола и прибавляют 2—3 капли 10%

раствора хлорного железа. Реактив приобретает темно-фиолетовое окрашивание. Наклонив пробирку, по стенке ее медленно опускают 2—3 капли желудочного сока. При наличии молочной кислоты опустившиеся на дно пробирки капли сока оказываются окрашенными молочнокислым железом в ярко-желтый цвет.

1. Для острого панкреатита характерно вынужденное положение:
 - * лежа на животе
 - лежа на спине
 - лежа на левом боку с поджатыми ногами
 - лежа на правом боку с поджатой правой ногой
2. Для острого гастрита характерно:
 - * ранний болевой синдром
 - рвота накануне съеденной пищей
 - рвота "кофейной гущей"
 - мелена
3. Наличие постоянного чувства тяжести в эпигастральной области обусловлено:
 - * повышением тонуса желудка
 - атонией пищевода
 - ахлазией кардии
 - понижением тонуса желудка
4. Для цирроза печени с портальной гипертензией не характерно:
 - * дисфагия
 - "пергаментная кожа"
 - гепатоспленомегалия
 - наличие головы медузы
5. Причиной атонического запора у больных с язвой двенадцатиперстной кишки является:
 - * злоупотребление препаратами атропина
 - преобладание тонуса n. vagus
 - гипергастринемия
 - злоупотребление препаратами атропина
 - симпатикотония
 - гиперхлоргидрия
6. Дисфагия при приеме жидкости характерна для:
 - * функциональной дисфагии
 - атонии пищевода
 - ахлазии кардии
 - стриктуры пищевода
7. Быстро увеличивающаяся и каменисто-плотная печень выявляется при одном из заболеваний:
 - * первичном раке печени
 - хроническом активном гепатите
 - хроническом персистирующем гепатите
 - при прогрессировании недостаточности кровообращения
8. Чувство горечи во рту по утрам обусловлено:
 - * дуодено-гастральным и гастро-эзофагеальным рефлюксом
 - гиперсекрецией добавочных желез
 - дуодено-гастральным рефлюксом
 - ахлазией кардии
9. Для больных циррозом печени нехарактерно появление:

- * лимонно-желтого цвета кожных покровов
"сосудистых звездочек"
печеночных ладоней
гинекомастии

10. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ В ФАЗУ ОБОСТРЕНИЯ НЕ НАБЛЮДАЕТСЯ:

- * симптом Курвуазье
симптом Мюсси
симптом Василенко
симптом Ортнера

11. ПОЯВЛЕНИЕ ТЕЛЕАНГИОЭКТАЗИЙ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:

- * цирроза печени
желчекаменной болезни
вирусного гепатита
хронического холецистита

12. ТЕНЕЗМЫ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ:

- * прямой кишки
слепой кишки
поперечно-ободочной кишки
тонкой кишки

13. ДЛЯ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ХАРАКТЕРНО:

- * повышение уровня прямого билирубина
снижение уровня щелочной фосфатазы
повышение уровня аспартатаминотрансферазы -АСТ
повышение уровня прямого и непрямого билирубина

14. СИМПТОМ КУРВУАЗЬЕ МОЖЕТ ПОЯВЛЯТЬСЯ ПРИ:

- * раке головки поджелудочной железы
циррозе печени
раке печени
хроническом холангите

15. ДЛЯ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ ХАРАКТЕРНО ВСЕ. КРОМЕ:

- * "мелена"
бледность кожных покровов
слабость
головокружение

16. ДЛЯ ХОЛЕСТАЗА НЕ ХАРАКТЕРНО:

- * Наличие "сосудистых звездочек"
Увеличение холестерина крови
Увеличение щелочной фосфатазы крови
Наличие ксантелазм

17. ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ НЕ НАБЛЮДАЕТСЯ:

- * "Львиное лицо"
Пальмарная эритема
Телеангиоэктазии на коже
"Пергаментная" кожа

18. ПРИ ОСМОТРЕ БОЛЬНОГО ВЫЯВЛЕНА ГИПЕРЕМИЯ ЛАДОНЕЙ, ЯЗЫКА, "СОСУДИСТЫЕ ЗВЕЗДОЧКИ". ЗАПОДОЗРЕН:

- * Цирроз печени
- Хронический холецистит
- Эхинококк печени
- Алкогольный гепатоз

19. Для диареи при органических заболеваниях тонкого кишечника характерны все перечисленные признаки, кроме одного:

- * Наличие императивных позывов на дефекацию .
- Увеличенный разовый объем стула.
- Увеличенный суточный объем стула .
- Диарея, в том числе и в ночные часы .

20 . Для механической желтухи характерно все нижеперечисленное, за одним исключением:

- * Резко положительная реакция на уробилин
- Очень высокий общий билирубин
- Преобладание прямого билирубина
- Обесцвеченный кал

21. Положение лежа на животе или в коленно-локтевом положении занимают больные при одном из заболеваний:

- * Рак поджелудочной железы
- Язвенная болезнь желудка
- Острый аппендицит
- Почечно-каменная болезнь

22. Значительное количество сосудистых звездочек обычно выявляется при всех перечисленных заболеваниях, кроме одного:

- * Хронический калькулезный холецистит
- Обострение хронического вирусного гепатита
- Активный цирроз печени
- Активный лекарственный гепатит

23. Появление тянущих, распирающих, тупых постоянных болей в правом подреберье связано с:

- * Растяжением глассоновой капсулы печени при ее увеличении
- Спазмом сфинктера Одди
- Спазмом мускулатуры желчного пузыря
- Спазмом сфинктера желчного пузыря

24. СТУЛ "МЕЛЕНА" МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ:

- * язве двенадцатиперстной кишки
- неспецифическом язвенном колите
- геморрое
- раке прямой кишки

25. ДЛЯ ЭНТЕРИТА НЕ ХАРАКТЕРНО:

- * обильный стул
- частый стул до 10-20 раз в сутки
- кашицеобразный стул
- зловонный стул

26. ДЛЯ СТЕНОЗА ПРИВРАТНИКА ХАРАКТЕРНО ВСЕ, КРОМЕ:

- * голодные боли в эпигастриальной области
- рвота пищей, съеденной накануне
- смещение границы большой кривизны желудка вниз

шум плеска

27. "КИНЖАЛЬНАЯ" БОЛЬ В ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ СЛЕДУЮЩЕГО ОСЛОЖНЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ:

- * перфорация
- пенетрация
- малигнизация
- кровотечение

28. Для диареи вследствие заболевания дистальных отделов толстого кишечника характерно все перечисленное, кроме одного:

- * Диарея только в утренние часы
- Малый разовый объем стула
- Наличие в кале слизи
- Императивные и частые позывы к дефекации

29. Болезненность при поколачивании локтевой стороной ладони по реберной дуге в зоне проекции желчного пузыря - это положительный симптом:

- * Ортнера
- Василенко
- Захарьина
- Мерфи

30. Для язвенной болезни двенадцатиперстной кишки характерны все перечисленные симптомы, кроме одного:

- * Компенсированное ощелачивание в антральном отделе и в двенадцатиперстной кишке.
- "Голодные боли"
- "Поздние" боли
- Высокая кислотность желудочного сока

31. Для рака желудка характерны все признаки, кроме одного:

- * Непрерывное кислотообразование высокой интенсивности
- Резкое снижение аппетита
- Отвращение к мясу
- Наличие "вишневой железы"

32. О чем свидетельствует зуд кожи при заболеваниях печени:

- а. наличие дуодено-гастрального рефлекса
- б. увеличение желчных кислот в крови на фоне выраженного холестаза
- в. нарушение белковообразовательной функции печени
- г. сердечная недостаточность на фоне сопутствующей миокардиодистрофии
- д. снижение дезинтоксикационной функции печени по отношению к продуктам распада белков

Метод «академическая полемика»

Группа делится на 2 команды, каждой из которых предлагается ситуационная задача, например, «консультация врач-пациент». В каждой команде 1-2 студента разбирают положительные моменты консультации – это «адвокаты», другие разбирают отрицательные моменты консультации – «прокуроры».

Результаты «адвокатов» и «прокуроров» докладываются и обсуждаются всей группой.

Оценка знания студентов.

Тема	86-100 балл Отл	71-85 балл хорошо	55-70 балл удов	Меньше 54 балл неудов

Имеет достаточное теоретическое знание по развитию механизма данного заболевания. При ситуационных состояниях может применять необходимое решение. Имеет творческого мышления. Может дифференцировать клинические симптомы при разных патологиях. Самостоятельно составляет план обследования и лечения больных с данным заболеванием.. Имеет конспект по данному тему. Активно участвует при опросе	Имеет теоретическое знание по развитию механизма данного заболевания. При ситуационных состояниях может применять необходимое решение. Может поставить предварительный диагноз. Затрудняется при дифференциальной диагностике разных заболеваний. Составляет план обследования и лечения больных, но неполноценно. Имеет конспект по данному тему	Имеет представление о данном заболевании. При дифференцировке затрудняется. Не имеет клинического мышления. Имеет теоретическое знание по диагностике анемического синдрома.	Не имеет представление о данном заболевании. Не может объяснить этиопатогенез, клинику и диагностику. Не имеет конспекта.

Самостоятельная работа: Симптоматология гипер- и авитаминозов

Симптоматология язвенной болезни желудка и 12 перстной кишки. Симптоматология энтеритов и колитов. Лабораторное занятие: исследование кала.

ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ:

Обучиться диагностировать заболевания язвенной болезни желудка и 12 перстной кишки.

КОНКРЕТНЫЕ ЗАДАЧИ:

1. Симптоматология язвенной болезни желудка и 12 перстной кишки.
2. Симптоматология энтеритов и колитов.
3. Лабораторное занятие: исследование кала.

1. Модель технологии практического обучения.

Время занятия – 4 часа	Число студентов: от 10 до 12
Форма занятия	практическое занятие
План практического занятия	Симптоматология язвенной болезни желудка и 12 перстной кишки. Симптоматология энтеритов и колитов. Лабораторное занятие: исследование кала..
Цель занятия:	Обучить студентов симптоматики болезни желудка и 12 перстной кишки. Диагностическое значение
Методы обучения	Опрос. Демонстрация больных , интерактивный метод обучения, беседа. Практические навыки.

Формы обучения	Малыми подгруппами
Средства обучения	Учебное пособие, содержание практических занятий, проектор, компьютер
Обстоятельство обучения	Методически оборудованная аудитория
Мониторинг и оценивание	Устный контроль: вопрос-ответ, тесты, ситуационные задачи

Технологическая карта практического занятия

№	Этапы и время проведения занятия	Обучающий	Учащиеся
	Подготовительный этап (10 мин)	1.Контролирует чистоту аудитории. 2.Проверяет подготовленность студентов 3.Проверяет посещаемость студентов.	
1	Этап введения учебного процесса (10 мин)	1.Подготовка к учебной теме 2.Подготовка слайдов, мультимедий, видеокассет.	
2	Основной этап (150 мин)	1.Разделить группу на малые группы, задаём вопросы по теме. 2.Используем учебные плакаты 3.Показ слайдов и мультимедии. 4.Курация больных 5.Проводим обобщение и заключение данных сведений, оцениваем активных и пассивных студентов.	Разделяются на малые группы Смотрят участвуют слушают и отвечают на вопросы Курация больных
1 1	Заключительный этап 10 (мин)	1.Итоги занятия 2.Самостоятельная работа. 3.Домашнее задание	Слушают записывают

ВОПРОСЫ ДЛЯ КОНТРОЛЯ:

1. Понятие язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.
2. Этиология и патогенез язвенной болезни и 12-перстной кишки.
3. Жалобы, характерные для язвенной болезни желудка.
4. Жалобы, характерные для 12-перстной кишки.
5. Основные признаки, выявляемые при общем осмотре больных с обострением язвенной болезни.
6. Симптомы выявляемые при физическом исследовании больных с язвенной болезнью желудка и 12- перстной кишки.
7. Рентгенологические критерии язвы желудка.

8. Эндоскопический метод диагностики язвенной болезни.
9. Осложнения язвенной болезни.
10. Симптомы, характерные для язвенного кровотечения.
11. Симптомы, характерные для перфорации.
12. Симптомы, характерные для малигнизации язвенного дефекта.
13. Симптомы, характерные для стеноза привратника.
14. Рак желудка, этиология, патогенез.
15. Симптоматология рака желудка.
16. Энтериты, этиология, патогенез, клиническая картина, принципы лечения.
17. Колиты, этиология, патогенез, клиническая картина, принципы лечения.

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ

Под **язвенной болезнью** (*morbus ulcerosus*) понимают хроническое рецидивирующее заболевание, протекающее с характерным чередованием периодов обострения и ремиссии, основным проявлением которого является образование дефекта (язвы) в стенке желудка или двенадцатиперстной кишки. Язвенная болезнь занимает одно из ведущих мест в общей структуре заболеваний органов пищеварения. Ее распространенность среди взрослого населения составляет сейчас 7—10%. Мужчины страдают этим заболеванием чаще, чем женщины. Язвы двенадцатиперстной кишки обнаруживаются примерно в 4 раза чаще, чем язвы желудка.

Этиология и патогенез. Этиология и патогенез язвенной болезни продолжают оставаться в настоящее время недостаточно ясными. Факторами, способствующими возникновению данного заболевания, являются нарушения режима и характера питания (длительные перерывы между приемами пищи, еда всухомятку, пристрастие к грубой и острой пище и др.), нервно-психические перенапряжения и физические перегрузки, курение и злоупотребление алкоголем, конституциональные и генетические факторы (астенический тип телосложения, наследственная предрасположенность к язвенной болезни, 0(1) группа крови и т. д.), прием препаратов, обладающих ульцерогенными свойствами (салицилатов, глюкокортикоидов и др.). В последние годы доказана связь развития заболевания с микроорганизмами *Helicobacter*

pylori: эти бактерии обнаруживаются у 90—95% больных с язвами двенадцатиперстной кишки и у 70% пациентов с язвами желудка. Патогенез язвенной болезни является достаточно сложным. В общих чертах он сводится к нарушению равновесия между агрессивными свойствами желудочного сока и защитными возможностями слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки. К агрессивным факторам язвообразования относятся гиперсекреция соляной кислоты и пепсина, нарушения моторики желудка и двенадцатиперстной кишки (ускорение эвакуации из желудка или, наоборот, задержка кислого содержимого в его антральном отделе, дуоденогастральный рефлюкс желчи). Усиление факторов кислотно-пептической агрессии играет решающую роль в развитии язвенной болезни с локализацией в луковице двенадцатиперстной кишки. Снижение устойчивости слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки происходит при уменьшении выработки желудочной слизи и нарушении ее качественного состава, уменьшении выделения панкреатических бикарбонатов, нарушении процессов регенерации эпителиальных клеток слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, ухудшении ее кровоснабжения. Ослабление защитных свойств слизистой оболочки имеет основное значение в развитии язвенной болезни с локализацией в желудке. В патогенезе язвенной болезни могут принимать участие гормональные факторы (половые гормоны, гормоны коры надпочечников, гастроинтестинальные пептиды), простагландины, биогенные амины (катехоламины, гистамин, серотонин), а также иммунные механизмы.

Классификация. Общепризнанная классификация язвенной болезни в настоящее время отсутствует. В зависимости от локализации принято выделять язвы кардиального и субкардиального отделов, тела и угла желудка, антрального отдела и пилорического канала, луковицы двенадцатиперстной кишки и постбульбарного отдела, сочетанные и множественные гастродуоденальные язвы. При формулировке диагноза следует также отмечать стадию течения заболевания: обострения, рубцевания («красного» и «белого» рубца) и ремиссии. В диагнозе отражают также наличие постязвенных деформаций желудка и двенадцатиперстной кишки и осложнений заболевания. Кроме язвенной болезни, выделяют симптоматические язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, механизм возникновения которых связан с особыми этиологическими и патогенетическими факторами. К симптоматическим язвам относятся «стрессовые» (при распространенных ожогах, нейрохирургических операциях, остром инфаркте миокарда), лекарственные (после приема ацетилсалициловой кислоты, кортикостероидов), эндокринные (при синдроме Золлингера—Эллисона, гиперпаратиреозе), а также язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, возникшие у больных с некоторыми заболеваниями внутренних органов: хроническими неспецифическими заболеваниями легких, хроническим гепатитом и циррозом печени (гепатогенные язвы), хроническим панкреатитом (панкреатогенные язвы) и др.

Клиническая картина. Основным симптомом обострения язвенной болезни являются боли, которые локализуются в эпигастральной области слева (при язвах тела желудка) или справа (при язвах пилорического канала и луковицы двенадцатиперстной кишки) от срединной линии. При язвах субкардиального отдела желудка боли могут локализоваться в области мечевидного отростка грудины, а при внелуковичных язвах (язвах постбульбарного отдела двенадцатиперстной кишки) — в области правого подреберья. Боли нередко иррадиируют в левую половину грудной клетки, грудной или поясничный отдел позвоночника. Боли при обострении язвенной болезни обычно четко связаны с приемом пищи. При язвах субкардиального отдела желудка они нередко возникают сразу после приема пищи, при язвах тела желудка — через 30 мин — 1 ч после еды. При язвах пилорического канала и луковицы двенадцатиперстной кишки наиболее часто встречаются поздние боли, возникающие через 2—3 ч после еды, голодные и ночные боли. Характерно, что боли при язвенной болезни уменьшаются обычно после приема антацидов, антисекреторных препаратов, применения грелки. При обострениях язвенной болезни, которые часто носят сезонный характер (весной и осенью), нередко отмечаются и диспепсические явления. У многих больных на высоте болей возникает рвота кислым желудочным содержимым, приносящая облегчение, в связи с чем больные могут вызывать ее искусственно. Часто встречаются также жалобы на изжогу, тошноту, отрыжку, запоры. При обострении язвенной болезни нередко наблюдается потеря массы тела, так как больные, несмотря на сохраненный или даже повышенный аппетит, со-

знательно ограничивают себя в еде, опасаясь усиления болей (ситофобия). Описанная типичная клиническая картина обострения язвенной болезни отмечается, однако, не у всех больных. У некоторых пациентов (особенно с симптоматическими язвами) болевой синдром может отсутствовать («немая» язва), и тогда заболевание проявляется внезапно своими осложнениями (кровотечением или прободением язвы). У больных с обострением язвенной болезни при *пальпации живота* могут отмечаться локальная болезненность и умеренная резистентность мышц передней брюшной стенки, в некоторых случаях там же (в эпигастральной или пилоробульбарной областях) обнаруживается ограниченный участок перкуторной болезненности (симптом Менделя). *Клинический анализ крови* у большинства больных остается неизменным. Лишь у некоторых пациентов отмечается повышение содержания гемоглобина и эритроцитов в крови. Чаще выявляется анемия, которая служит признаком явных или скрытых кровотечений. Определенное диагностическое значение имеет *анализ кала на скрытую кровь*.

Повторные положительные реакции Грегерсена или Вебера при условии их правильной постановки и исключении других источников кровопотери могут служить указанием на обострение заболевания. Большую роль в распознавании язвенной болезни играет исследование кислотооб-разующей функции желудка. При язвах двенадцатиперстной кишки определяются

преимущественно повышенные показатели базальной и стимулированной секреции соляной кислоты, при язвах субкардиального отдела и тела желудка — нормальные или сниженные. Выявление гистаминустойчивой ахлоргидрии обычно исключает диагноз язвы двенадцатиперстной кишки и заставляет сомневаться в доброкачественном характере язвы желудка. Ведущее место в диагностике язвенной болезни принадлежит рентгенологическому и эндоскопическому методам исследования, часто дополняющим друг друга. При рентгенологическом исследовании (рис. 102) выявляется прямой признак язвы - ниша на контуре или на рельефе слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, а также обнаруживаются различные косвенные симптомы заболевания: местный циркулярный спазм гладкомышечных волокон в виде «указующего перста» на противоположной по отношению к язве стенке желудка, конвергенция складок слизистой оболочки к нише, рубцово -язвенная деформация желудка и двенадцатиперстной кишки, гиперсекреция желудочного сока натошак, расстройства гастродуоденальной моторики. При эндоскопическом исследовании подтверждают наличие язвы, уточняют ее локализацию, форму, глубину и размеры, оценивают состояние дна и краев язвы, выясняют характер сопутствующих изменений слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки. При обнаружении язвы желудка или двенадцатиперстной кишки обязательно определяется наличие инфекции *Helicobacter pylori* одним из описанных выше способов. При выявлении изъязвления в желудке следует обязательно проводить дифференциальную диагностику между доброкачественными язвами и инфильтративно-язвенной (первично-язвенной) формой рака желудка, которая на ранних стадиях может протекать под «маской» доброкачественных поражений. О злокачественном характере язвы свидетельствуют ее большие размеры (особенно у больных молодого возраста), увеличение СОЭ и гистаминустойчивая ахлоргидрия. Рентгенологически и эндоскопически инфильтративно-язвенная форма рака желудка характеризуется неправильной формой изъязвления с неровными и бугристыми краями, ригидностью стенки желудка в этом участке. Окончательное заключение о характере поражения выносится после повторного гистологического исследования биоптатов язвы.

Течение и осложнения. Для неосложненных случаев язвенной болезни свойственна, как правило, строгая периодичность течения. Периоды обострения заболевания (продолжительностью от 3—4 до 6—8 нед и более) чередуются с более или менее длительными (от нескольких месяцев до нескольких лет) периодами хорошего самочувствия. При соблюдении больными соответствующей диеты, организации правильного режима труда и отдыха, проведении систематического профилактического - го противорецидивного лечения ремиссия язвенной болезни может быть достаточно стойкой и обострения заболевания возникают редко. Напротив, под влиянием различных неблагоприятных факторов (физическое перенапряжение, злоупотребление алкоголем) возможно развитие различных осложнений. Язвенное-кровотечение возникает у 15—20% больных (особенно часто у пациентов с симптоматическими язвами желудка) и проявляется рвотой содержимым типа «кофейной гущи» или черным дегтеобразным стулом (меленой), а также рядом общих симптомов (слабостью, головокружением, тахикардией, падением артериального давления, потерей сознания). Перфорация (прободение) — возникновение сквозного дефекта в стенке желудка на месте его язвенного поражения отмечается у 5—15% больных, чаще у мужчин. Клинически перфорация язвы проявляется сильнейшими («кинжальными») болями в эпигастриальной области, развитием коллаптоидного состояния. При пальпации живота выявляют резкую

болезненность в эпигастральной области и выраженное («доскообразное») напряжение мышц передней брюшной стенки, симптомы раздражения брюшины (Щеткина—Блюмберга). В дальнейшем прогрессирует картина разлитого перитонита. Проникновение язвы желудка или двенадцатиперстной кишки в окружающие ткани (поджелудочную железу, малый сальник и т. д.) носит название *пенетрации*. Возникновение пенетрации язвы характеризуется появлением упорных болей (например, в поясничной области при пенетрации язвы в поджелудочную железу), утратой прежней связи болей с приемом

пищи, повышением температуры до субфебрильных цифр, увеличением СОЭ. Наличие пенетрации язвы подтверждается при рентгенологическом и эндоскопическом исследованиях. В тех случаях, когда происходит развитие спаечного процесса между желудком и двенадцатиперстной кишкой и соседними органами (поджелудочной железой, печенью, желчным пузырем и т. д.), принято говорить о *перивисцерите* (перигастрите, перидуодените). При возникновении перивисцерита появляются более интенсивные боли, усиливающиеся после обильной еды, при физической нагрузке, изменении положения тела. Рентгенологически и эндоскопически отмечается выраженная деформация желудка и двенадцатиперстной кишки с ограничением их подвижности. Рубцевание язв пилорического канала и начального отдела двенадцатиперстной кишки, а также операция ушивания прободной язвы этой области могут привести к развитию *рубцово-язвенного стеноза привратника*. Первыми симптомами стеноза привратника являются ощущение тяжести и переполнения в эпигастральной области после еды. При прогрессировании стеноза привратника к перечисленным жалобам присоединяются отрыжка «тухлым яйцом», рвота пищей, съеденной накануне. При обследовании больных в эпигастральной области нередко удается выявить поздний шум плеска (симптом Василенко). Нарушения эвакуаторной функции желудка более точно распознаются при рентгенологическом исследовании. *Малигнизация* _____ (озлокачествление) доброкачественной язвы желудка считалась прежде сравнительно нередким осложнением заболевания. В настоящее время установлено, что возможность малигнизации язв желудка в значительной мере преувеличивается. За малигнизацию язвы до сих пор нередко принимают случаи своевременно не распознанной инфильтративно-язвенной формы рака желудка. Диагностика этого осложнения язвенной болезни оказывается порой достаточно трудной. В некоторых случаях удается выявить изменение первоначального течения язвенной болезни, в частности утрату периодичности обострений, связи возникновения болей с приемом пищи. Окончательное заключение о наличии малигнизации язвы (а не первично-язвенной формы рака желудка) правомерно выносить только после гистологического исследования всей язвы, что возможно лишь после оперативного вмешательства.

Лечение. Больные с неосложненным течением язвенной болезни подлежат консервативному лечению, которое осуществляется по определенному принципу. При обострении заболевания целесообразна госпитализация больных в терапевтическое или гастроэнтерологическое отделение с последующим переводом в загородное (реабилитационное) отделение или продолжением амбулаторного лечения. Комплексная противоязвенная терапия включает в себя диетическое питание, основанное на принципах механического, химического и термического щажения слизистой оболочки желудка, назначение лекарственных препаратов (антацидов, блокаторов протонного насоса, блокаторов H₂-рецепторов). При обнаружении НР проводится обязательная эрадикационная антигеликобактерная терапия. После стихания симптомов обострения и рубцевания язвы больные должны находиться под диспансерным наблюдением. В период наиболее вероятного обострения заболевания (весенней и осенней) проводятся курсы профилактического противорецидивного лечения продолжительностью 1,5—2 мес, позволяющие уменьшить частоту и продолжительность последующих обострений. В период ремиссии заболевания показано также санаторно-курортное лечение. Абсолютными показаниями

к хирургическому лечению являются перфорация язвы, малигнизация, рубцово-язвенный стеноз привратника. Относительными показаниями служат пенетрирующие и повторно кровоточащие язвы, а также тяжелое, упорное, часто рецидивирующее течение язвенной болезни, когда консервативное лечение оказывается недостаточно эффективным. В настоящее время предпочтение отдается органосохраняющим операциям, дающим меньше постгастрорезекционных расстройств.

Профилактика язвенной болезни включает в себя организацию правильного режима питания, труда и отдыха, борьбу с курением и злоупотреблением алкоголем, выявление и лечение лиц, имеющих повышенный риск развития язвенной болезни (с наследственной предрасположенностью, функциональной желудочной гиперсекрецией, гастродуоденитом с высокой кислотной продукцией).

1. К желудочной диспепсии относится все, кроме :

- * метеоризм
- ощущение переполненности желудка
- аэрогастрия
- аэрофагия

2. К кишечной диспепсии относится все, кроме:

- * аэрофагия
- метеоризм
- запоры
- поносы

3. Для синдрома кислой диспепсии характерно:

- * кислая отрыжка, срыгивание кислым, изжога

базальная кислотная продукция 1,2 мэкв\ч, стимулированная кислотная продукция 2,2 мэкв\ч

- ахлоргидрия
- наклонность к поносам

4. Синдром кислой диспепсии характеризуется:

- * базальная кислотная продукция 13 мэкв\ч и более, стимулированная кислотная продукция 36 мэкв\ч и более
- отрыжка "тухлым яйцом"
- плохая переносимость молока
- горькая отрыжка

5. При синдроме "вялого желудка" выявляются:

- * нарушение моторики желудка, гипотоничность, гетерохилия
- отрыжка кислым
- содофагия
- дисфагия

6. Характерными признаками ахилического синдрома являются:

- * тошнота, снижение аппетита
- базальная кислотная продукция не менее 1,5 мэкв\ч, стимулированная

субмаксимальная кислотная продукция не менее 8 мэкв\ч

- кислая отрыжка
- содофагия

7. Ахилический синдром может проявляться симптомами:

- * плохой запах изо рта, горькая отрыжка, отрыжка "тухлым яйцом", непереносимость молока, поносы

базальная кислотная продукция 2 мэкв\ч, стимулированная кислотная продукция 10 мэкв\ч

- изжога, запоры
- "волчий голод"

8. Боли при язвенной болезни характеризуются всеми признаками, кроме:

- * периодичность
- сезонность
- постоянство
- типичная локализация

9. При язвенной болезни желудка "ранние боли" появляются после приема пищи через:

- * 15-30 мин
- 60-70 мин
- 60-120 мин
- 120-150 мин

10. При язвенной болезни 12-ти перстной кишки "поздние боли" появляются после приема пищи через:

- * 60-120 мин
- 15-30 мин
- 30-40 мин
- 40-60 мин

11. Симптома Гербста проявляется:

- * болезненностью в области поперечных отростков III поясничного позвонка
- болезненностью в области XI-XII грудных позвонков
- болезненностью в области I-II поясничных позвонков

болезненностью в области IX-X грудных позвонков

12.Для симптома Боаса характерна:

* болезненность в области XI-XII грудных позвонков

болезненность в области поперечных отростков III поясничного позвонка

болезненность в области IX-X грудных позвонков

болезненность в области X-XI грудных позвонков

13.К причинам возникновения язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки относится все, кроме:

*колит

отрицательные эмоции

курение

злоупотребление алкоголем

14.К типичным жалобам больных с язвенной болезнью желудка относятся все, кроме:

*изжога

"ранние боли"

усиление болей при употреблении острой и кислой пищи

локализация болей в эпигастрии

15.К характерным жалобам больных с язвенной болезнью 12-перстной кишки относятся все, кроме:

*снижение аппетита

"поздние" боли

"голодные", ночные боли

рвота на высоте пищеварения

16.К характерным симптомам язвенной болезни желудка относятся все, кроме:

* локализация боли в эпигастриальной области, слева от пупка

локальные боли в подложечной области выше пупка

положительный симптом Менделя

нормальная или сниженная кислотность желудочного содержимого

17.При язвенной болезни 12-перстной кишки могут выявляться все симптомы, кроме:

* локальные боли в пилорoduоденальной зоне

боли в левом подреберье

положительный симптом Менделя

высокая кислотность желудочного сока

18.К осложнениям язвенной болезни относится все, кроме:

* эритроцитоз

стеноз привратника

пенетрация

перфорация

19.К характерным признакам язвенного кровотечения относится все, кроме:

* положительный симптом Боаса

рвота "кофейной гущей"

положительная реакция Грегерсена

коллаптоидное состояние

20.К характерным признакам язвенной перфорации относится все, кроме:

* "лицо Корвизара"

резкая кинжальная боль в эпигастрии

вынужденное положение тела

брадикардия, сменяющаяся

тахикардией

21.Признакам язвенной малигнизации являются все, кроме:

* изжога

переход периодических болей в постоянные

снижение аппетита,отвращение к пище

похудание

22.На развитие стеноза привратника указывают все признаки, кроме:

* мелена

обильная утренняя рвота с остатками пищи, принятой накануне, в рвотных массах

отрыжка "тухлым яйцом"

перистальтические движения желудка при осмотре

23.Базальная кислотная продукция, превышающая 10-11 мэкв\ч, а стимулированная максимальная кислотная продукция более 26 мэкв\час характерны для:

* язвенной болезни 12-перстной кишки

язвенной болезни желудка

малигнизации язвы желудка

24.Гистаминрефрактерная ахлоргидрия характерна для:

* язвенной болезни желудка

язвенной болезни 12-перстной кишки

стеноза привратника

25. Голодные, ночные, "поздние" боли, изжога, рвота на высоте болей, приносящая облегчение, положительные симптомы Менделя , Гербста характерны для:

* обострение язвенной болезни 12-перстной кишки.

обострение язвенной болезни желудка.

обострение хронического гастрита с повышенной секреторной функцией

26. Обнаружение при микроскопии кала лейкоцитов, эритроцитов, слизи, кишечного эпителия свидетельствует о

* дистальный колит

- кишечная диспепсия
 - панкреатогенная диспепсия
 - гепатогенная диспепсия
27. Кашицеобразный или жидкий кал, резко щелочной реакции, со зловонным запахом, большим количеством соединительной ткани, растительной клетчатки, поперечно исчерченных мышечных волокон, бактерий наблюдается при
- *гастрогенная диспепсия
 - гепатогенная диспепсия
 - панкреатогенная диспепсия
 - кишечная бродильная диспепсия
28. Умеренная полифекалия, оформленный или кашицеобразный кал, серовато-белого цвета, с затхлым зловонным запахом, с кислой реакцией, с обилием жирных кислот и мыл, небольшим количеством нейтрального жира, имеет место:
- * гепатогенная диспепсия
 - гастрогенная диспепсия
 - панкреатогенная диспепсия
 - кишечная бродильная диспепсия
29. Кал кашицеобразной консистенции, пенистый, светложелтый, с кислым запахом, с кислой реакцией, содержащий большое количество перевариваемой и неперевариваемой клетчатки, иодофильную флору, внутриклеточные крахмальные зерна, характерен для:
- *кишечная бродильная диспепсия
 - гастрогенная диспепсия
 - гепатогенная диспепсия
 - панкреатогенная диспепсия
30. Полифекалия, кал серого или желто-зеленого цвета, маслянистого вида, пенистый, с запахом прогорклого масла, щелочной реакции, с большим количеством нейтрального жира, мышечных волокон II и III степени переваривания, скоплениями внеклеточного крахмала, наблюдается при
- * панкреатогенная диспепсия
 - гастрогенная диспепсия
 - гепатогенная диспепсия
 - кишечная бродильная диспепсия
31. При рентгенологическом исследовании тонкой кишки со взвесью
- * перистый рисунок слизистой оболочки сульфата бария в норме выявляется:
 - ограниченные выпячивания -
 - дивертикулы
 - дефекты наполнения

32. Ректороманоскопия позволяет производить непосредственный осмотр слизистой оболочки
- * прямой и сигмовидной кишок
 - прямой кишки
 - прямой, сигмовидной и нисходящей кишок
 - любого отдела толстого кишечника

Метод «мозгового штурма» Основные положения методики:

— никаких замечаний и критических высказываний, которые мешают формировке идей;
 —приветствие парения мысли, учитывая, что чем необычнее идея, тем они лучше;
 — получение наибольшего числа предложений;

—комбинация идей и их развитие;
 —краткие высказывания без развернутой аргументации;
 — деление группы на тех, кто генерирует идеи и тех кто их обрабатывает.
 Это методика учит аргументировать, отстаивать собственную точку зрения, находить оптимальное решение в любой ситуации, строить общение, убеждать оппонентов в верности отстаиваемой позиции.

Оценка знание студентов.

Тема	86-100 балл отл	71-85 балл хорошо	55-70 балл удов	Меньшее 54 балл неудов
	Имеет достаточное теоретическое знание по развитию механизма данного заболевания. При ситуационных состояниях может применять необходимое решение. Имеет творческого мышления. Может дифференцировать клинические симптомы при разных патологиях. Самостоятельно составляет план обследования и лечения больных с данным заболеванием.. Имеет конспект по данному тему. Активно участвует при опросе	Имеет теоретическое знание по развитию механизма данного заболевания. При ситуационных состояниях может применять необходимое решение. Может поставить предварительный диагноз. Затрудняется при дифференциальной диагностике разных заболеваний. Составляет план обследования и лечения больных, но неполноценно Имеет конспект по данному тему	Имеет представление о данном заболевании. При дифференцировке затрудняется. Не имеет клинического мышления. Имеет теоретическое знание по диагностике анемического синдрома.	Не имеет представление данном заболевании. Не может объяснить этиопатогезез, клинику и диагностик у Не имеет конспекта.

Самостоятельная работа Гастриты и язвенная болезнь.

Расспрос больных с заболеваниями печени и желчевыводящих путей (жалобы, анамнез), осмотр, пальпация и перкуссия. Понятие об основных клинических синдромах: желтуха, портальная гипертензия, печеночная недостаточность.

ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ: Обучить студентов пальпации и перкуссии печени и и желчевыводящих путей.

КОНКРЕТНЫЕ ЗАДАЧИ:

1. Расспрос больных с заболеваниями печени и желчевыводящих путей
2. Жалобы, анамнез, осмотр, пальпация и перкуссия.
3. Понятие об основных клинических синдромах: желтуха, портальная гипертензия, печеночная недостаточность.

1. Модель технологии практического обучения.

Время занятия – 4 часа	Число студентов: от 10 до 12
Форма занятия	практическое занятие
План практического занятия	Расспрос больных с заболеваниями печени и желчевыводящих путей (жалобы, анамнез), осмотр, пальпация и перкуссия. Понятие об основных клинических синдромах: желтуха, портальная гипертензия, печеночная недостаточность.
Цель занятия:	Обучить студентов расспросу (жалобы, анамнез), осмотру, пальпации и перкуссии больных с заболеваниями печени и желчевыводящих путей. Дать понятие об основных клинических синдромах: желтуха, портальная гипертензия, печеночная недостаточность.
Методы обучения	Опрос. Демонстрация больных , интерактивный метод обучения, беседа. Практические навыки.
Формы обучения	Малыми подгруппами
Средства обучения	Учебное пособие, содержание практических занятий, проектор, компьютер
Обстоятельство обучения	Методически оборудованная аудитория
Мониторинг и оценивание	Устный контроль: вопрос-ответ, тесты, ситуационные задачи

4.

Технологическая карта практического занятия

№	Этапы и время проведения занятия	Обучающий	Учащиеся
	Поготовительный этап (10 мин)	1.Контролирует чистоту аудитории. 2.Проверяет подготовленность студентов 3.Проверяет посещаемость студентов.	
1	Этап введения учебного процесса (10 мин)	1.Подготовка к учебной теме 2.Подготовка слайдов, мультимедий, видеокассет.	
2	Основной зап (150 мин)	1.Разделить группу на малые группы, задаём вопросы по теме. 2.Используем учебные плакаты 3.Показ слайдов и мультимедии. 4.Курация больных 5.Проводим обобщение и заключение данных сведений, оцениваем активных и пассивных студентов.	Разделяются на малые группы Смотрят участвуют слушают и отвечают на вопросы Курация больных
1	Заключительный этап 10	1.Итоги занятия	Слушают

1	(мин)	2.Самостоятельная работа. 3.Домашнее задание	записывают

ВОПРОСЫ ДЛЯ КОНТРОЛЯ:

1. Основные и дополнительные жалобы больных с заболеванием печени и желчевыводящих путей (ЖВП)
2. Осмотр больных с заболеванием печени и желчевыводящих путей
3. Диагностическое значение пальпации печени и желчевыводящих путей
4. Пальпация печени, диагностическое значение
5. Перкуссия печени по Курлову, диагностическое значение
6. Понятие о желтухе.
7. Причины желтух.
8. Причины гемолитической желтухи,диагностика.
9. Причины паренхиматозной желтухи,диагностика.
10. Причины механической желтухи,диагностика.
11. Понятие о печеночной недостаточности
12. Факторы, приводящие к печеночной недостаточности
13. Клинические признаки печеночной недостаточности
14. Понятие о портальной гипертензии.
15. Симптомы, характерные для портальной гипертензии.

ПЕЧЕНЬ И ЖЕЛЧНЫЕ ПУТИ

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

РАССПРОС

Жалобы. При заболеваниях печени и желчных путей наиболее часто наблюдают-ся боли в животе, диспепсические явления, кожный зуд, желтуха, увеличение размеров живота, лихорадка. Боли локализуются в области правого подреберья, иногда в области надчревя и в зависимости от вызывающих их причин имеют различный характер. В одних случаях это длительные, тупые боли, в других — очень сильные, приступообразные. *Длительные боли* чаще ноющие или носят характер тяжести, давления, распираия в области правого подреберья. Они могут иррадиировать в правое плечо, лопатку и межлопаточное пространство (при хроническом холецистите, перигепатите и перихолеистите, т. е. при переходе воспалительного процесса на брюшину, покрывающую печень и желчный пузырь, а также при быстром и значительном увеличении печени, ведущем к растяжению фиброзной оболочки глиссоновой капсулы). Такая иррадиация болей, довольно характерная для многих за-болеваний печени и желчного пузыря, объясняется тем, что правый диафрагмальный нерв, обеспечивающий чувствительную иннервацию фиброзной оболочки печени в области серповидной связки (lig. falciforme), венечной связки (lig. coronarium) и внепеченочных желчных путей, берет начало в тех же сегментах спинного мозга, что и чувствительные нервы, иннервирующие шею, плечо. В результате возможен переход возбуждения на эти нервы. Боли обычно усиливаются при глубоком дыхании, а при наличии спаек между печенью или желчным пузырем с соседними органами — при перемене положения больного, иногда при ходьбе. *Приступообразные боли* (желчная или печеночная колика) возникают внезапно и быстро приобретают чрезвычайно резкий характер. Вначале они ограничены областью правого подреберья, но постепенно распространяются по всему животу, иррадиируя вверх, вправо и кзади. Длительность приступа от нескольких часов до нескольких дней, в течение которых боли то прекращаются, то

усиливаются; приступ заканчивается так же внезапно, как и начинается, или постепенно. Приступообразные боли чаще всего наблюдаются при желчнокаменной болезни (провоцируются тряской ездой, приемом жирной пищи), гипермоторной дискинезии желчного пузыря и желчных путей. Возникновение болей обычно обусловлено внезапно наступающими спастическими сокращениями мышечного слоя желчного пузыря и крупных желчных протоков в результате раздражения камнем их слизистой оболочки, а также вследствие сравнительно быстро наступающего растяжения стенок желчного пузыря при застое желчи (например, вследствие закупорки общего желчного протока камнем). Тепло на область печени (если приступ не сопровождается значительной лихорадкой), введение холино- и миоспазмолитических средств (атропина сульфат, папаверина гидрохлорид и др.) купируют болевые приступы, что является характерным для колики. Приступ печеночной колики может сопровождаться субфебрильной температурой тела («лихорадка приходит и уходит с приступом болей»), а затем кратковременной легкой субиктеричностью склер или выраженной желтухой при закупорке общего желчного протока камнем. Боли при дискинезии желчных путей обусловлены нарушением координации между сокращениями желчного пузыря и расслаблением сфинктера печеночно-поджелудочной ампулы (сфинктер Одди) под влиянием повышенного тонуса блуждающего нерва. В результате возникает застой желчи в желчных путях и нарушается опорожнение желчного пузыря, что вызывает судорожное сокращение его мускулатуры. Отличительным признаком дискинетических болей является отсутствие признаков воспаления (лейкоцитоз, увеличение СОЭ и др.). Диспепсические жалобы — понижение аппетита, неприятный, часто горький вкус во рту, отрыжка, тошнота, рвота, вздутие и урчание в животе, запоры или поносы. Эти жалобы характерны для заболеваний не только печени и желчных путей, но и других отделов пищеварительной системы. Причинами указанных явлений при заболеваниях печени и желчных путей служат расстройства секреции желчи (следовательно, переваривания жиров в кишечнике) и нарушения обезвреживающей функции печени. Лихорадка наблюдается при остром воспалительном процессе в желчном пузыре и желчных путях, при абсцессе и раке печени, гепатите, активном циррозе. Кожный зуд чаще сопутствует печеночной или подпеченочной желтухе, но иногда может встречаться и без нее, в отдельных случаях являясь ранним предвестником заболевания печени. Причиной зуда является накопление в крови желчных кислот, в норме выделяемых с желчью, и раздражение находящихся в коже чувствительных нервных окончаний. Зуд обычно носит упорный характер и сильно беспокоит больных ночью, лишая их сна. Сильный зуд может приводить к расчесам кожи с последующим их инфицированием. Желтушное окрашивание кожи и видимых слизистых оболочек (желтуха — icterus) обусловлено накоплением желчных пигментов в крови и тканях. В некоторых случаях желтуха развивается незаметно для больного, и только окружающие обращают его внимание на желтушность склер, а затем и кожи. В других случаях желтуха развивается внезапно, вслед за приступом печеночной колики (при закупорке общего желчного протока камнем в случае желчнокаменной болезни). Желтуха может быть постоянной на протяжении многих месяцев или даже лет, лишь несколько меняясь в своей интенсивности (хронические гепатиты и циррозы печени, доброкачественные гипербилирубинемии). Увеличение размеров живота (иногда быстрое) может быть следствием накопления асцитической жидкости в брюшной полости в результате затруднения оттока крови от кишечника по воротной вене, значительного метеоризма (в результате нарушения пищеварительных процессов в кишечнике при нарушении желчеотделения) или резкой гепатомегалии. Многие хронические заболевания сопровождаются общей слабостью, немотивированной утомляемостью, снижением работоспособности.

Осмотр

В первую очередь отмечают общее состояние больного. При выраженной функциональной недостаточности печени различного происхождения (цирроз печени, рак, длительная механическая желтуха и др.) оно становится очень тяжелым вследствие резко выраженной интоксикации вплоть до печеночной комы. Тяжелое состояние больного может наблюдаться при острых воспалительных заболеваниях печени (абсцесс), желчного пузыря (острый холецистит), желчных протоков (острый холангит). Однако при многих хронических заболеваниях печени и желчных путей общее состояние больного длительное время может оставаться удовлетворительным. При печеночной колике больные беспокойны, мечутся в постели, пытаются (безрезультатно) принять положение, при котором боли были бы менее ощутимы. Нарушение сознания в виде резкой эйфории или его угнетения вплоть до полной потери бывает при печеночной коме. Общий вид больного (*habitus*) в большинстве случаев не изменяется. Вместе с тем гиперстенический тип телосложения со склонностью к ожирению часто характерен для больных с желчнокаменной болезнью. Наоборот, значительное похудание, вплоть до развития кахексии, наблюдается при циррозах печени или при злокачественной опухоли печени и желчных путей. В случае возникновения хронического заболевания печени в детстве или ранней юности больной может выглядеть инфантильным. При осмотре кожи и слизистых оболочек наибольшее значение для диагностики заболеваний печени и желчных путей имеет *желтуха*, которая может быть различной интенсивности. Для выявления желтухи больного следует осматривать при естественном дневном освещении или при освещении лампой дневного света. Раньше всего желтуха (субиктеричность) — выявляется на склерах глаз, нижней поверхности языка и мягком небе. Позднее окрашиваются ладони, подошвы и, наконец, вся кожа. Осмотр склер помогает дифференцировать истинную (билирубиновую) желтуху от экзогенной. Известно, что длительный прием акрихина, этакридина лактата (риванол), каротина (морковь), употребление большого количества мандаринов могут вызвать незначительную желтушность кожных покровов («ложная желтуха»), но окрашивания склер при этом никогда не происходит. Печеночная желтуха обычно сопровождается кожным зудом и расчесыванием кожи. желтушная окраска кожи может быть различных оттенков Оранжево-желтый цвет кожи (*rubinicterus*) вызван накоплением в кожных покровах билирубина и обычно наблюдается в ранние сроки заболевания. Лимонно-желтый цвет кожи (*flavinicterus*) характерен для гемолитической желтухи. Зелено-жел-тый цвет (*verdinicterus*) обусловлен накоплением в организме биливердина (продукт постепенного окисления билирубина) и наблюдается чаще при механической желтухе; если же она продолжается очень длительное время, кожа приобретает черновато-бронзовую окраску (*melasicterus*). В ряде случаев можно отметить *бледность кожных покровов* (вследствие анемизации при кровотечениях из вари-козно-расширенных пищеводных или геморроидальных вен при портальном циррозе) или «*грязный*» *оттенок цвета кожи*, который наблюдается у больных с некоторыми заболеваниями печени. *Серо-бурый* или *коричневый цвет кожи* характерен для гемохроматоза («*бронзовый диабет*», или пигментный цирроз печени) — заболевания, связанного с первичным или вторичным повышением всасывания железа в кишечнике и накоплением гемосидерина в различных органах и тканях, в первую очередь в печени и поджелудочной железе. *Местная гиперпигментация кожи* в области правого подреберья может быть следствием частого прикладывания грелки, что свидетельствует о длительных болях в этой области (при хронических заболеваниях желчного пузыря). При осмотре кожных покровов больного, особенно с механической, реже с паренхиматозной желтухой, можно выявить *следы расчесов* на коже вследствие интенсивного зуда; часто расчесы подвергаются инфицированию и нагноению. При этих типах желтухи могут наблюдаться проявления геморрагического диатеза — *петехиальная сыпь* и *кровоизлияния в кожу* (синяки). При нарушении холестерина обмена у больных циррозами печени происходит внутрикожное отложение холестерина (*ксантоматоз*) в виде желтых бляшек, которые располагаются особенно часто на веках (ксантелазмы), реже на кистях рук, локтях и стопах (ксантомы); ксантоматоз наблюдается также и при других заболеваниях, сопровождающихся

нарушением холестерина обмена (атеросклероз, сахарный диабет, эссенциальные гиперлипемии и др.). Важным симптомом для диагностики хронических заболеваний печени являются так называемые *сосудистые звездочки* (рис. 113). Они представляют собой слегка возвышающиеся над поверхностью кожи пульсирующие ангиомы, от которых лучеобразно разветвляются мелкие сосудистые веточки (напоминающие ножки паука). Размер их колеблется от булавочной головки до 0,5—1,0 см в диаметре. Наиболее часто сосудистые звездочки располагаются на шее, лице, плечах, кистях и спине, реже на слизистых оболочках носа, рта, туловища. При улучшении функционального состояния печени они могут исчезать. В сочетании с сосудистыми звездочками у больных с хроническим поражением печени могут наблюдаться так называемые *печеночные ладони* — симметричное покраснение ладоней и подошв, особенно в области тенара и гипотенара. При надавливании покрасневшие места бледнеют, а по прекра-

щении давления снова быстро краснеют. Механизм возникновения сосудистых звездочек и «печеночных ладоней» в настоящее время связывают с тяжелым нарушением функций печени, которая недостаточно разрушает эстрогены; они действуют расширяюще на сосуды кожи. С избытком эстрогенов в крови связывают и другие симптомы, выявляемые при осмотре. Так, у больных с хроническими заболеваниями печени язык имеет гладкую поверхность и ярко-красную окраску. У мужчин нередко встречается одностороннее или двустороннее увеличение молочных желез (гинекомастия) и нарушение роста волос на подбородке, груди и животе. У женщин уменьшается рост волос в подмышечных областях и на лобке. При улучшении функционального состояния печени рост волос восстанавливается. Пальцы в виде барабанных палочек, иногда белые ногти могут наблюдаться у больных хроническими заболеваниями печени. Полагают, что в их развитии имеет значение избыток в крови не только эстрогенов, но и серотонина. Наличие зеленовато-бурого кольца Кайзера—Флейшнера по периферии роговицы характерно для болезни Коновалова—Вильсона (наследственное заболевание, характеризующееся снижением синтеза в печени церулоплазмينا — транспортного белка меди, и повышенным

отложением меди в тканях). Осмотр полости рта может выявить ангулярный стоматит (воспаление слизистой оболочки и кожи в углах рта), характерный для гиповитаминоза группы В, встречающегося при хронических заболеваниях печени. Осмотр живота проводят в вертикальном и горизонтальном положении больного. Осмотр часто позволяет обнаружить ряд важных симптомов для диагностики. Живот может быть значительно увеличен вследствие скопления в брюшной полости свободной жидкости (*асцит*) при циррозе печени с портальной гипертензией, а также в результате значительной гепато и спленомегалии. Во время осмотра в вертикальном положении больного живот при асците выглядит отвисшим, так как жидкость стекает вниз; в горизонтальном положении живот распластан, а боковые отделы его выбухают («*лягушачий живот*»). Во время осмотра больного с асцитом в вертикальном положении нередко можно увидеть *выпяченный пупок* вследствие повышения внутрибрюшного давления. Этот признак отличает увеличение живота при асците и наличии крупных внутрибрюшных опухолей от такового при значительном ожирении, при котором пупок западает. Осмотр живота может выявить и еще один важный признак портальной гипертензии — наличие *расширенной венозной сети* на передней брюшной стенке (рис. 114). Расширенная венозная сеть представляет собой анастомозы между системами воротной, верхней и нижней полых вен. Выше пупка располагаются анастомозы системы воротной и верхней полых вен, ниже пупка — анастомозы воротной и нижней полых вен, в боковых отделах живота располагаются кавакавальные венозные анастомозы. Развитие их может наблюдаться при затруднениях тока крови в нижней полых вене (тромбоз, сдавление и др.). Расширенные, набухшие и извитые венозные коллатерали, располагающиеся вокруг пупка и направляющиеся от него лучеобразно, образуют так называемую голову медузы; они характерны для синдрома портальной

гипертензии, наблюдающегося при циррозах печени, тромбозе и сдавлении воротной вены. Исследование направления тока крови по коллатералям позволяет определить тип анастомоза и тем самым установить, в каком из сосудов имеется затруднение для тока крови в системе воротной или нижней полую вены. Для этого двумя пальцами надавливают на небольшой участок расширенной венозной ветви, предварительно стараясь освободить его от крови, и через некоторое время отнимают верхний палец. Если сосуд наполняется кровью выше прижимающего пальца, значит, кровь идет сверху вниз, т. е. из системы воротной вены в нижнюю полую вену; если же кровь не наполняет сосуд, то имеется направление тока крови снизу вверх, т. е. из системы нижней полую вены в верхнюю полую. При значительном увеличении печени и выраженном истощении больного может наблюдаться *выпячивание правого подреберья и эпигастральной области*; если брюшная стенка тонка, иногда можно отметить, что область выбухания неровная, бугристая (при опухолях и кистах печени). Желчный пузырь может выпячивать брюшную стенку только при значительном его увеличении, особенно у истощенных больных (при водянке желчного пузыря, раке общего желчного протока и головки поджелудочной железы, сдавливающей общий желчный проток). В случае значительного увеличения селезенки, сопровождающего цирроз печени (гепатолиенальный синдром), наблюдается *выбухание области левого подреберья*.

Перкуссия

Метод перкуссии позволяет определить границы, величину и конфигурацию печени. Перкуссией определяют верхнюю и нижнюю границы печени. Различают верхние границы двух видов печеночной тупости: относительной тупости, которая дает представление об истинной верхней границе печени, и абсолютной тупости, т. е. верхней границе участка передней поверхности печени, который непосредственно прилежит к грудной клетке и не прикрыт легкими. На практике ограничиваются определением лишь границ абсолютной тупости печени, так как положение верхней границы относительной тупости печени непостоянно и зависит от размеров и формы грудной клетки, высоты стояния правого купола диафрагмы. Кроме того, верхний край печени очень глубоко скрыт под легкими, и верхнюю границу относительной тупости печени трудно определить. Наконец, почти во всех случаях увеличение печени происходит преимущественно книзу, о чем судят по положению ее нижнего края. Перкуссию печени проводят с соблюдением общих правил топографической перкуссии.

Для определения верхней границы абсолютной тупости печени применяют тихую перкуссию. Перкутируют сверху вниз, по вертикальным линиям, как при определении нижних границ правого легкого. Границы находят по контрасту между ясным легочным звуком и тупым от печени. Найденную границу отмечают точками на коже по верхнему краю пальца-плессиметра по каждой вертикальной линии. В норме верхняя граница абсолютной тупости печени располагается по правой окологрудной линии у верхнего края VI ребра, по правой среднеключичной линии на VI ребре и по правой передней подмышечной линии на VII ребре, т. е. верхняя граница абсолютной тупости печени соответствует положению нижнего края правого легкого (рис. 115). Таким же способом можно установить положение верхней границы печени и сзади, однако обычно ограничиваются определением только по указанным трем линиям.

1. Ведущим симптомом при заболеваниях печени является:
 - * гепатомегалия
 - спленомегалия
 - болезненность при пальпации в правом подреберье
 - асцит
2. Основными жалобами при заболеваниях печени являются все, кроме:
 - * головные боли
 - боль в правом подреберье
 - диспептические явления
 - желтуха
3. Приступообразные боли в правом подреберье чаще всего наблюдаются при:
 - * желчно-каменная болезнь
 - цирроз печени
 - наследственная доброкачественная гипербилирубинемия
 - абсцесс печени
4. Причиной боли в правом подреберье при циррозе печени могут быть все, кроме:
 - * очаги некроза в глубине печеночной ткани
 - растяжение гиссоновой капсулы увеличенной печенью
 - наличие очагов некроза, близко расположенных к капсуле
 - сопутствующие заболевания желчных путей воспалительного характера
5. Наиболее характерными изменениями кожи при циррозе печени являются все, кроме:
 - * цианоз
 - гладкая, тонкая, пергаментная кожа
 - желтушный оттенок кожи и слизистых оболочек различной интенсивности
 - ксантелазмы и ксантомы
6. Характерным пальпаторным признаком цирроза печени является:
 - * плотной консистенции, край острый, поверхность ровная или мелкобугристая
 - край ровный, мягкой консистенции
 - поверхность бугристая, край неровный
 - ничего из перечисленного
7. Причиной механической (подпеченочной) желтухи является:
 - * все вышеперечисленное
 - камни общего желчного протока
 - стриктура Фатерова соска
 - рак головки поджелудочной железы
8. Гемолитическая желтуха сопровождается всеми признаками, кроме:
 - * анемия с ретикулоцитозом
 - увеличением содержания в крови непрямого билирубина
 - уробилинурией
 - билирубинурией
9. Для синдрома цитолиза, развивающегося при вирусном гепатите и других острых повреждениях печени, характерно:
 - * высокая активность АСТ, АЛТ, ЛДГ, повышение активности печеночно-специфических ферментов;
 - повышение активности щелочной фосфатазы, гиперхолестеринемия, гипербилирубинемия
 - снижение уровня альбумина, протромбина, холестерина, гипербилирубинемия
 - повышение уровня гамма-глобулинов, повышение уровня иммуноглобулинов;
10. К лабораторным тестам, отражающим синтетическую функцию печени относятся все, кроме:
 - * содержание меди;
 - уровень альбуминов в крови;
 - содержание протромбина, проконвертина и других факторов свертывания крови;
 - содержание холестерина, фосфолипидов.
11. Для какого вида желтухи характерна преимущественно прямая (конъюгированная) гипербилирубинемия:
 - * механическая.

- гемолитическая;
 - печеночно-клеточная;
 - паренхиматозная
12. Как оценивается выделительная функция печени, если через 45 мин после введения бромсульфалеина его концентрация составляет 10% от исходной:
- не нарушена;
 - снижена.
 - повышена
 - нарушена
13. Из перечисленных показателей маркером холестаза является:
- бромсульфалеиновая проба;
 - уровень гамма-глобулинов;
 - активность аминотрансфераз;
 - уровень алфа-глобулинов;
14. При каком заболевании наблюдается увеличение прямого и непрямого билирубина:
- * желчно-каменная болезнь
 - синдром Жильбера
 - активный гепатит
 - опухоль поджелудочной железы
15. Из перечисленных показателей о внутрипеченочном холестазе свидетельствует увеличение:
- * уровня аминотрансфераз
 - бромсульфалеиновой пробы
 - уровня гамма-глобулинов
 - уровня ЦФ
16. Какой синдром характеризуется кожным зудом, потемнением мочи, ахоличным стулом, повышением содержания в крови холестерина, билирубина, фосфолипидов, щелочной фосфатазы, 5-нуклеотидазы:
- * синдром цитолиза
 - синдром желтухи
 - синдром холестаза
 - синдром печеночно-клеточной недостаточности
17. Ксантоматоз наблюдается при заболеваниях, сопровождающихся:
- * нарушением холестерина обмена
 - нарушением белкового обмена
 - нарушением углеводного обмена
 - ничего из перечисленного
18. Для синдрома портальной гипертензии не характерно:
- * "голова медузы", асцит
 - повышение давления в портальной вене по данным спленоманометрии
 - увеличение диаметра V. porte, V. lienalis по данным УЗИ
 - расширение вен пищевода и геморроидальных вен по данным эндоскопии
19. Ведущим патогенетическим механизмом образования телеангиэктазий и пальмарной эритемы является:
- * снижение продукции андрогенов
 - снижение инактивации эстрогенов
 - снижение синтеза факторов свертывающей системы крови
 - нарушение инактивации альдостерона
20. К какой патологии приводит врожденная недостаточность глюкуронилтрансферазы:
- * синдром Жильбера
 - хронический вирусный гепатит
 - цирроз печени
 - активный гепатит
21. Для мезенхимально-воспалительного синдрома характерно все, кроме:
- * повышение иммуноглобулинов сыворотки крови
 - повышение тимоловой пробы
 - снижение сулемовой пробы
 - повышение уровня гамма-глобулинов сыворотки крови

22. К какому синдрому приводит снижение массы функционирующей паренхимы печени вследствие некроза:

- * мезенхимально-воспалительному синдрому
- желтухе
- синдрому портальной гипертензии
- синдрому печеночно-клеточной недостаточности

23. Для синдрома гиперспленизма характерно:

- * повышение уровня холестерина, щелочной фосфатазы, билирубина
- увеличение селезенки, анемия, тромбоцитопения, лейкопения
- снижение сулемовой и повышение тимоловой пробы
- повышение активности АЛТ, АСТ

24. Хроническая печеночная недостаточность возникает при:

- * хронических заболеваниях печени
- отравлении гепатотропными ядами
- желчно-каменной болезни
- при тяжелых формах острого вирусного гепатита

25. Для клинической картины печеночной комы характерно все, кроме:

- * амфорическое дыхание
- двигательное беспокойство, клонические судороги
- геморрагический диатез (кровотечение из носа, пищеварительного тракта, кожные кровоизлияния)
- "печеночный" запах

26. Для механической желтухи не характерно :

- * билирубинурия
- значительное нарастание в крови уровня прямого билирубина
- уробилинурия
- отсутствие в кале стеркобилина

27. Нарушение выделения билирубина-глюкуронида из печеночной клетки в желчные капилляры, обусловленное воспалением, некрозом и снижением проницаемости мембран гепатоцитов, вызывает увеличение в крови:

- * прямого билирубина
- непрямого билирубина
- прямого и непрямого билирубина
- не связанного билирубина

28. Нарушение захвата свободного билирубина печеночной клеткой и его связывания с глюкуроновой кислотой вызывает увеличение в крови:

- * прямого билирубина
- непрямого билирубина
- прямого и непрямого билирубина
- не связанного билирубина

29. Утрата способности печеночной клетки захватывать и метаболизировать всосавшийся в кишечнике уробилиноген проявляется:

- * уробилинурией
- гипербилирубинемией
- билирубинурией
- гипобилирубинемией

30. Увеличение содержания в крови эстрогенов при нарушении дезинтоксикационной функции печени проявляется всеми признаками кроме:

- * "головной медузы"

сосудистыми звездочками
печеночными ладонями
гинекомастией

31. Какая форма портальной гипертензии обусловлена сдавлением внутрипеченочных вен при циррозах, опухолях печени:

- * печеночная
- надпеченочная
- подпеченочная

надпеченочная и подпеченочная

32.Проявление какого синдрома является асцит, "голова медузы", оплечомергалия, расширение вен пищевода, желудка, геморроидальных вен :

* портальная гипертензии

гиперспленизма

печеночно-клеточной недостаточности.

Селезеночная недостаточность

Метод инцидента

На клинических кафедрах, с целью обучения студентов действиям в экстремальных ситуациях, применяется методика инцидента. Студентам предъявляют краткую информацию по проблеме в виде любого типа ситуационной задачи. Необходимо провести анализ этой задачи и принять быстрое решение –за 0,5-1,5мин.

Эта методика резко активизирует мышление студентов привлекает их к работе в экстремальных ситуациях. Такой тренинг необходим для подготовки врачей к условиям «медицины катастроф или тяжелого состояния больного. Здесь действие оценивается на высшей шкале коэффициента усвоения. Безошибочность выполнения действий должно быть равно 1,0. Главное в ней не полнота решения задачи. Что будет также значимо для его обучения.

Метод применяется на различных этапах занятия, но наиболее широко используется на основном этапе, направленном на отработку и закрепление нового материала.

Оценка знание студентов.

Тема	86-100 балл отл	71-85 балл хорошо	55-70 балл удов	Меньшее 54 балл неудов
	Имеет достаточное теоретическое знание по развитию механизма данного заболевания. При ситуационных состояниях может применять необходимое решение. Имеет творческого мышления. Может дифференцировать клинические симптомы при разных патологиях. Самостоятельно составляет план обследования и лечения больных с данным заболеванием.. Имеет конспект по данному тему. Активно участвует при опросе	Имеет теоретическое знание по развитию механизма данного заболевания. При ситуационных состояниях может применять необходимое решение. Может поставить предварительный диагноз. Затрудняется при дифференциальной диагностике разных заболеваний. Составляет план обследования и лечения больных, но неполноценно Имеет конспект по данному тему	Имеет представление о данном заболевании. При дифференцировке затрудняется. Не имеет клинического мышления. Имеет теоретическое знание по диагностике анемического синдрома.	Не имеет представление о данном заболевании. Не может объяснить этиопатогенез, клинику и диагностику Не имеет конспекта.

Лабораторные и инструментальные методы обследования больных с заболеваниями печени и желчевыводящих путей (холецистография, сканирование печени, УЗИ печени и желчного пузыря). Компьютерная томография. Симптоматология хронических холециститов и гепатитов.

ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ:

Обучить студентов симптоматиологии хронических холециститов и гепатитов.

КОНКРЕТНЫЕ ЗАДАЧИ:

1. Лабораторные и инструментальные методы обследования больных с заболеваниями печени и желчевыводящих путей
2. Холецистография, сканирование печени, УЗИ печени и желчного пузыря.
3. Компьютерная томография.
4. Симптоматология хронических холециститов и гепатитов.

1. Модель технологии практического обучения.

Время занятия – 4 часа	Число студентов: от 10 до 12
Форма занятия	практическое занятие
План практического занятия	Лабораторные и инструментальные методы обследования больных с заболеваниями печени и желчевыводящих путей (холецистография, сканирование печени, УЗИ печени и желчного пузыря). Компьютерная томография. Симптоматология хронических холециститов и гепатитов.
Цель занятия:	Обучить студентов лабораторным и инструментальным методам обследования больных с заболеваниями печени и желчевыводящих путей, симптоматиологии хронических холециститов и гепатитов.
Методы обучения	Опрос. Демонстрация больных , интерактивный метод обучения, беседа. Практические навыки.
Формы обучения	Малыми подгруппами
Средства обучения	Учебное пособие, содержание практических занятий, проектор, компьютер
Обстоятельство обучения	Методически оборудованная аудитория

Мониторинг и оценивание	Устный контроль: вопрос-ответ, тесты, ситуационные задачи

5.

Технологическая карта практического занятия

№	Этапы и время проведения занятия	Обучающий	Учащиеся
	Поготовительный этап (10 мин)	1.Контролирует чистоту аудитории. 2.Проверяет подготовленность студентов 3.Проверяет посещаемость студентов.	
1	Этап введения учебного процесса (10 мин)	1.Подготовка к учебной теме 2.Подготовка слайдов, мультимедий, видеокассет.	
2	Основной этап (150 мин)	1.Разделить группу на малые группы, задаём вопросы по теме. 2.Используем учебные плакаты 3.Показ слайдов и мультимедии. 4.Курация больных 5.Проводим обобщение и заключение данных сведений, оцениваем активных и пассивных студентов.	Разделяются на малые группы Смотрят участвуют слушают и отвечают на вопросы Курация больных
1 1	Заключительный этап 10 (мин)	1.Итоги занятия 2.Самостоятельная работа. 3.Домашнее задание	Слушают записывают

ВОПРОСЫ ДЛЯ КОНТРОЛЯ:

1. Как образуется билирубин в норме?
2. Определение билирубина в крови, диагностическое значение.
3. Диагностическое значение адреналиновой пробы.
4. Диагностическое значение пробы с нагрузкой галантозы.
5. Диагностическое значение микроэлементов меди и железа при заболеваниях печени.
6. Диагностическое значение исследование ферментов печени.
7. Что такое холеграфия, диагностическое значение.
8. Что такое холецистография, диагностическое значение.
9. Показания и противопоказания рентгенографии и рентгеноскопии при заболеваниях печени и ЖВП.
10. Диагностическое значение эхографии.
11. Что такое сканирование
12. Диагностическое значение компьютерной томографии.
13. Диагностическое значение биопсии печени.
14. Что такое ланороскопия, диагностическое значение.
15. Этиология холециститов.
16. Симптомы, характерные для холециститов.
17. Этиология гепатитов.
18. Симптомы, характерные для гепатитов.
19. Диагностика холециститов.
20. Диагностика гепатитов.

Рентгенологическое исследование

Рентгеноскопия и рентгенография относятся к наиболее распространенным методам исследования желудка и широко применяются как в стационарных, так и в амбулаторных условиях. Эти методы позволяют оценить положение и форму желудка, характер рельефа слизистой оболочки, контуры и эластичность стенки желудка, состояние его эвакуаторной функции. Рентгенологическое исследование желудка проводится натощак с использованием жидкой водной взвеси бария сульфата, приготовленной из расчета 100—150 г контрастного вещества на 200 мл воды. При нарушении эвакуаторной функции желудка и наличии в нем остатков пищи, а также при выраженной ночной гиперсекреции желудочного сока целесообразно

провести предварительное промывание желудка или отсасывание его содержимого с помощью тонкого зонда. Вначале выполняют обзорную рентгеноскопию органов грудной клетки и брюшной полости для ориентировочной оценки их состояния. Затем пациенту предлагают сделать глоток бариевой взвеси, после чего обращают внимание на ее прохождение по пищеводно-желудочному переходу. С помощью пальпации или специального тубуса-компрессора достигают равномерного распределения контрастного вещества по внутренней поверхности желудка и выполняют несколько снимков, позволяющих уточнить состояние складок слизистой оболочки (их направление, толщину и т. д.). После приема оставшейся порции бариевой взвеси продолжают исследование при так называемом тугом наполнении желудка. Рентгеноскопию, дополняемую серией прицельных снимков, проводят в нескольких проекциях и при различном положении больного. Изучают положение, величину и форму желудка, его смещаемость, характер перистальтики, функцию привратника, эвакуацию контрастной массы. Изменение рельефа слизистой оболочки желудка всегда свидетельствует о каком-либо патологическом процессе. Так, появление обрыва складок слизистой оболочки желудка характерно для ее инфильтрации раковой опухолью. При тугом наполнении желудок по форме напоминает рыболовный крючок и располагается в верхней половине живота, большей частью слева от срединной линии. Лишь выходной отдел желудка оказывается справа от нее. При диафрагмальных грыжах часть желудка смещается через пищеводное отверстие диафрагмы в грудную полость. Резкое расширение желудка отмечается при опухолевом или рубцово-язвенном стенозе привратника. Контур тени желудка отражает внутреннюю поверхность органа. При наличии язвы желудка в нее попадает взвесь сульфата бария. В этом случае образуется характерный выступ на контуре, получивший название ниши. Напротив, растущая опухоль обуславливает появление неровных контуров желудка, которые на рентгеновском изображении дают картину «дефекта наполнения». Злокачественные опухоли приводят также к уменьшению смещаемости желудка, появлению неперистальтирующих участков его стенки. Эвакуация 200 мл взвеси бария сульфата из желудка происходит в течение 1 1/2—3 ч, при этом через 30 мин в желудке остается только около половины принятого контрастного вещества. При стенозе привратника значительная часть взвеси бария сульфата может сохраняться в желудке спустя 24 ч после первоначального исследования. В настоящее время применяют более совершенные методы рентгенологического исследования, например методику двойного контрастирования (бариевая взвесь + воздух). Использование фармакологических проб (с атропина сульфатом, метацином, бутилскополамином) помогает в дифференциальной диагностике рубцовых деформаций желудка и двенадцатиперстной кишки и их спастических сокращений. Точность рентгенологической диагностики различных поражений желудка существенно повышается при использовании аппаратов, снабженных электронно-оптическими усилителями, телевизионной системой, видеозаписывающими устройствами. По специальным показаниям применяется компьютерная томография, позволяющая, например,

определить изменения стенки желудка при опухолевом поражении и обнаружить метастазы рака в регионарные лимфатические узлы, а также ангиография, помогающая в распознавании синдрома Золлингера—Эллисона (гастринпродуцирующей аденомы поджелудочной железы, проявляющейся возникновением труднорубцующихся язв желудка и двенадцатиперстной кишки). В некоторых случаях используют и радионуклидные методы исследования. Так, гастросцинтиграфия с ^{99}Tc -пертехнетатом дает возможность полнее оценить секреторную функцию желудка. Применение специальных «завтраков» с добавлением изотопов и последующим исследованием пациента с помощью гамма-камеры позволяет уточнить эвакуаторную функцию желудка. При диспансеризации населения и отборе пациентов для последующего более углубленного обследования используют так называемые проверочные рентгенологические исследования желудка, осуществляемые на специальных гастрорентгенографических установках

Гастроскопия представляет собой визуальный осмотр слизистой оболочки желудка, проводимый с помощью специальных гибких аппаратов (гастроуденоскопов), в которых изображение внутренней поверхности желудка передается по световоду, состоящему из множества стеклянных эластичных волокон (рис. 100). Наличие специальной фотографической приставки, соединенной с гастроскопом (гастрокамеры), дает возможность фотографировать различные участки слизистой оболочки. Гастроскопия, являющаяся в настоящее время одним из основных методов диагностики заболеваний желудка, позволяет оценить изменения его слизистой оболочки (уточнить характер и распространенность хронического гастрита, эрозивно-язвенных поражений, опухоли и др.), обнаружить различные двигательные нарушения (гастроэзофагеальный и дуоденогастральный рефлюкс, нарушения эвакуации). При помощи биопсионных щипцов, вводимых в желудок через боковой канал гастроскопа, при необходимости можно взять кусочки ткани (из язвы, опухоли и т. д.) для последующего морфологического исследования. В дифференциальной диагностике язвенных поражений используют различные модификации эндоскопического исследования: эндоскопический люминесцентный анализ с применением гематопорфирина и тетрациклина, хромотагастроскопию с метиленовым синим и др. Эндоскопический метод исследования играет большую роль в выявлении источника кровотечения (язвы, эрозии, злокачественная опухоль и т. д.). В этих случаях удастся также провести электрокоагуляцию или лазерную коагуляцию кровоточащего сосуда. В последние годы гастроскопия стала широко использоваться и при лечении больных язвенной болезнью для местного введения в область язвенного дефекта лекарственных препаратов, облучения язвы гелий-неоновым или аргоновым лазером, а также для удаления полипов желудка с помощью специальной петли.

Подготовка к гастроскопии (за исключением экстренных случаев) проводится утром натощак. Она включает в себя подкожное введение 1,0 мл 0,1% раствора атропина сульфата за 30 мин до исследования и анестезию глотки 1 % раствором дикаина. *Противопоказаниями* к проведению гастроскопии являются резкое сужение пищевода, аневризма аорты, острый инфаркт миокарда и тяжелая сердечная недостаточность, острое нарушение мозгового кровообращения, выраженный кифосколиоз, психические заболевания. *Осложнения* при проведении гастроскопии включают в себя чаще всего аллергические реакции, связанные с повышенной чувствительностью к применяемому анестетику, а также (очень редко) перфорацию стенки глотки, пищевода или желудка. Эндоскопический метод исследования желудка никак не конкурирует с рентгенологическим, а, напротив, дополняет его. Каждый из этих методов имеет свои преимущества и недостатки, свои пределы диагностических возможностей. При этом наибольшая точность диагностики заболеваний желудка достигается при умелом комбинировании обоих методов исследования.

1 Что не является стимулятором желудочной секреции?

*раствор перманганата калия
мясной бульон
раствор кофеина

7% р-р отвар сухой капусты

2 Часовая базальная секреция равна:

*30-150 мм

20-10 мм

10-50 мм

50-200 мм

3 При рентгенологическом исследовании желудка синдром "НИШИ" является прямым признаком:

*язвы желудка

хр гастрита

рака желудка

гастрита

4 При рентгенологическом исследовании желудка дефект наполнения

*рака желудка

является признаком:

язвы желудка

хр гастрита

5 Основным методом исследования при заболеваниях желудка является:

*эндоскопический

рентгенологический

лабораторный

пальпаторный /физический/

6 Ахлоргидрия это:

*полное отсутствие свободной HCl в желудочном соке

большое количество свободной HCl в желудочном соке

уменьшение содержания свободной HCl в желудочном соке

нормальное содержание свободной HCl в желудочном соке

7 В рак желудка чаще переходит в гастрит с :

*пониженной секрецией

повышенной секрецией

нормальной секрецией

не имеет значение

8 В желудке чаще всего язвы локализуется:

*на малой кривизне

на большой кривизне

на теле желудка

в кардинальном отделе

9 Чаще всего язвы желудка встречаются:

*на малой кривизне

в кардинальном отделе

на большой кривизне

на теле желудка

10 Голодные боли характерны для:

*язвенной болезни 12 п кишки

панкреатите

холецистита

хр гастрита

11 К осложнениям язвенной болезни относятся все, кроме одного:

*диарея

кровотечение

перфорация

малигнизация

12 Отрыжка с запахом тухлых яиц характерна для:

*стеноза привратника

хр гастрита

холецистита

панкреатита

13 Основными жалобами при заболевании кишечника является все, кроме одной:

*ахлоргидрия

боли

метеоризм

понос

14 Факторы функциональных запоров следующ , кроме одного:

*механический

алиментарный

неврогенный

токсический

15 "Кардинальный язык" это:

*чистый и влажный

обложенный серо-белый налетом, плохо пахнущий

сухой

малиново-красный со сглаженными сосочками

16 Ректороманоскопия представляет собой металлическую трубку:

*диаметром 2 см, длиной 35 см

диаметром 4 см, длиной 40 см

диаметром 1,5 см, длиной 25 см

диаметром 3 см, длиной 30 см

17 При ректороманоскопии больной находится:

*в коленно-локтевом положении

на правом боку

на спине

на левом боку

18 Колоноскопия имеет длину:

*86-186 см

80-150 см

60-90 см

90-200 см

19 Нормальное количество кала за сутки:

*100-200 г

20-30 г

50-70 г

30-60 г

20 "Овечий кал" характерен для следующих заболеваний:

*спастический колит

хр энтерит

панкреатит

хр гастрита

21 Ахолический кал является следствием:

*нарушение желчевыделения

обильного содержания жира в кале

нарушение всасывания воды в кишечнике

обильного содержания мышечных волокон в кале

22 Стеаторея это:

*большое содержание в кале нейтрального жира

большое содержание слизи

большое содержание паразитов

большое содержание в кале мышечных волокон

23 Креаторея это:

*большое содержание в кале мышечных волокон

большое содержание растительной клетчатки

большое содержание жира соединительной ткани

большое содержание слизи

24 Амилорея это:

*увеличение количества крахмала в кале

увеличение количества цилиндрического кишечного эпителия в кале

увеличение лейкоцитов

наличие клеток злокачественной опухоли

25 Из кристаллических образований в кале встречается, следующее, кроме одного:

*кристаллы Шарко-Лейдена

трипельфосфаты

оксалаты

ураты

26 Реакцию Грегерсена применяют для определения:

*наличие скрытой крови в кале

наличие нейтрального жира

наличие цилиндрического кишечного эпителия

наличие стернобилина

27 Печеночные ладони это:

*симметричное покраснение ладоней (в области тенара и гепотенара)

желтое окрашивание ладоней

побледнение ладоней

бледно-желтое окрашивание ладоней

28 Механизм возникновения сосудистых звездочек заключается:

*в увеличении уровня эстрогенов в крови

в увеличении уровня не прямого билирубина

в увеличении уровня прямого билирубина

в увеличении уровня мочевины

29 "Малиновый язык" характерен для больных с:

*цирозом печени

панкреатитом

холециститом

хр колитом

30 Причины пигментного цирроза печени является:

*повышенное всасывание железа в кишечнике

увеличение уровня эстрогенов в крови

наличие желчных кислот в крови

увеличение уровня непрямого билирубина

31 При пальпации печени определяют следующие свойства, кроме одной:

*формы

край

болезненность

консистенции

32 В горизонтальном положении печень чаще всего пальпируют при следующих состояниях:

*гепатомегалии

аспите

спленомегалии

метеоризме

Метод «мозгового штурма»

Основные положения методики:

— никаких замечаний и критических высказываний, которые мешают формировке идей;
— приветствие парения мысли, учитывая, что чем необычнее идея, тем она лучше;
— получение наибольшего числа предложений;

— комбинация идей и их развитие;

— краткие высказывания без развернутой аргументации;

— деление группы на тех, кто генерирует идеи и тех кто их обрабатывает.

Это методика учит аргументировать, отстаивать собственную точку зрения, находить

оптимальное решение в любой ситуации, строить общение, убеждать оппонентов в верности отстаиваемой позиции.

Оценка знание студентов.

Тема	86-100 балл отл	71-85 балл хорошо	55-70 балл удов	Меньшее 54 балл неудов
	Имеет достаточное теоретическое знание по развитию механизма данного заболевания. При ситуационных состояниях может применять необходимое решение. Имеет творческого мышления. Может дифференцировать клинические симптомы при разных патологиях. Самостоятельно составляет план обследования и лечения больных с данным заболеванием.. Имеет конспект по данному тему. Активно участвует при опросе	Имеет теоретическое знание по развитии механизма данного заболевания. При ситуационных состояниях может применять необходимое решение. Может поставить предварительный диагноз. Затрудняется при дифференциальной диагностике разных заболеваний. Составляет план обследования и лечения больных, но неполноценно Имеет конспект по данному тему	Имеет представление о данном заболевании. При дифференцировке затрудняется. Не имеет клинического мышления. Имеет теоретическое знание по диагностике анемического синдрома.	Не имеет представление о данном заболевании. Не может объяснить этиопатогенез, клинику и диагностик у Не имеет конспекта.

Домашнее задание. Тема 26

Тема №26

Симптоматология циррозов печени. Промежуточный контроль №3.

ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ: Научить обследования больных с заболеванием цирроз печени.

КОНКРЕТНЫЕ ЗАДАЧИ:

1. Жалобы больных с заболеванием цирроза печени.
2. Этиология и патогенез цирроза печени.
3. Симптоматология циррозов печени.

1. Модель технологии практического обучения.

Время занятия – 4 часа	Число студентов: от 10 до 12
Форма занятия	практическое занятие
План практического занятия	Симптоматология циррозов печени. Промежуточный контроль №3.
Цель занятия:	Обучить студентов , симптоматики циррозов печени
Методы обучения	Опрос. Демонстрация больных , интерактивный метод обучения, беседа. Практические навыки.

Формы обучения	Малыми подгруппами
Средства обучения	Учебное пособие, содержание практических занятий, проектор, компьютер
Обстоятельство обучения	Методически оборудованная аудитория
Мониторинг и оценивание	Устный контроль: вопрос-ответ, тесты, ситуационные задачи

4.

5.

Технологическая карта практического занятия

№	Этапы и время проведения занятия	Обучающий	Учащиеся
	Подготовительный этап (10 мин)	1.Контролирует чистоту аудитории. 2.Проверяет подготовленность студентов 3.Проверяет посещаемость студентов.	
1	Этап введения учебного процесса (10 мин)	1.Подготовка к учебной теме 2.Подготовка слайдов, мультимедий, видеокассет.	
2	Основной этап (150 мин)	1.Разделить группу на малые группы, задаём вопросы по теме. 2.Используем учебные плакаты 3.Показ слайдов и мультимедии. 4.Курация больных 5.Проводим обобщение и заключение данных сведений, оцениваем активных и пассивных студентов.	Разделяются на малые группы Смотрят участвуют слушают и отвечают на вопросы Курация больных
1 1	Заключительный этап 10 (мин)	1.Итоги занятия 2.Самостоятельная работа. 3.Домашнее задание	Слушают записывают

ВОПРОСЫ ДЛЯ КОНТРОЛЯ:

1. Цирроз печени, определение, классификация.
2. Этиология циррозов печени.
3. Патоморфология циррозов печени.
4. Жалобы больных с циррозом печени.
5. Осмотр больных с заболеванием цирроза печени.
6. Основные клинические синдромы при циррозе печени.
7. Патогенез геморрагического синдрома.

8. Патогенез желтухи.
9. Что такое сосудистые звёздочки.
10. Пальмарная эритема – что такое.
11. Что такое ксантомы и ксанплазмы
12. Что такое асцит, причины
13. Эндоскопические критерии при циррозе печени.
14. Лабораторная диагностика циррозов печени, диагностическое значение.
15. Осложнения циррозов печени.
16. Лечение и профилактика циррозов печени.

ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ

Цирроз печени (cirrhosis hepatis) — хроническое прогрессирующее заболевание, характеризующееся нарастающей печеночной недостаточностью в связи с дистрофией печеночных клеток, рубцовым сморщиванием и структурной перестройкой печени.

Этиология и патогенез. Цирроз печени является полиэтиологическим заболеванием. В его возникновении наибольшее значение имеют следующие факторы: 1) инфекция (вирус гепатитов В и С, возможно, и др.); 2) алкоголизм; 3) недостаток в питании белков и витаминов; 4) токсико-аллергический фактор; 5) холестаз. Из указанных этиологических факторов, приводящих к развитию цирроза печени, в нашей стране ведущая роль принадлежит вирусным гепатитам. Этот вид цирроза, по-видимому, обусловлен длительным персистированием вируса в клетках печени.

Большое значение имеет также длительная алкогольная интоксикация, которая приводит к нарушению всасывания из кишечника витаминов и белков, тем самым способствуя развитию цирроза печени, а также непосредственно специфически воздействует на метаболизм печеночных клеток. Алиментарный фактор — недоедание, главным образом дефицит белков и витаминов, является причиной цирроза печени в ряде регионов. В основном фактор расстройства питания имеет лишь эндогенное происхождение, когда нарушается всасывание белков и витаминов (при тяжелых хронических заболеваниях желудочно-кишечного тракта, после тотальной резекции желудка, резекции кишечника, при хроническом панкреатите, эн-

терите и в других случаях). Токсический цирроз печени встречается относительно редко, возникает при повторных и длительных воздействиях четыреххлористого углерода, соединений фосфора, мышьяка и др., при отравлении пищевыми ядами — несъедобными грибами, семенами гелиотропа. К токсико-аллергическим циррозам относят поражения, связанные с повышенной чувствительностью (аутоаллергия) к различным лекарственным веществам (аминазин, некоторые антибиотики, сульфаниламидные препараты и др.), следствием которой являются дистрофия и некроз паренхимы печени. В возникновении билиарного цирроза печени имеет значение обтурация внутри- и внепеченочных желчных протоков, их воспаление, приводящее к застою желчи — холестазу. Этиологический фактор не всегда определяет пути развития цирроза печени. Одна и та же причина повреждения печени может привести к формированию различных морфологических вариантов цирроза (портальный, постнекротический и билиарный), а различные этиологические факторы — к одинаковым морфологическим изменениям. Вопросы патогенеза цирроза печени тесно связаны с морфогенезом. Наибольшее значение в механизме развития цирроза печени имеют повторные некрозы печеночных клеток, возникающие под воздействием разных этиологических факторов и ведущие за собой спадание

(коллапс) ретикулинового остова печени, образование рубцов и нарушение кровоснабжения в прилежащих участках сохранившейся паренхимы. Уцелевшие гепатоциты или фрагменты долек

начинают усиленно регенерировать под влиянием возбуждающих рост веществ, поступающих из очага некроза. Образующиеся большие узлы-регенераты сдавливают окружающую ткань с проходящими в ней сосудами; особенно сильно сдавливаются печеночные вены. Возникает нарушение оттока крови, способствующее развитию портальной гипертензии и образованию анастомозов между ветвями воротной и печеночных вен, облегчающих внутрипеченочное кровообращение. Кровь по ним идет в обход сохранившейся печеночной паренхимы, что резко ухудшает ее кровоснабжение и может приводить к новым ишемическим некрозам, к прогрессированию цирроза даже в отсутствие действия первичного этиологического фактора. Одновременно происходит разрастание коллагеновой соединительной ткани; из перипортальных полей соединительнотканые перегородки (септы) врастают в паренхиму печени и фрагментируют печеночные доли. Образовавшиеся «ложные» доли в дальнейшем могут стать источником узловых регенераций. В патогенезе отдельных форм цирроза имеет значение длительное или повторяющееся непосредственное токсическое воздействие некоторых вредных гепатотропных веществ, а также аутоиммунные и некоторые другие ме-

ханизмы.

Клиническая картина. Портальный цирроз печени в большинстве случаев встречается в возрасте 40—60 лет, причем у мужчин в 2 раза чаще, чем у женщин. Постнекротический и билиарный циррозы печени развиваются в более молодом возрасте, чаще у женщин. Клинические проявления цирроза печени зависят от степени повреждения печеночных клеток и связанных с этим функциональной недостаточности печени и портальной гипертензии, от стадии болезни (компенсированная или декомпенсированная) и степени активности патологического процесса в печени. Для большинства больных с различными вариантами цирроза печени наиболее характерны следующие *симптомы заболевания*. Боли в области печени, в эпигастриальной области или разлитые по всему животу имеют обычно тупой, ноющий характер, усиливаются после еды, особенно жирной, обильного питья и физической работы. Боли обычно связаны с увеличением печени и растяжением капсулы или с появлением очагов некроза, близко расположенных к капсуле, с явлениями периге-

патита, а также с сопутствующим поражением желчных путей, воспалительным процессом. Диспепсические явления в виде снижения аппетита до полной анорексии, тяжести в эпигастриальной области после еды, тошноты, рвоты, метеоризма и расстройства стула (особенно после приема жирной пищи) обусловлены главным образом нарушением секреции желчи и вызываемыми этими нарушениями пищеварения, но могут быть связаны с сопутствующей дискинезией желчных путей или алкогольным гастроэнтеритом. Снижение трудоспособности, общая слабость, быстрая утомляемость и бессонница также часто наблюдаются при циррозе печени. Лихорадка, чаще неправильного, а иногда волнообразного типа обычно сопутствует постнекротическому циррозу печени и объясняется распадом печеночных клеток при некрозах. Резко выраженной лихорадка бывает в период активности цирротического процесса и при инфекционной природе цирроза. Геморрагический синдром наблюдается у половины больных циррозом печени. Массивные кровотечения из расширенных вен пищевода и желудка нередко могут быть одним из начальных признаков портального цирроза печени; их причиной является повышенное давление в венах пищевода и желудка и протеолитическое действие активного желудочного

сока на слизистую оболочку дистального отдела пищевода при желудочно-пищеводном рефлюксе. При других вариантах цирроза кровотечения из носа, десен, маточные кровотечения, кожные геморрагии появляются в случае выраженной декомпенсации цирроза и обусловлены понижением свертываемости крови в связи с нарушениями функций печени. При *осмотре* больных отмечаются следующие признаки цирроза. Истощение особенно характерно для

больных портальным циррозом печени. При далеко зашедшем заболевании не только исчезает подкожная жировая клетчатка, но и развивается атрофия мышц, особенно плечевого пояса. У таких больных типичный общий вид: исхудавшее лицо с серым или субиктеричным цветом кожи, яркие губы и язык, эритема скуловой области, тонкие конечности и большой живот (за счет асцита, увеличения печени и селезенки), расширение подкож-

ных вен брюшной стенки, отеки ног. Нарушение общего питания больных связано с расстройствами переваривания и усвоения пищи, а также синтеза белка в пораженной печени. Желтуха, кроме случаев билиарного цирроза, служит проявлением гепатоцеллюлярной недостаточности, связанной с некрозами печеночных клеток. Пораженные гепатоциты частично теряют способность улавливать билирубин из крови и связывать его с глюкуроновой кислотой; выделение в желчь связанного билирубина также нарушается. Вследствие этого в сыворотке крови повышается содержание свободного (непрямого) и связанного (прямого) билирубина. Для желтухи обычно характерно частичное обесцвечивание кала и присутствие желчи в дуоденальном содержимом. Нередко желтуха сопровождается кожным зудом. При билиарном циррозе печени желтуха имеет черты механической, отмечается мучительный кожный зуд. Интенсивность желтухи различная: от легкой субиктеричности до выраженной желтушности в зависимости от степени обструкции желчных протоков.

При длительной закупорке общего желчного протока кожа приобретает зеленоватый оттенок, который зависит от окисления в ней билирубина в биливердин. Кроме того, может наблюдаться бурая пигментация кожных покровов, зависящая от накопления меланина. При осмотре больного можно выявить также «малые» признаки цирроза, к которым относятся: 1) сосудистые «звездочки» — звездчатые телеангиэктазии (они могут появиться за несколько лет до выраженных симптомов этого заболевания); увеличение их числа и особенная яркость окраски отмечаются при обострении заболевания; 2) эритема ладоней («печеночные ладони»); 3) красные блестящие губы, красная слизистая оболочка рта, красный «лакированный» язык; 4) гинекомастия (увеличение молочных желез у мужчин) и другие жено-

подобные половые признаки, развивающиеся у мужчин (уменьшение роста волос бороды, на груди, животе, а также облысение); 5) ксантоматозные бляшки на коже (наблюдаются у больных билиарным циррозом печени); 6) пальцы в виде барабанных палочек с гиперемией кожи у ногтевых лунок. Осмотр кожи живота может выявить расширенные вены, видимые через истонченную кожу брюшной стенки (caput Medusae). Коллатеральная венозная сеть может быть видна и на груди; нередко встречается расширение геморроидальных вен. Асцит является одним из характерных признаков портального цирроза. Асцитическая жидкость может накапливаться медленно, но часто асцит достигает огромных размеров, и тогда у больных появляется одышка. Иногда возникают отеки, а в ряде случаев и гидроторакс. При других вариантах цирроза асцит развивается в поздней стадии болезни. При *п а л ь н а ц и* увеличении печени обнаруживается у 50—5% больных циррозом печени. Степень ее увеличения может быть различной: от незначительной, определяемой только перкуссией, до огромной, когда печень занимает всю правую и часть левой половины живота; печень плотная, поверхность ее иногда неровная, нижний край острый. Увеличение селезенки часто сопровождается усилением ее деятельности (гиперспленизм), что ведет к возникновению лейкоцитопении, тромбоцитопении и анемии. *Л а б о р а т о р н ы е д а н н ы е* в период активности цирротического процесса выявляют анемию, лейкопению, тромбоцитопению и увеличенную СОЭ. Анемия может быть следствием гиперспленизма и желудочно-кишечных кровотечений, печеночноклеточной недостаточности, а нередко и повышенного гемолиза, который сопровождается ретикулоцитозом периферической крови. Уровень билирубина сыворотки крови достигает значительной степени лишь в конечной стадии болезни. Вместе с тем об изменениях выделительной функции печени при циррозе печени можно судить по содержанию конъюгированной фракции билирубина (связанного

билирубина), уровень которой нередко повышается как при увеличенном, так и при нормальном количестве общего билирубина. Кроме того, в результате нарушения конъюгации билирубина в печеночной клетке и гемолиза в сыворотке крови повышается содержание и свободного (неконъюгированного) билирубина. При билиарном циррозе печени уровень билирубина сыворотки колеблется в широких пределах — 26—340 мкмоль/л (1,5—0 мг%), преимущественно за счет связанного (конъюгированного) билирубина. В моче обнаруживается в большом количестве уробилин, что является важным показателем недостаточности печени. Количество уробилина в моче и стеркобилина в кале уменьшается при наличии выраженной желтухи, когда в кишечник поступает небольшое количество билирубина. При желтухе в моче определяется и билирубин. Нарушение выделительной функции печени выявляется задержкой в крови бромсульфалеина и вофавердина (индоциана) при внутривенном их введении (эти пробы в настоящее время применяются редко), а также методами радиоизотопной гепатографии и сканирования печени. Поражения печеночных клеток проявляются характерными изменениями белковых показателей: снижением концентрации сывороточных альбуминов и гипергаммаглобулинемией,

что приводит к снижению альбумино-глобулинового коэффициента. При активности воспалительного процесса в печени повышается содержание α_2 -глобулинов, а при наличии желтухи — β -глобулинов. В период ремиссии все эти изменения менее выражены. При билиарном циррозе значительно повышается также уровень липидов и холестерина крови. Чувствительным показателем нарушения функции печени является снижение активности холинэстеразы сыворотки. При обострении цирроза повышается активность трансаминаз, а при билиарном циррозе — и щелочной фосфатазы. В происхождении геморрагического диатеза при циррозе печени большое значение имеет снижение содержания протромбина, синтез которого осуществляется печеночными клетками, увеличение антитромбиновой и снижение общей коагулирующей активности плазмы.

Лапартоскопия и особенно *биопсия печени* дают возможность обнаружить прижизненные морфологические признаки, характерные для каждого из вариантов цирроза печени. *Рентгенологически* выявляются расширенные вены пищевода. Хотя клинические и лабораторно-инструментальные методы исследования не всегда позволяют дифференцировать различные варианты цирроза печени, все же, сопоставляя приведенные признаки, можно отметить, что при портальном циррозе печени симптомы портальной гипертензии часто выявляются значительно раньше функциональной недостаточности печени. Эта недостаточность развивается лишь в поздней стадии болезни. Однако при постнекротическом циррозе печени признаки печеночной недостаточности развиваются рано и в значительной мере определяют всю клиническую картину заболевания. В клинической картине билиарного цирроза печени на первое место выступает хроническая желтуха механического типа при удовлетворительном общем состоянии больного, с кожным зудом, иногда лихорадкой, сопровождающейся ознобом: в крови повышено содержание щелочной фосфатазы, холестерина. Для уточнения причин холестаза (при показаниях) производится чрескожная холангиография. При компенсированном циррозе печени жалобы больных могут быть незначительными: иногда он выявляется случайно при исследовании, когда обнаруживается увеличение печени и селезенки. Ремиссии могут быть длительными (годами). Декомпенсированный, активный цирроз печени характеризуется выраженными симптомами болезни и быстрым прогрессиру-

ющим течением. Течение и осложнения. Как правило, течение прогрессирующее. Общая длительность заболевания обычно составляет 3— лет, редко до 10 лет и более (чаще это наблюдается при билиарном циррозе печени). Терминальный период заболевания независимо от формы цирроза печени характеризуется желудочно-кишечными кровотечениями и прогрессированием признаков функциональной

недостаточности печени с исходом в печеночную кому. Это две наиболее часто встречающиеся непосредственные причины смерти больных циррозом печени. Желудочно-кишечные кровотечения в виде кровавой рвоты и мелены возникают в результате разрыва варикозных узлов в нижней трети пищевода или, реже, в желудке. Непосредственной причиной варикозных кровотечений является физическое напряжение или местное повреждение слизистой оболочки (например, грубой пищей). Массивные кровотечения, если они не являются причиной смерти больного, могут привести к анемии с последующим ухудшением функции печеночных клеток и ускорить развитие печеночной комы. На фоне цирроза может развиваться рак печени (особенно при присоединении вируса гепатита D).

лечение В стадии компенсации цирроза печени лечение направлено на предупреждение дальнейшего ее поражения алкоголем, токсичными веществами и др., а также на рациональную организацию режима труда. При этом необходимо обеспечить калорийное питание с достаточным содержанием белков и витаминов. В период декомпенсации лечение проводится обязательно в стационаре. При наличии варикозно-расширенных вен проводят профилактику кровотечений (β-блокаторы, склерозирующая терапия и др.). Больным с асцитом назначают диету с ограничением соли и периодический прием мочегонных средств: при асците, не поддающемся лечению диуретическими средствами, выпускают асцитическую жидкость с по-

мощью парацентеза. При первичном билиарном циррозе для уменьшения холестаза и с целью устранения кожного зуда применяют урсодезоксихолевую кислоту. В далеко зашедших стадиях проводят трансплантацию печени. В случаях вторичного билиарного цирроза печени, например при закупорке желчного протока камнем, показано хирургическое лечение.

1 При какой из желтух в кале отсутствует стеркобилин:

- *механической
- паренхиматозной
- гемолитической
- механической и гемолитической

2 При какой из желтух в кале стеркобилин уменьшается, а в моче уробилин увеличивается:

- *паренхиматозной
- гемолитической
- механической
- не имеет значения

3 При какой из желтух в кале стеркобилин увеличивается, а уробилин в моче уменьшается:

- *механической
- паренхиматозной
- гемолитической
- не имеет значения

4 После адреналиновой пробы при поражении печени уровень сахара в крови:

- *не изменяется
- увеличивается
- уменьшается

может увеличиваться, может уменьшаться

5 Уровень альбуминов при циррозе печени:

- *падает
- растет

не изменяется

иногда падает, иногда растет

6 Уровень гаммаглобулинов при циррозе печени:

- *растет
- падает
- не изменяется
- сомнительно

7 Тимоловая проба отрицательна при:

- *механической желтухе
- вирусном гепатите
- циррозе печени
- активном гепатите

8 Уровень протромбина падает при:

- *механической желтухи
- паренхиматозной желтухи
- гемолитической желтухи
- при всех желтухах

9 Синтез протромбина происходит в печени при участии:

- *витамин К
- витамин А
- витамин В₆,₁₂
- витамин РР

10 Уровень холестерина в норме равен:

- *3-5 ммоль/л
- 3-5 ммоль/л
- 4-6 ммоль/л
- 2-6 ммоль/л

11 Уровень билирубина в норме равен:

*8 55-20 52 мкмоль/л
6 20-15 65 мкмоль/л
7 15-17 38 мкмоль/л
9 34-20 82 мкмоль/л
12 Печень в обмене билирубина выполняет следующие функции, кроме одной:
*восстановление билирубина до стеркобилиногена
образование билирубина
улавливание свободного билирубина из крови
соединение билирубина с глюкуроновой кислотой
13 При поражении печени наблюдается увеличение:
*ЛДГ 5
ЛДГ 1
ЛДГ 2
ЛДГ 3
14 Повышение активности АлАТ характерна для:
*гепатита
инфаркта миокарда
пневмонии
пиелонефрита
15 Синдром холестаза включает в себя следующие показатели, кроме одного
*увеличение альбумина
увеличение содержания холестерина
увеличение желчных кислот
увеличение связанного билирубина
16 Синдром недостаточности гепатоцитов включает в себя; след показатели, кроме одного:
*снижение содержания амилазы
снижение содержания в крови альбуминов
снижение содержания холестерина
17 Наличие в порции В лейкоцитов говорит о наличии:
*холецистита
гепатита
холангита
панкреатита
18 Наличие в порции С лейкоцитов говорит о наличии больного:
*холангита
гепатита
холецистита
панкреатита
19 Белок в нормальной желчи:
*отсутствует
присутствует
не знаю
не имеет мед. значения

20 Холецистография - рентгенологический метод исследования желчного пузыря основанный на:

*введение контрастного вещества через прямую кишку
парентеральном введении контрастного вещества
пероральном введении контрастного вещества

21 Холеграфия - рентгенологический метод исследования желчного пузыря и желчных путей основанный на:

*парентеральном введении контрастного вещества
пероральном введении контрастного вещества
через прямую кишку

22 Порция В - это желчь поступающая из:

*желчного пузыря
желудка
внепеченочных желчных протоков
из печеночных протоков

23 Порция С - это желчь поступающая:

*печеночных протоков
из желудка
желчного пузыря
кишечника

24 При дуоденальном зондировании больной лежит:

*на правом боку
на левом боку
на спине
на животе

25 Сопровождается ли гемолитическая желтуха кожным зудом:

*нет

да

не знаю

26 Механизм возникновения гемолитической желтухи следующий:

*чрезмерное разрушение эритроцитов и повышенная выработка билирубина
нарушение улавливания и связывания билирубина с глюкуроновой кислотой
наличие препятствия к выделению билирубина с желчью в кишечник
снижение синтеза в печени транспортного белка меди и отложения его в ткани

27 Механизм развития паренхиматозной желтухи:

*нарушение улавливания и связывания билирубина с глюкуроновой кислотой
чрезмерное разрушение эритроцитов и повышенная выработка билирубина

наличие препятствия к выделению билирубина с желчью в кишечник
снижение синтеза в печени транспортного белка меди и отложения его в ткани

28 Механизм развития механической желтухи:

*наличие препятствия к выделению билирубина с желчью в кишечник
чрезмерное разрушение эритроцитов и повышенная выработка билирубина
нарушение улавливания и связывания билирубина с глюкуроновой кислотой
снижение синтеза в печени транспортного белка меди и отложения его в ткани

29 Механизм возникновения болезни Вильсона-Коновалова:

*снижение синтеза в печени транспортного белка меди и отложения его
чрезмерное разрушение эритроцитов и повышенная выработка билирубина
нарушение улавливания и связывания билирубина с глюкуроновой кислотой
повышенное всасывание железа в кишечнике

30 Механизм возникновения гемохроматоза:

*повышенное всасывание железа в кишечнике
чрезмерное разрушение эритроцитов и повышенная выработка билирубина
нарушение улавливания и связывания билирубина с глюкуроновой кислотой
наличие препятствия к выделению билирубина с желчью в кишечник

31 Холемия - это:

*повышение содержания в крови желчных кислот

повышение уровня холестерина в крови

отложение холестерина на коже

отложение меди на тканях

32 Брадикардия сопутствует:

*механической желтухи

паренхиматозной желтухи

гемолитической желтухи

МЕТОД «ТРЕХСТУПЕНЧАТОГО ИНТЕРВЬЮ»

В каждый группе (по 3 чел.) распределяются роли: «врач», «больной», «эксперт-ВОП», «Больным» анонимно сообщается диагноз. Каждая группа проводит консультацию в течение 10-15 мин, «эксперт» оценивает и записывает действия врача в 3 раздела:

1. что сделано правильно ;
2. что сделано неправильно;
3. как надо было сделать.

Каждая группа демонстрирует консультацию с комментариями эксперта, которые оцениваются всеми участниками обучения. Другой вариант-студенты выступают в роли экспертов на реальной консультации врача и больного в поликлинике, обсуждение проводится всей группой и педагогом.

Этот метод может быть организован с примененном ОКП.

Оценка знание студентов.

Тема	86-100 балл отл	71-85 балл хорошо	55-70 балл удов	Меньшее 54 балл неудов
	Имеет достаточное теоретическое знание по развитию механизма данного заболевания. При ситуационных состояниях может применять необходимое решение. Имеет творческого мышления. Может дифференцировать клинические симптомы при разных патологиях. Самостоятельно составляет план обследования и лечения больных с данным заболеванием.. Имеет конспект по данному тему. Активно участвует при опросе	Имеет теоретическое знание по развитию механизма данного заболевания. При ситуационных состояниях может применять необходимое решение. Может поставить предварительный диагноз. Затрудняется при дифференциальной диагностике разных заболеваний. Составляет план обследования и лечения больных, но неполноценно Имеет конспект по данному тему	Имеет представлени е о данном заболевания. При дифференцировке затрудняется. Не имеет клинического мышления. Имеет теоретическое знание по диагностике анемического синдрома.	Не имеет представле ние данном заболевани е. Не может объяснить этиопатогез, клинику и диагностик у Не имеет конспекта.

План обследования больных с заболеваниями органов мочевого выделения. Расспрос, осмотр, пальпация, перкуссия, основные клинические синдромы. Лабораторное занятие: исследование мочи. Функциональные пробы почек (Зимницкого, Нечипоренко, Роберга).

ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ:

Научить диагностике заболеваний органов мочевого выделения.

КОНКРЕТНЫЕ ЗАДАЧИ:

1. Обследования больных с заболеваниями органов мочевого выделения.
2. Расспрос, осмотр, пальпация, перкуссия, основные клинические синдромы.
3. Лабораторное занятие: исследование мочи.
4. Функциональные пробы почек (Зимницкого, Нечипоренко, Роберга).

1. Модель технологии практического обучения.

Время занятия – 4 часа	Число студентов: от 10 до 12
Форма занятия	практическое занятие
План практического занятия	План обследования больных с заболеваниями органов мочевого выделения. Расспрос, осмотр, пальпация, перкуссия, основные клинические синдромы. Лабораторное занятие: исследование мочи. Функциональные пробы почек (Зимницкого, Нечипоренко, Роберга).
Цель занятия:	Обучить студентов расспросу, осмотру, пальпации, перкуссии, основным клиническим синдромам ,больных с заболеваниями органов мочевого выделения.
Методы обучения	Опрос. Демонстрация больных , интерактивный метод обучения, беседа. Практические навыки.
Формы обучения	Малыми подгруппами
Средства обучения	Учебное пособие, содержание практических занятий, проектор, компьютер
Обстоятельство обучения	Методически оборудованная аудитория
Мониторинг и оценивание	Устный контроль: вопрос-ответ, тесты, ситуационные задачи

Технологическая карта практического занятия

№	Этапы и время проведения занятия	Обучающий	Учащиеся
	Подготовительный этап (10 мин)	1.Контролирует чистоту аудитории. 2.Проверяет подготовленность студентов 3.Проверяет посещаемость студентов.	
1	Этап введения учебного процесса (10 мин)	1.Подготовка к учебной теме 2.Подготовка слайдов, мультимедий, видеокассет.	
2	Основной этап (150 мин)	1.Разделить группу на малые группы, задаём	Разделяются на малые группы

		вопросы по теме. 2.Используем учебные плакаты 3.Показ слайдов и мультимедии. 4.Курация больных 5.Проводим обобщение и заключение данных сведений, оцениваем активных и пассивных студентов.	Смотрят участвуют слушают и отвечают на вопросы Курация больных
1 1	Заключительный этап 10 (мин)	1.Итоги занятия 2.Самостоятельная работа. 3.Домашнее задание	Слушают записывают

ВОПРОСЫ ДЛЯ КОНТРОЛЯ:

1. Основные и второстепенные жалобы больных с заболеванием почек.
2. Осмотр больных с заболеванием мочевого выделения.
3. Пальпация почек.
- 4.Определите симптом Пастернацкого.
- 5.Что такое нефронтоз.
6. Диагностическое значение перкуссии мочевого выделительных органов.
7. Охарактеризуйте нефротический синдром.
8. Причины почечной артериальной гипертензии.
9. Характеристика физических свойств мочи.
- 10.Техника определения белка в моче.
11. Техника определения глюкозы в моче.
12. Техника определения билирубина в моче.
13. Диагностическое значение пробы Зимницкого.
14. Диагностическое значение пробы Нечипоренко.
15. Диагностическое значение пробы Роберга.

СИСТЕМА МОЧЕОТДЕЛЕНИЯ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ РАССПРОС

Жалобы. Наиболее часто лица, страдающие заболеваниями почек, жалуются на боли в пояснице, нарушения мочеотделения, отеки, головные боли, головокружение. Могут наблюдаться также нарушение зрения, боли в области сердца, одышка, отсутствие аппетита, тошнота, рвота, повышение температуры тела. Однако в ряде случаев некоторые заболевания почек (гломерулонефрит, пиелонефрит, почечнокаменная болезнь и др.) могут длительное время протекать без какой-либо почечной или общей клинической симптоматики. Если больной жалуется на боли, прежде всего следует установить их *локализацию*. Боли почечного происхождения чаще локализуются в области поясницы, при поражении мочеточников — соответственно их ходу, при поражении мочевого пузыря — над лобком. Для приступа почечнокаменной болезни (почечной колики) характерна иррадиация болей вниз, в область промежности. Далее следует выяснить *характер* боли. Нужно иметь в виду, что сама почечная ткань болевых рецепторов не имеет. Боль возникает при растяжении почечной капсулы или лоханки. Тупые, ноющие боли в области поясницы наблюдаются при остром гломерулонефрите, абсцессе околопочечной клетчатки, при сердечной декомпенсации («застойная почка»),

хроническом пиелонефрите (чаще односторонние), реже при хроническом гломерулонефрите. Их возникновение объясняется растяжением почечной капсулы вследствие воспалительного или застойного набухания почечной ткани. Резкие, остро возникшие односторонние боли в области поясницы могут быть признаком инфаркта почки. Они продолжаются несколько часов или дней, а затем постепенно стихают. Довольно сильные боли могут наблюдаться также при остром пиелонефрите в тех случаях, когда вследствие воспалительного отека мочеточника затрудняется отток мочи из почечной лоханки и возникает ее растяжение. Однако эти боли, хотя и могут быть довольно сильными, обычно имеют постоянный характер. В то же время у некоторых больных наблюдаются приступы чрезвычайно резких болей в поясничной области или ниже по ходу мочеточника, которые то усиливаются, то несколько ослабевают, т. е. имеют характер колики (почечная колика). Частой причиной таких болей является закупорка мочеточника камнем или его перегиб (при подвижной почке). При этом возникают спастические сокращения мочеточника, а также задержка мочи в почечной лоханке и ее растяжение; оба эти момента и обуславливают боль. Боли при почечной колике обычно односторонние, иррадиируют в соответствующее подреберье, а чаще всего вниз, по ходу мочеточника, к мочевому пузырю, в мочеиспускательный канал и половые органы. Такая иррадиация болей обусловлена тем, что в определенных сегментах спинного мозга (DX—DXII LI—LII в непосредственной близости проходят нервные волокна, несущие чувствительные импульсы от почек, мочеточников, половых органов и соответствующих кожных зон, что облегчает распространение возбуждения. При почечной (как и при любой другой) колике больные беспокойны, мечутся в постели, в то время как при болях воспалительного и другого происхождения, даже очень сильных, больные чаще лежат в постели спокойно, так как движение может усиливать боль. Нужно установить условия, способствующие возникновению болей. Например, при почечной колике боли облегчаются после инъекции атропина, применения грелки или горячей ванны. Поскольку эти меры уменьшают лишь боли спастического характера, снимая спазм гладкой мускулатуры, их эффективность при почечной колике подтверждает значение спастических сокращений мочеточника и мышечных слое в почечной лоханке в патогенезе этих болей. Боли типа почечной колики при подвижной почке могут утихать при изменении положения тела больного, сопровождающемся перемещением почки и восстановлением оттока мочи. Боли при остром паранефрите можно несколько уменьшить, положив пузырь со льдом на поясницу; они также проходят после приема анальгетиков. При многих заболеваниях почек может наблюдаться нарушение мочеотделения, которое может проявляться как в изменении общего количества мочи, выделяемой за сутки, так и в изменении суточного ритма мочеиспускания. Выделение мочи за известный промежуток времени называется *диурезом*. Диурез может быть положительным (больной в течение суток выделяет мочи больше, чем выпивает жидкости) и отрицательным (обратное соотношение). Отрицательный диурез наблюдается при задержке в организме жидкости (в период нарастания почечных, сердечных и других отеков), а также при усиленном ее выделении кожей и легкими (например, в жаркой сухой внешней среде). Положительный диурез наблюдается при сходе отеков, после приема мочегонных и в ряде других случаев. Расстройство мочеиспускания носит название *дизурии*. Увеличение суточного количества мочи (более 2 л) носит название *полиурии*. Полиурия может иметь как почечное, так и непочечное происхождение. Она наблюдается при обильном питье жидкости, в период схождения сердечных или почечных отеков, после приема мочегонных средств. Длительная полиурия с высокой относительной плотностью мочи характерна для сахарного диабета. В этом случае полиурия возникает вследствие нарушения обратного всасывания воды в почечных канальцах из-за большого осмотического давления мочи, богатой глюкозой. Полиурия наблюдается при несахарном диабете вследствие недостаточного поступления в кровь антидиуретического гормона, выделяемого задней долей гипофиза. Стойкая полиурия с выделением мочи низкой относительной плотности (гипостенурия) обычно является симптомом стойкого серьезного почечного заболевания: хронического нефрита, хронического

пиелонефрита, почечного артериосклероза и т. д. Полиурия в этих случаях свидетельствует о далеко зашедшей болезни с развитием почечной недостаточности и снижением реабсорбции в почечных канальцах. Уменьшение количества выделяемой за сутки мочи носит название *олигурии*. Олигурия может быть не связана непосредственно с поражением почек (внепочечная олигурия). Так, она может наблюдаться при ограниченном потреблении жидкости, при нахождении в сухом жарком помещении, при усиленном потоотделении, сильной рвоте, профузном поносе, в период декомпенсации у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Однако в ряде случаев олигурия является следствием заболевания почек (почечная олигурия): острого гломерулонефрита, острой дистрофии почек при отравлении сулемой и т. д. Полное прекращение выделения мочи почками носит название *анурии*. Анурия продолжающаяся в течение нескольких дней, грозит развитием уремии и смертью больного. Причиной анурии может быть нарушение отделения мочи почками (секреторная анурия) при тяжелой форме острого гломерулонефрита, нефронефрозе (отравление сулемой и другими нефротоксичными ядами), ошибочном переливании несовместимой крови, а также при некоторых общих заболеваниях и состояниях: тяжелой

форме сердечной недостаточности, шоке, массивной кровопотере. В некоторых случаях отделение мочи почти не нарушено, но анурия возникает вследствие наличия препятствия в мочевыводящих путях (мочеточнике или мочеиспускательном канале): закупорка камнем, воспалительный отек слизистой оболочки, прорастание злокачественной опухоли. Такая анурия обозначается как экскреторная. Она обычно сопровождается сильной болью в пояснице и по ходу мочеточников из-за растяжения почечных лоханок и мочеточников; нередко экскреторная анурия сопровождается почечной коликой. От анурии следует отличать задержку мочи — *ишурию*, когда больной не в состоянии опорожнить мочевого пузыря. Это наблюдается, например, при сдавливании или повреждении спинного мозга, в бессознательном состоянии. В ряде случаев наблюдается учащенное мочеиспускание — *поллакиурия*. У здорового человека мочеиспускание в течение дня происходит 4—7 раз, разовое количество выделяемой мочи при этом составляет 200—300 мл (1000—2000 мл в сутки), однако возможны и более широкие колебания суточной частоты мочеиспускания при определенных условиях: уменьшение — при сухоядении, после употребления очень соленой пищи, обильном потоотделении, лихорадке и т. д.; учащение — при обильном питье, охлаждении организма и в других случаях, когда наблюдается полиурия. Учащенные позывы на мочеиспускание с выделением каждый раз незначительного количества мочи обычно являются признаком цистита. У здорового человека все 4—7 мочеиспусканий происходят в течение дня, ночью необходимость в мочеиспускании появляется не более одного раза. При поллакиурии частые позывы на мочеиспускание возникают не только днем, но и ночью. При хронической почечной недостаточности и потере почками способности регулировать количество и концентрацию выделяемой мочи в зависимости от количества принятой жидкости, физической работы, окружающей температуры и прочих факторов, влияющих на водный баланс организма, моча выделяется в течение суток приблизительно через равные интервалы времени одинаковыми порциями (*изурия*). При определенных патологических состояниях днем ритм мочеиспусканий нормальный, а ночью учащен, при этом нередко за ночь отделяется мочи больше, чем днем (*никтурия*). Никтурия на фоне дневной олигурии наблюдается при сердечной декомпенсации и объясняется улучшением функции почек в ночное время, в покое (сердечная никтурия). Никтурия на фоне полиурии наблюдается при недостаточности функции почек — в конечной фазе хронического гломерулонефрита, хронического пиелита, сосудистого нефросклероза и других хронических почечных заболеваний (почечная никтурия). При изурии и никтурии почечного происхождения, возникающих вследствие утраты почками способности концентрировать мочу, она имеет «монотонную» относительную плотность, что и носит название — «*изостенурия*», при чем обычно низкую (гипостенурия). Так, при выраженном нефросклерозе, являющемся конечной

стадий многих хронических заболеваний почек, относительная плотность мочи колеблется от 1,009 до 1,011, т. е. приближается к относительной плотности первичной мочи — безбелкового ультрафильтрата плазмы крови. При некоторых заболеваниях мочевого пузыря и уретры возможно затрудненное и болезненное мочеиспускание (цистит, уретрит и др.). Иногда больные обращаются к врачу с жалобами на изменение окраски мочи, появление в ней мути, примеси крови. Отеки наблюдаются при остром и хроническом диффузном гломерулонефрите, нефротическом синдроме, амилоидозе, остром нарушении выделительной функции почек (анурии). Важно расспросить больного, где впервые появились отеки и в какой последовательности они распространялись, как быстро нарастали. Головная боль, головокружение и боли в области сердца также могут быть следствием

поражения почек. Они наблюдаются при тех заболеваниях почек, которые сопровождаются значительным повышением артериального давления: например, при остром и хроническом гломерулонефрите, сосудистом нефросклерозе. Значительное и стойкое повышение артериального давления может быть одной из причин нарушения зрения у таких больных вследствие нейроретинита. При заболеваниях почек больные могут предъявлять ряд жалоб общего характера: на слабость, недомогание, снижение памяти, понижение работоспособности, плохой сон. Могут отмечаться ухудшение зрения, зуд кожи, неприятный запах изо рта. Иногда присоединяются диспепсические явления, потеря аппетита, сухость и неприятный вкус во рту, тошнота, рвота, понос. Все эти явления обычно вызваны задержкой в организме продуктов белкового распада вследствие почечной недостаточности, которая появляется в конечной стадии многих хронических заболеваний почек, а иногда и при острых их заболеваниях, сопровождающихся задержкой отделения мочи (анурия) в течение нескольких дней. При воспалительных заболеваниях почек, мочевыводящих путей и околопочечной клетчатки, вызванных инфекцией, обычным симптомом является лихорадка.

Осмотр

При осмотре больного врач должен в первую очередь получить представление о степени тяжести его состояния: крайне тяжелое, бессознательное состояние наблюдается при тяжелых поражениях почек, сопровождающихся почечной недостаточностью и уремической комой; удовлетворительное или средней тяжести — в более легких случаях поражения почек. Следует обратить внимание на положение больного в постели: активное (в начальной стадии многих заболеваний почек при сохранении их функции), пассивное (при уремической коме), вынужденное (при паранефрите). В последнем случае положение больного особенно характерно: на больном боку, с согнутой в тазобедренном и коленном суставах и приведенной к животу ногой на стороне поражения. При почечной колике больной не может спокойно лежать в постели, все время меняет позу, стонет или даже кричит от боли. При уремической коме, почечной эклампсии и нефропатии беременных (токсикоз беременных во второй половине беременности, при которой страдают почки) наблюдаются судороги. Отеки характерны для острого и хронического гломерулонефрита, нефротического синдрома, амилоидоза почек. Характерен внешний вид больного с отеками почечного происхождения: лицо бледное, одутловатое, с припухшими отечными веками и суженными глазными щелями (*facies nephritica*). В более выраженных случаях отеки наблюдаются также на нижних и верхних конечностях и туловище больного — анасарка. Нужно обратить внимание на цвет кожи больного. При хроническом нефрите кожа отечная, обычно бледная вследствие спазма артериол кожи, а также присоединения анемии при этом заболевании. В случае амилоидоза и липоидного нефроза отмечается восковая бледность кожи. Следует помнить, что при отеках сердечного происхождения в противоположность почечным наблюдается более или менее выраженный цианоз. При осмотре больного хроническим нефритом можно отметить следы расчесов на коже, обложенный сухой язык, почувствовать неприятный запах аммиака (*faetor uremicus*), исходящий

изо рта и от кожи больного. Все эти признаки характеризуют наступление хронической почечной недостаточности — уремии. Осмотр живота и поясницы в большинстве случаев не выявляет заметных изменений, однако при паранефрите можно обнаружить припухание поясничной области на больной стороне. В редких случаях, при особо крупных опухолях почки, можно отметить выбухание брюшной стенки с соответствующей стороны. У худых людей при осмотре надлобковой области иногда бывает заметно выбухание за счет переполненного мочевого пузыря (например, вследствие задержки отделения мочи при аденоме или раке предстательной железы).

Пальпация

Пальпация почек у здоровых людей крайне затруднена, так как спереди доступ к ним прикрыт реберной дугой, а сами почки расположены на задней брюшной стенке. При ослаблении брюшного пресса и резком похудании возможно некоторое опущение почек; в этом случае они могут стать доступными пальпации даже у здоровых людей. Однако надежно прощупать почки удастся лишь при значительном их увеличении (не менее чем в 1,5—2 раза, например, вследствие образования кисты или прорастания опухолью) или смещении (оттеснение опухолью, блуждающая почка). Двустороннее увеличение почек наблюдается при поликистозе. Начиная пальпацию почек, следует помнить, что они фиксированы в своем ложе не неподвижно, физиологические смещения их на 2—3 см в проксимальном и дистальном направлениях наблюдаются при перемещении тела из горизонтального в вертикальное положение и при дыхательных движениях диафрагмы. Пассивное движение почек вследствие смещения их диафрагмой во время вдоха и выдоха учитывается при пальпации и позволяет применить для нее методику Образцова—Стражеско. Пальпировать почки можно в положении больного лежа и стоя; лучше проводить пальпацию и в том, и в другом положении. В положении лежа почки пальпируются легче, так как в этом случае не мешает напряжение брюшного пресса. Однако в положении стоя удастся прощупать подвижную почку, которая под влиянием своей массы и более низкого стояния диафрагмы нередко смещается вниз и становится доступной пальпации. При пальпации в положении лежа (рис. 128) больного укладывают на ровную постель на спину, с вытянутыми ногами; голова находится на низком изголовье, брюшной пресс расслаблен, руки свободно уложены на груди. Врач садится на стул справа от больного, левую руку подкладывает ему под поясницу, чуть ниже XII ребра так, чтобы концы пальцев располагались недалеко от позвоночника. При пальпации левой почки левую руку продвигают дальше за позвоночник — под левую половину поясничной области больного. Правую руку располагают на коже живота чуть ниже соответствующей реберной дуги перпендикулярно к ней, несколько кнаружи от прямых мышц. Затем больному предлагают предельно расслабить мышцы живота и ровно глубоко дышать. В это время врач постепенно погружает правую руку на выдохе, пока не доходит пальцами до задней стенки брюшной полости, а левой рукой одновременно надавливает на поясничную область по направлению к пальцам правой руки. Сблизив руки, врач предлагает больному глубоко и спокойно вдохнуть «животом», не напрягая брюшного пресса, при этом нижний полюс почки, если она несколько опущена или увеличена, опускается еще ниже, достигает пальцев правой руки и проходит под ними. Получив ощущение соприкосновения с почкой, врач слегка придавливает ее пальцами к задней брюшной стенке и затем скользит вниз по ее передней поверхности, обходя нижний полюс. При значительном опущении почки удастся ощупать оба ее полюса и всю переднюю поверхность. При этом врач должен получить представление о ее форме, величине, характере поверхности (гладкая, бугристая), болезненности, смещаемости и консистенции. Бимануальную пальпацию почки можно проводить и в положении больного лежа на боку. Выявив какое-то образование в области предполагаемого расположения почки, врач должен убедиться, что оно действительно является почкой, так как ее нетрудно спутать с переполненным содержимым участком толстой

кишки, опухолями околопочечной клетчатки (липомы, фибромы и др.), а также с увеличенной правой долей печени, желчным пузырем (на месте правой почки), увеличенной или смещенной селезенкой (на месте левой почки). Для почки характерны бобовидная конфигурация, гладкая поверхность, тенденция ускользать вверх и возвращаться в нормальное положение, способность баллотировать. После пальпации в моче появляются белок и эритроциты. Над почкой при перкуссии от прикрывающих ее петель кишечника определяется тимпанический звук. Однако все перечисленные признаки имеют относительное значение. Так, например, при наличии злокачественной опухоли почка может потерять подвижность вследствие прорастания опухолью окружающих тканей, ее поверхность будет не ровной, консистенция — более плотной, при больших размерах опухоли почка раздвигает петли кишечника, и при перкуссии благодаря перечисленным признакам почку удастся отличить

от соседних с ней органов и других образований. Пальпация почек в положении стоя была предложена С. П. Боткиным. Она проводится по тем же правилам, что и в положении лежа. Во время пальпации больной стоит лицом к врачу, сидящему на стуле, мышцы брюшного пресса расслаблены, туловище слегка наклонено вперед. Пальпация в положении больного стоя позволяет установить опущение почки (нефроптоз). Различают три степени нефроптоза: I (пальпируется нижний полюс почки), II (пальпируется вся почка) и III (почка свободно смещается во всех направлениях, может заходить за позвоночник на противоположную сторону и значительно смещаться вниз). Пальпация применяется также для исследования мочевого пузыря. При значительном скоплении в нем мочи, особенно у лиц с тонкой брюшной стенкой, мочевой пузырь прощупывается над лобком в виде эластичного флюктуирующего образования, при резком переполнении верхняя граница его определяется почти у пупка. Некоторое значение имеет определение болезненности при надавливании на поясницу в области проекции почек (так называемая реберно-позвоночная точка в углу между XII ребром и длинными мышцами спины) и при пальпации по ходу мочеточника. Приблизительным ориентиром его проекции на переднюю брюшную стенку могут служить верхняя (у края прямой мышцы живота на уровне пупка) и нижняя (пересечение биспинальной линии с вертикальной линией, проходящей через лонный бугорок) мочеточниковые точки.

Перкуссия

Перкутировать почки у здоровых людей невозможно вследствие особенностей их расположения и прикрытия спереди петлями кишечника, дающего тимпанический звук. Лишь при очень резком увеличении почек, когда кишечные петли раздвинуты в стороны, над областью почек можно определить тупой звук. Гораздо большее значение при исследовании почек имеет метод поколачивания. При этом врач кладет левую руку на поясничную область больного в зоне проекции почек, а пальцами или ребром ладони правой руки наносит короткие и не очень сильные удары. Если больной при поколачивании ощущает боль, симптом расценивается как положительный (симптом Пастернацкого). Положительный симптом Пастернацкого определяется при почечнокаменной болезни, паранефрите, воспалительном процессе в лоханках, а также миозите и радикулите, что несколько снижает его диагностическую ценность. Перкуторно можно определить также притупление звука над лобком вследствие наполнения мочевого пузыря. Перкуссию ведут от пупка сверху вниз по средней линии палец-пlessимер кладут параллельно лобку.

1. Для нефротического синдрома характерны все признаки, кроме :
 - * макрогематурия
 - отеки

- снижение уровня альбуминов менее 35 г/л
- суточная протеинурия 3,5 г.
2. Укажите допустимые колебания относительной плотности мочи в течение суток у здорового человека:

- * 1005-1025
 - 1005-1010
 - 1026-1028
 - 1030-1040
3. Какое вещество в концентрации 3 г/л увеличивает относительную плотность мочи на 0,001 ?
- * белок
 - мочевина
 - остаточный азот
 - сахар
4. Наиболее распространенная проба для изучения концентрационной способности почек :
- * проба Зимницкого
 - проба 3-х сосудов
 - проба Амбурже
 - проба Нечипоренко
5. Как называется проба, определяющая количество форменных элементов крови, выделяемых с мочой за сутки ?
- * проба Аддис-Каковского
 - проба Зимницкого
 - проба Нечипоренко
 - проба Амбурже
6. При какой пробе определяют количество форменных элементов крови в 1 мл ?
- * проба Нечипоренко
 - проба Зимницкого
 - проба Аддис-Каковского
 - проба Амбурже
7. Какая проба позволяет ориентировочно разграничить почечную гематурию и гематурию из мочевых путей ?
- * проба 3-х сосудов
 - проба Зимницкого
 - проба Аддис-Каковского
 - проба Нечипоренко
8. Какая проба позволяет одновременно определить клубочковую фильтрацию, канальцевую реабсорбцию и концентрационный индекс ?
- * проба Амбурже
 - проба Зимницкого
 - проба Аддис-Каковского
 - проба Нечипоренко
9. Инструментальный метод для диагностики нарушения кровообращения почек:
- * сканирование
 - сцинтиграфия
 - почечная ангиография
 - УЗИ
10. Какой неинвазивный и информативный метод можно использовать для визуализации почек?
- * почечная ангиография

- сцинтиграфия
- УЗИ
- изотопная ренография
11. Как оценивается концентрационная функция почек, если при проведении пробы с сухоедением (на концентрацию) удельный вес ни разу не превышает 1022 ?
- нормальная
 - сниженная
12. Боли в пояснице при патологии почек обусловлены:
- * растяжением капсул увеличенными почками
 - некрозом канальцев
 - спастическими сокращениями мочеточников
 - ишемией почечной паренхимы
13. Что обуславливает ишемию почечной паренхимы ?
- * почечную гипертензию
 - боли в пояснице
 - отечный синдром
 - азотемию
14. Для какого синдрома характерна суточная протеинурия более 3,5 г. ?
- * почечная гипертензия
 - эклампсия
 - нефротический синдром
 - ХПН
15. Как оценивается суточное количество мочи менее 300 мл ?
- * нормальный диурез
 - полиурия
 - олигурия
 - анурия
16. О чем свидетельствует повышение в крови уровня индикана, креатинина, мочевины, остаточного азота ?
- нарушение обезвреживающей функции печени
 - снижение азотовыделительной функции почек
 - нарушение реабсорбции в канальцах
17. О состоянии концентрационной функции почек можно судить по результатам всех исследований, кроме:
- * проба Реберга
 - общий анализ мочи
 - проба Зимницкого
 - проба Нечипоренко
18. Какой синдром характеризуется появлением у почечных больных приступа судорог и кратковременной потери сознания ?
- * ОПН
 - почечная гипертензия
 - почечная эклампсия

нефротический синдром
19. Как называются отеки при содержании в крови альбуминов менее 35-40 г/л ?

- * гипернатриемические отеки
- гипопротеинемические отеки
- сердечные отеки

20. Укажите нормальные величины клубочковой фильтрации по клиренсу креатинина (проба Реберга):

- * 30-40 мл/мин
- 40-60 мл/мин
- 60-80 мл/мин
- 80-120 мл/мин

21. Какое осложнение острого гломерулонефрита может проявляться уменьшением суточного объема мочи до 200 мл. или полным прекращением мочеотделения:

- * азотемия
- острая почечная недостаточность
- эклампсия
- сердечная недостаточность

22. Какой процент в норме должен составлять суточный диурез от объема выпитой жидкости:

- * 45-60 процентов
- 65-75
- 80-95

23. Как оценивается соотношение дневного диуреза к ночному как 1:1 ?

- * преобладание дневного диуреза
- нормальное соотношение
- никтурия

24. Какие величины плотности мочи в пробе Зимницкого свидетельствуют о сохранении концентрационной функции почек:

- * 1008 - 1020
- 1010 - 1012
- 1014 - 1016

25. Клинический синдром, развивающийся при значительном снижении функции почек, обусловленный воздействием токсических метаболитов на физиологические системы организма обозначается как:

- * уремия
- нефротический
- эклампсия

26. ХПН может проявляться всеми признаками, кроме:

- * одностороннее увеличение размеров почки

азотемия длительностью более 3-х месяцев

длительно существующие симптомы уремии

двустороннее уменьшение размеров почек

27. Признаками, способствующими постановке диагноза ОПН, являются все, кроме:

- * диурез в пределах 1500-2000 мл
- анурия

недавно начавшееся прогрессирующее снижение скорости клубочковой фильтрации

28. Наиболее диагностически значимым признаком ОПН являются:

- * падение скорости клубочковой фильтрации на протяжении нескольких дней

быстрое развитие отеков

быстрое нарастание гипертензии

29. Появление мочи цвета "мясных помоев" характерно для:

- * острого гломерулонефрита
- рака почки
- нефротического синдрома
- хронического пиелонефрита

30. Болевой синдром при остром гломерулонефрите обусловлен:

- * растяжением почечной капсулы
- нарушением оттока мочи
- воспалительным отеком мочеточника
- растяжением почечной лоханки

31. Наличие у больной острой односторонней боли в поясничной области с иррадиацией паховую область после тряской езды характерно для:

- * растяжением почечной капсулы
- паранефрита
- острого пиелонефрита
- острого гломерулонефрита

32. Для острого гломерулонефрита характерна протеинурия:

- * немассивная
- физической нагрузки
- транзиторная
- массивная

Метод «пчелиный рой».

Предназначен для обсуждения проблемы либо всей группой либо 2мя малыми группами . Задания могут быть разными или одно задание дается на всю группу. В течение 10-15 мин. группы обсуждают решение проблемы и докладывают коллегам. Выбирается лучший вариант.

Оценка знание студентов.

Тема	86-100 балл отл	71-85 балл хорошо	55-70 балл удов	Меньшее 54 балл неудов
	Имеет достаточное теоретическое знание по развитию механизма данного заболевания. При ситуационных состояниях может применять необходимое решение. Имеет творческого мышления. Может дифференцировать клинические симптомы при разных патологиях. Самостоятельно составляет план обследования и лечения больных с данным заболеванием.. Имеет конспект по данному тему. Активно участвует при опросе	Имеет теоретическое знание по развитию механизма данного заболевания. При ситуационных состояниях может применять необходимое решение. Может поставить предварительный диагноз. Затрудняется при дифференциальной диагностике разных заболеваний. Составляет план обследования и лечения больных, но неполноценно Имеет конспект по данному тему	Имеет представление о данном заболевании. При дифференцировке затрудняется. Не имеет клинического мышления. Имеет теоретическое знание по диагностике анемического синдрома.	Не имеет представление о данном заболевании. Не может объяснить этиопатогенез, клинику и диагностику Не имеет конспекта.

Симптоматология нефритов (острые и хронические). Расспрос и методы обследования больных с заболеваниями системы крови (жалобы, анамнез, наследственные факторы). Осмотр, пальпация лимфатических узлов. Пальпация и перкуссия селезенки.

ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ:

Обучить студентов симптоматиологии нефритов.

КОНКРЕТНЫЕ ЗАДАЧИ:

1. Рас-спрос и методы обследования больных с заболеваниями системы крови.
2. Жалобы, анамнез, наследственные фак-торы.
3. Осмотр, пальпация лимфатических узлов.
4. Пальпация и перкуссия селезенки.

1. Модель технологии практического обучения.

Время занятия – 4 часа	Число студентов: от 10 до 12
Форма занятия	практическое занятие
План практического занятия	Симптоматология нефритов (острые и хронические). Расспрос и методы обследования больных с заболеваниями системы

	крови (жалобы, анамнез, наследственные факторы). Осмотр, пальпация лимфатических узлов. Пальпация и перкуссия селезенки.
Цель занятия:	Обучить студентов расспросу, осмотру, пальпации, перкуссии, больных с заболеваниями системы крови ,симптоматологии нефритов
Методы обучения	Опрос. Демонстрация больных , интерактивный метод обучения, беседа. Практические навыки.
Формы обучения	Малыми подгруппами
Средства обучения	Учебное пособие, содержание практических занятий, проектор, компьютер
Обстоятельство обучения	Методически оборудованная аудитория
Мониторинг и оценивание	Устный контроль: вопрос-ответ, тесты, ситуационные задачи

5.

Технологическая карта практического занятия

№	Этапы и время проведения занятия	Обучающий	Учащиеся
	Поготовительный этап (10 мин)	1.Контролирует чистоту аудитории. 2.Проверяет подготовленность студентов 3.Проверяет посещаемость студентов.	
1	Этап введения учебного процесса (10 мин)	1.Подготовка к учебной теме 2.Подготовка слайдов, мультимедий, видеокассет.	
2	Основной этап (150 мин)	1.Разделить группу на малые группы, задаём вопросы по теме. 2.Используем учебные плакаты 3.Показ слайдов и мультимедии. 4.Курация больных 5.Проводим обобщение и заключение данных сведений, оцениваем активных и пассивных студентов.	Разделяются на малые группы Смотрят участвуют слушают и отвечают на вопросы Курация больных
1 1	Заключительный этап 10 (мин)	1.Итоги занятия 2.Самостоятельная работа. 3.Домашнее задание	Слушают записывают

ВОПРОСЫ ДЛЯ КОНТРОЛЯ:

1. Понятие о нефритах.
2. Этиология острого гломеронефрита.
3. Классификация острого гломеронефрита.
4. Жалобы больных с острым гломеронефритом.
5. Клинические симптомы острого гломеронефрита.
6. Лабораторные исследования мочи при остром гломеронефритом.
7. Диагностические критерии острого гломеронефрита.
8. Этиология и патогенез хронического гломеронефрита.
9. Классификация хронического гломеронефрита.
10. Диагностические критерии хронического гломеронефрита.
11. Лабораторные исследования мочи при хроническом гломеронефритом.
12. Осмотр больных с хроническом гломеронефритом.
13. Лечение больных с хроническом гломеронефритом.
14. Жалобы больных с заболеванием крови.
15. Пальпация лимфатических узлов.
16. Причины анемий.
17. Осмотр больных с заболеванием крови.
18. Пальпация селезенки.
19. Перкуссия селезенки..

СИСТЕМА КРОВИ

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

РАССПРОС

Жалобы. Ряд общих жалоб, таких, как жалобы на слабость, легкую утомляемость, головокружение, одышку при физической нагрузке, сердцебиение, потерю трудоспособности, могут быть проявлением анемий. Однако эти же симптомы могут наблюдаться и при лейкозах, и миелоидной гипоплазии (аплазии) костного мозга. При остро возникшем и обильном кровотечении (например, желудочно-кишечном) внезапно появляются резкая слабость, головокружение, наблюдается обморочное состояние. Многие заболевания системы крови сопровождаются лихорадкой. Повышение температуры тела до субфебрильной отмечается при гемолитических и В12-дефицитной анемиях, что объясняется пирогенным действием продуктов распада эритроцитов. Невысокая субфебрильная температура может наблюдаться и при других типах анемии вследствие компенсаторного повышения основного обмена. Умеренная и высокая температура нередко отмечается при острых и хронических лейкозах, особенно при их лейкемических формах. Ее причина заключается в массовом распаде лейкоцитов, при котором высвобождается большое количество пуриновых оснований, оказывающих пирогенное действие. Этим же объясняется повышенная потливость больных лейкозами. Наконец, повышенная температура может быть следствием некротически-язвенных процессов и присоединения вторичной инфекции, столь частых при лейкозах, особенно острых, и в терминальной стадии хронических, а также при миелоапластическом синдроме (панмиелофтиз, агранулоцитоз). При лимфогранулематозе лихорадка имеет волнообразный характер с постепенным, на протяжении 8—15 дней, повышением и затем снижением. Часто больные жалуются на зуд кожи. При лимфогранулематозе мучительный кожный зуд может быть первым признаком болезни, нередко возникающим задолго до появления других ее симптомов. Кожный зуд бывает также при эритремии, хроническом лимфолейкозе. При многих заболеваниях системы крови наблюдаются потеря аппетита и похудание; особенно выражено похудание,

переходящее в кахексию, при хронических лейкозах и злокачественных лимфомах, например при лимфогранулематозе, лимфосаркоматозе и др. Для В12-дефицитной анемии характерно ощущение жжения кончика языка и его краев. При железодефицитной анемии, особенно при так называемом раннем и позднем хлорозе, нередко наблюдается извращение вкуса (больные охотно едят мел, глину, землю, уголь-риса *chlorotica*), а также обоняния (больные испытывают удовольствие от вдыхания паров эфира, бензина и других пахучих веществ с неприятным запахом). Геморрагические диатезы, миелоапластический синдром и лейкозы сопровождаются повышенной кровоточивостью: спонтанно или под влиянием незначительных причин (давление, легкие ушибы) появляются геморрагические высыпания на коже и слизистых оболочках, наблюдаются кровотечения из носа, десен, желудочно-кишечного тракта, легких, почек, матки. При гемофилии и передозировке антикоагулянтов малейшие травмы кожи и слизистых оболочек вызывают длительно не останавливающиеся кровотечения. Заболевания, при которых наблюдаются усиленная пролиферация клеток костного мозга и его гиперплазия (например, острый лейкоз, хронический миелолейкоз, эритремия), нередко сопровождаются болями в костях, особенно плоских. Эти боли могут быть спонтанными, но выявляются при надавливании на кость или легком поколачивании по ней. При остром лейкозе очень часто бывают боли в горле при глотании, возникающие в результате развития некротически-язвенной ангины. При многих заболеваниях возникают сильные боли в левом подреберье, обусловленные вовлечением в патологический процесс селезенки. При быстром увеличении селезенки и перерастяжении ее капсулы (сердечная декомпенсация, тромбоз селезеночной вены) боли тупые. Резкое увеличение селезенки, например, при хроническом миелолейкозе (и некоторых формах цирроза печени) сопровождается ощущением тяжести и распирания в левом подреберье. Резкие боли возникают при перисплените; они усиливаются при глубоком дыхании и кашле. Однако наиболее сильные боли возникают при массивных инфарктах селезенки, перекруте ее ножки в случае подвижной селезенки и разрыве ее. При значительном увеличении селезенки разрыв ее возможен даже при небольшой травме. Большое увеличение печени, например вследствие миелоидной или лимфоидной метаплазии при хронических лейкозах, может быть причиной ощущения тяжести и болей в правом подреберье. Боли в правом подреберье типа колики нередко наблюдаются при гемолитических анемиях; их причиной являются пигментные камни в желчном пузыре и протоках, образующиеся вследствие резкой гипербилирубинемии и повышенного выделения печенью желчных пигментов.

Осмотр

Осмотр прежде всего позволяет определить как общее состояние больного, так и состояние его сознания. Крайне тяжелое бессознательное состояние наблюдается в терминальных стадиях многих заболеваний системы крови: при 'прогрессирующих анемиях, миелоидной аплазии, лейкозах. Осмотр кожи и слизистых оболочек проводят при рассеянном дневном свете. Обращают внимание на их окраску: для анемий характерна *бледность* кожи и видимых слизистых оболочек, причем при разных видах анемии их оттенок нередко бывает различным. Так, при ювенильном хлорозе кожа имеет «алебастровую бледность», в ряде случаев с зеленоватым оттенком. При В12-дефицитной анемии кожа слегка желтоватая, восковидная. При гемолитических анемиях *желтушность* кожи и видимых слизистых оболочек бывает более выраженной; следует иметь в виду, что легкая желтушность легче всего обнаруживается на склерах. Бледность кожи не всегда является достоверным признаком анемизации, так как может быть обусловлена анатомическими особенностями кожи (глубокое залегание сосудов), спазмом периферических сосудов (коллапс, гломерулонефрит) и рядом других факторов. Кроме того, бледность кожи может маскироваться ее гиперпигментацией, например при загаре. Поэтому более доказательным признаком анемизации является бледность слизистых оболочек; легче всего определить побледнение конъюнктивы верхнего и нижнего век. При хронических

лейкозах кожа приобретает *землисто-серый оттенок*. Для эритремии характерен «полнокровный» вишнево-красный цвет кожи, особенно выраженный на лице, шее и кистях рук. При геморрагических диатезах на коже и слизистых оболочках появляются *кровоизлияния* в виде пятен различной величины и формы — от мелкоточечных (петехий) до более крупных (пурпура); наиболее крупные кровоизлияния носят название кровоподтеков. Вначале геморрагические высыпания имеют красный цвет, затем, по мере превращения гемоглобина в местах кровоизлияний в биливердин, билирубин и другие различным образом окрашенные продукты его окисления, цвет высыпаний меняется на вишнево-синий, зеленый, желтый, пока постепенно они не исчезнут. В отличие от высыпаний воспалительного происхождения и телеангиэктазий геморрагические пятна при надавливании на них не исчезают. При осмотре следует обращать внимание на *состояние трофики кожных покровов*. В случае железодефицитных анемий отмечаются сухость кожи, иногда ее шелушение. Волосы становятся ломкими, секутся. Характерные для ряда заболеваний кроветворной системы изменения можно выявить при осмотре полости рта. Так, при В12-дефицитной анемии наблюдается резкая атрофия сосочков языка, вследствие чего поверхность его становится очень гладкой, как бы лаковой (гунтеровский глоссит); быстро прогрессирующее разрушение зубов и воспаление слизистой оболочки вокруг шеек зубов (альвеолярная пиорея) нередко обнаруживаются у больных железодефицитной анемией. При острых лейкозах одними из наиболее частых симптомов являются язвенно-некротическая ангина и стоматит. При некоторых видах лейкозов при осмотре могут быть обнаружены регионарные припухания на шее, над ключицами, в подмышечных впадинах, в паховых областях, реже — в других местах, обусловленные значительным увеличением соответствующих лимфатических узлов, что подтверждается пальпацией. Выбухание в левой половине живота может наблюдаться при значительном увеличении селезенки (например, при хроническом миелолейкозе), что подтверждается пальпацией.

Пальпация

У больных с подозрением на лейкоз и на некоторые виды анемии с помощью пальпации исследуют костную систему: надавливание на плоские кости или эпифизы трубчатых костей (а также постукивание по ним) при значительной гиперплазии костного мозга оказывается болезненным. Однако более ценные сведения для диагностики дает пальпация лимфатических узлов и селезенки. Наиболее значительное увеличение лимфатических узлов наблюдается при лимфолейкозе, лимфогранулематозе и лимфосаркоме. Для этих заболеваний характерны системность, множественность поражения лимфатических узлов: если вначале обычно поражаются лимфатические узлы какой-либо одной группы, то затем в процесс вовлекаются лимфатические узлы других групп, причем не только поверхностные, но и расположенные в глубине — в средостении, брюшной полости. Следует иметь в виду, что причиной увеличения лимфатических узлов могут быть не только заболевания системы крови, но и некоторые другие болезни, такие, как туляремия, туберкулез, метастазы рака, ВИЧ-инфекция и др. Увеличенные лимфатические узлы при лейкозах и злокачественных лимфомах безболезненны, никогда не спаяны с кожей, не нагнаиваются и не образуют свищей в отличие от их поражения другой этиологии, в частности туберкулезной. При лимфолейкозе они эластически-тестоватой консистенции, при лимфогранулематозе и особенно при лимфосаркоме плотные, спаяны между собой и образуют конгломераты, иногда достигающие огромной величины (до 15—20 см в диаметре). Пальпацию селезенки проводят в положении больного лежа на спине или на правом боку. В первом случае больной лежит на койке с низким изголовьем, его руки вытянуты вдоль туловища, ноги также вытянуты. Во втором случае больного укладывают на правый бок, голова его несколько наклонена вперед к грудной клетке, левая рука, согнутая в локтевом суставе, свободно лежит на передней поверхности грудной клетки, правая нога вытянута, левая —

согнута в коленном и тазобедренном суставах. В этом положении достигается максимальное расслабление брюшного пресса и селезенка ближе смещается кпереди. Все это облегчает ее определение пальпацией даже при незначительном увеличении. Врач сидит справа от больного лицом к нему. Левую руку врач располагает на левой половине грудной клетки больного между VII и X ребрами по подмышечным линиям и несколько сдавливает ее, ограничивая ее движения при дыхании. Правую руку со слегка согнутыми пальцами врач располагает на переднебоковой поверхности брюшной стенки больного у края реберной дуги, у места соединения с ней конца X ребра, или, если данные осмотра и предварительной перкуссии позволяют заподозрить увеличение селезенки, у предполагаемого расположения ее передненижнего края. Затем на выдохе больного правой рукой врач слегка вдавливает брюшную стенку, образуя карман; далее врач предлагает больному сделать глубокий вдох. В момент вдоха, если селезенка доступна пальпации и она проводится правильно, селезенка, смещаясь вниз опускающейся диафрагмой, своим передненижним краем приближается к пальцам правой руки врача, упирается в них и при дальнейшем своем движении проскальзывает под ними. Этот прием повторяют несколько раз, стараясь исследовать весь доступный пальпации край селезенки. При этом обращают внимание на размеры, болезненность, плотность (консистенцию), форму, подвижность селезенки, определяют наличие вырезок на переднем крае. Характерные для селезенки одна или несколько вырезок на переднем крае определяются при большом ее увеличении. Они позволяют отличить селезенку от других увеличенных органов брюшной полости, например левой почки. При значительном увеличении селезенки удастся также исследовать ее переднюю поверхность, выходящую из-под края реберной дуги. В норме селезенка не прощупывается. Она становится доступной пальпации лишь при значительном опущении (редко при крайней степени энтероптоза), чаще всего при увеличении. Увеличение селезенки наблюдается при некоторых острых и хронических инфекционных заболеваниях (брюшной и возвратные тифы, болезнь Боткина, сепсис, малярия и др.), циррозах печени, тромбозе или сдавливании селезеночной вены, а также при многих заболеваниях кроветворной системы (гемолитические анемии, тромбоцитопеническая пурпура, острые и хронические лейкозы). Значительное увеличение селезенки носит название спленомегалии (от греч. splen — селезенка, megas — большой). Наибольшее увеличение селезенки наблюдается в конечной стадии хронического миелолейкоза, при котором она нередко занимает всю левую половину живота, а своим нижним полюсом уходит в малый таз. При острых инфекционных заболеваниях плотность селезенки невелика; особенно мягка, тестоватой консистенции селезенка при сепсисе. При хронических инфекционных заболеваниях, циррозах печени и лейкозах селезенка становится плотной; очень плотная она при амилоидозе. При большинстве заболеваний пальпация селезенки безболезненна. Она становится болезненной при инфаркте селезенки, перисплените, а также в случае быстрого увеличения из-за растяжения капсулы, например при застое в ней венозной крови при тромбозе селезеночной вены. Поверхность селезенки обычно ровная, неровность ее края и поверхности определяется при перисплените и старых инфарктах (имеются втяжения), бугристость ее поверхности наблюдается при сифилитических гуммах, эхинококковых и иных кистах и крайне редко встречающихся опухолях селезенки. Подвижность селезенки обычно довольно значительная; она ограничивается при перисплените. Резко увеличенная селезенка при дыхании остается неподвижной, однако ее обычно все же удастся сместить рукой во время пальпации. Нередко при лейкозах увеличивается не только селезенка, но и печень (вследствие метастазов), которую также исследуют пальпацией.

Перкуссия

При исследовании системы кроветворных органов перкуссия имеет ограниченное значение: она используется лишь для ориентировочного определения размеров селезенки. Вследствие того, что селезенка окружена полыми органами (желудок, кишечник), содержащими воздух и

дающими при перкуссии громкий тимпанический звук, точно определить ее размеры и границы этим методом нельзя. Перкуссию проводят в положении больного стоя или лежа на правом боку. Перкутировать нужно очень тихо — от ясного звука к тупому; лучше всего пользоваться методом Образцова. Для определения поперечника селезеночной тупости перкуссию ведут по линии, располагающейся на 4 см латеральнее левой реберно-суставной линии (эта линия соединяет грудино-ключичное сочленение со свободным концом XI ребра). В норме селезеночная тупость определяется между IX и XI ребрами; ее размер 4—6 см. Длинник селезенки заходит медиальнее реберно-суставной линии; перкуторный размер тупости длинника селезенки равен 6—8 см.

Аускультация

Аускультация применяется при исследовании селезенки: при перисплените над областью ее расположения выслушивается шум трения брюшины.

1. Какой синдром развивается в результате прогрессирующей и необратимой деструкции нефронов независимо от вызвавшей ее причины:

- * хроническая почечная недостаточность
- острая почечная недостаточность
- нефротический синдром
- эклампсия

2. Проявлением какого синдрома является внезапное, быстрое, но потенциально обратимое нарушение функции почек, достаточное, чтобы привести к накоплению азотистых шлаков в жидкостях организма:

- * острая почечная недостаточность
- хроническая почечная недостаточность
- нефротический синдром
- эклампсия

3. К острой почечной недостаточности могут привести все причины, кроме:

- * прогрессирующая и необратимая деструкция нефронов

значительное уменьшение перфузии почечных сосудов

препятствие оттоку мочи на любом уровне мочевыводящих путей

результат тяжелого поражения любого отдела почки (острый канальцевый некроз, острый гломерулонефрит и др.)

4. Пути инфицирования почечных лоханок и интерстиция:

- * все выше перечисленные
- гематогенное распространение
- лимфогенное распространение
- восходящий путь

5. Для больных с ХПН в начальной стадии характерны все ниже перечисленные признаки, кроме:

- * колебание плотности мочи в пределах 1008-1020
- полиурия

никтурия

гипостенурия

6. Проявлением какого заболевания являются жалобы на внезапно возникшие озноб, повышение температуры до 38-39 °С, ноющие боли в пояснице, дизурические расстройства, головную боль, иногда тошноту, рвоту:

- * острый пиелонефрит

ХПН

острый цистит

острый гломерулонефрит

7. Какой синдром характеризуется внезапным возникновением нарастающих отеков, гематурии и протеинурии, артериальной гипертензии сочетающихся с признаками нарушения функции почек (снижение СКФ, азотемия):

- * остросептический
- нефротический
- острая почечная недостаточность
- эклампсия

8. Проявлением острого гломерулонефрита могут быть все признаки, кроме:

- * указание в анамнезе на перенесенные ранее заболевания почек, проявлявшиеся изменением в моче

возникновение заболевания через 2-3 недели после перенесенной инфекции, чаще стрептококковой

манифестацию заболевания любым проявлением остросептического синдрома (отеки, симптомы артериальной гипертензии, гематурия, протеинурия)

отсутствие анамнестических данных об изменениях в анализах мочи, повышении АД, отеках

9. Дифференцировать острый гломерулонефрит от остросептического

синдрома при обострении хронического гломерулонефрита помогает:

- * биопсия почек
- УЗИ почек
- внутривенная урография
- сцинтиграфия почек

10.Какой признак не характерен для патологии клубочкового аппарата:

- * бактериурия
- гематурия
- цилиндрурия
- протеинурия

11.Какой признак наиболее характерен для ХПН ?

- * азотемия
- полиурия
- анемия
- гиперкалиемия

12.Для амилоидоза почек мало характерно:

- * макрогематурия
- отеки
- массивная протеинурия
- гипоальбуминемия

13.К вторичному амилоидозу почек могут привести все заболевания, кроме:

- * сахарный диабет
- туберкулез легких
- ревматоидный артрит
- абсцесс легких

14.Укажите вариант хронического гломерулонефрита, проявляющийся минимальными изменениями со стороны мочи (протеинурия, гематурия, небольшая лейкоцитурия):

- * латентный
- нефротический
- гематурический
- гипертонический

15.Какой вариант хронического гломерулонефрита характеризуется выраженными отеками, олигурией, массивной протеинурией, высокой гипертензией ?

- * смешанный
- латентный
- нефротический
- гематурический

16.Для какого варианта хронического гломерулонефрита характерны гипоальбуминемия (до 30 г/л), выраженная протеинурия (более 3,5 г белка в сутки):

- * нефротический
- латентный
- гематурический
- гипертонический

17.Какой вариант хронического гломерулонефрита встречается

редко, характеризуется благоприятным течением (редким развитием ХПН):

- * гематурический
- латентный
- нефротический
- гипертонический

18.Наиболее информативный метод диагностики варианта хронического гломерулонефрита:

- * биопсия почек
- исследование мочи
- УЗИ почек
- внутривенное урография

19.Самый надежный метод разграничения нефрита и амилоидоза почек:

- * морфологическое исследование биоптата слизистой прямой кишки или ткани десны
- исследование мочевого осадка
- УЗИ почек

20.Характерная триада симптомов для гломерулонефрита:

- * гипертензия, отеки, изменения в моче
- боли в пояснице, лихорадка, изменения в моче
- гипертензия, дизурия, изменения в моче

21.Обнаружение в моче клеток Штейнгеймера-Мальбина является признаком:

- * пиелонефрита
- амилоидоза почек
- хронического гломерулонефрита
- мочекаменной болезни

22.Появление в моче лейкоцитурии и бактериурии (более 105 бактерий в 1мл мочи) предполагает наличие у больного заболевания:

- * пиелонефрит
- гломерулонефрит
- амилоидоз почек
- поликистоз почек

23.Какие изменения со стороны мочи расцениваются как проявление почечной недостаточности:

- * максимальная плотность мочи в пробе Зимницкого 1011
- протеинурия более 3,5 грамм в сутки
- макрогематурия
- выраженная цилиндрурия

24.Для гломерулонефрита характерны все признаки, кроме:

- * значительная бактериурия
- отеки
- гипертензия
- гематурия

25. Какое заболевание почек предполагает обнаружение в моче лейкоцитарных цилиндров

- * пиелонефрит
- гломерулонефрит
- амилоидоз почек
- туберкулез почек

26. Для какого заболевания почек характерны рентгенологические признаки: размытые границы почечных лоханок, деформация почечных чашечек, сужение и втянутость шеек, сморщенная кора почек ?

- * пиелонефрит
- гломерулонефрит
- амилоидоз почек
- туберкулез почек

27. Специфические изменения костного мозга обнаруживаются при:

- * все вышеперечисленные состояния
- B12-дефицитная анемия
- лейкоз
- миеломная болезнь

28. Для диагностики конкретного вида анемии не имеет существенного значения:

- * определение времени кровотечения
- общий анализ крови с подсчетом ретикулоцитов и тромбоцитов
- цитохимическое исследование крови и пунктатов костного мозга

определение осмотической резистентности эритроцитов, пробы Кумбса, содержания билирубина крови, гематокрита

29. Какой симптом обусловлен воздействием продуктов распада эритроцитов и лейкоцитов ?

- * лихорадка
- кожный зуд
- астения
- повышенная кровоточивость

30. Длительно не останавливающееся кровотечение характерно для:

- * гемофилии
- лейкозы
- анемии

31. Причиной болей при заболеваниях крови типа колики в правом подреберье являются:

- * пигментные камни в желчном пузыре
- гепатомегалия
- дискинезия желчевыводящих путей

32. Доказательным признаком анемизации является:

- * бледность слизистых
- землисто-серый оттенок кожи
- желтушный оттенок кожи

Метод «ручка на середине стола»

Предлагается задание всей группе (например, перечислить симптомы сахарного диабета, препараты относящиеся к группе бета –блокаторов, факторы риска ИБС). Каждый студент записывает на листке один вариант ответа и передает его соседу, а свою ручку передает на середину стола.

Педагог контролирует работу группы и участие в ней каждого общий вариант записывается в тетради.

Оценка знание студентов.

Тема	86-100 балл отл	71-85 балл хорошо	55-70 балл удов	Меньше 54 балл неудов
	Имеет достаточное теоретическое знание по развитию механизма данного заболевания. При ситуационных состояниях может применять необходимое решение. Имеет творческого мышления. Может дифференцировать клинические симптомы при разных патологиях. Самостоятельно составляет план обследования и лечения больных с данным заболеванием.. Имеет конспект по данному тему. Активно участвует при опросе	Имеет теоретическое знание по развитию механизма данного заболевания. При ситуационных состояниях может применять необходимое решение. Может поставить предварительный диагноз. Затрудняется при дифференциальной диагностике разных заболеваний. Составляет план обследования и лечения больных, но неполноценно Имеет конспект по данному тему	Имеет представление о данном заболевании. При дифференцировке затрудняется. Не имеет клинического мышления. Имеет теоретическое знание по диагностике анемического синдрома.	Не имеет представление о данном заболевании. Не может объяснить этиопатогез, клинику и диагностик у Не имеет конспекта.

Самостоятельная работа Симптоматология амилоидоза почки.

Симптоматология нефритов (острые и хронические). Расспрос и методы обследования больных с заболеваниями системы крови (жалобы, анамнез, наследственные факторы). Осмотр, пальпация лимфатических узлов. Пальпация и перкуссия селезенки.

ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ:

Обучить студентов симптоматиологии нефритов.

КОНКРЕТНЫЕ ЗАДАЧИ:

6. Рас-спрос и методы обследования больных с заболеваниями системы крови.
7. Жалобы, анамнез, наследственные фак-торы.
8. Осмотр, пальпация лимфатических узлов.
9. Пальпация и перкуссия селезенки.

1. Модель технологии практического обучения.

Время занятия – 4 часа	Число студентов: от 10 до 12
Форма занятия	практическое занятие

План практического занятия	Симптоматология нефритов (острые и хронические). Расспрос и методы обследования больных с заболеваниями системы крови (жалобы, анамнез, наследственные факторы). Осмотр, пальпация лимфатических узлов. Пальпация и перкуссия селезенки.
Цель занятия:	Обучить студентов расспросу, осмотру, пальпации, перкуссии, больных с заболеваниями системы крови ,симптоматологии нефритов
Методы обучения	Опрос. Демонстрация больных , интерактивный метод обучения, беседа. Практические навыки.
Формы обучения	Малыми подгруппами
Средства обучения	Учебное пособие, содержание практических занятий, проектор, компьютер
Обстоятельство обучения	Методически оборудованная аудитория
Мониторинг и оценивание	Устный контроль: вопрос-ответ, тесты, ситуационные задачи

10.

Технологическая карта практического занятия

№	Этапы и время проведения занятия	Обучающий	Учащиеся
	Подготовительный этап (10 мин)	1.Контролирует чистоту аудитории. 2.Проверяет подготовленность студентов 3.Проверяет посещаемость студентов.	
1	Этап введения учебного процесса (10 мин)	1.Подготовка к учебной теме 2.Подготовка слайдов, мультимедий, видеокассет.	
2	Основной этап (150 мин)	1.Разделить группу на малые группы, задаём вопросы по теме. 2.Используем учебные плакаты 3.Показ слайдов и мультимедии. 4.Курация больных 5.Проводим обобщение и заключение данных сведений, оцениваем активных и пассивных студентов.	Разделяются на малые группы Смотрят участвуют слушают и отвечают на вопросы Курация больных
1 1	Заключительный этап 10 (мин)	1.Итоги занятия 2.Самостоятельная работа. 3.Домашнее задание	Слушают записывают

ВОПРОСЫ ДЛЯ КОНТРОЛЯ:

1. Понятие о нефритах.
2. Этиология острого гломеронефрита.
3. Классификация острого гломеронефрита.
4. Жалобы больных с острым гломеронефритом.
5. Клинические симптомы острого гломеронефрита.
6. Лабораторные исследования мочи при остром гломеронефритом.
7. Диагностические критерии острого гломеронефрита.
8. Этиология и патогенез хронического гломеронефрита.
9. Классификация хронического гломеронефрита.
10. Диагностические критерии хронического гломеронефрита.
11. Лабораторные исследования мочи при хроническом гломеронефритом.
12. Осмотр больных с хроническим гломеронефритом.
13. Лечение больных с хроническим гломеронефритом.
14. Жалобы больных с заболеванием крови.
15. Пальпация лимфатических узлов.
16. Причины анемий.
17. Осмотр больных с заболеванием крови.
18. Пальпация селезенки.
19. Перкуссия селезенки..

СИСТЕМА КРОВИ

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

РАССПРОС

Жалобы. Ряд общих жалоб, таких, как жалобы на слабость, легкую утомляемость, головокружение, одышку при физической нагрузке, сердцебиение, потерю трудоспособности, могут быть проявлением анемий. Однако эти же симптомы могут наблюдаться и при лейкозах, и миелоидной гипоплазии (аплазии) костного мозга. При остро возникшем и обильном кровотечении (например, желудочно-кишечном) внезапно появляются резкая слабость, головокружение, наблюдается обморочное состояние. Многие заболевания системы крови сопровождаются лихорадкой. Повышение температуры тела до субфебрильной отмечается при гемолитических и В12-дефицитной анемиях, что объясняется пирогенным действием продуктов распада эритроцитов. Невысокая субфебрильная температура может наблюдаться и при других типах анемии вследствие компенсаторного повышения основного обмена. Умеренная и высокая температура нередко отмечается при острых и хронических лейкозах, особенно при их лейкемических формах. Ее причина заключается в массовом распаде лейкоцитов, при котором высвобождается большое количество пуриновых оснований, оказывающих пирогенное действие. Этим же объясняется повышенная потливость больных лейкозами. Наконец, повышенная температура может быть следствием некротически-язвенных процессов и присоединения вторичной инфекции, столь частых при лейкозах, особенно острых, и в терминальной стадии хронических, а также при миелоапластическом синдроме (панмиелофтиз, агранулоцитоз). При лимфогранулематозе лихорадка имеет волнообразный характер с постепенным, на протяжении 8—15 дней, повышением и затем снижением. Часто больные жалуются на зуд кожи. При лимфогранулематозе мучительный кожный зуд может быть первым признаком болезни, нередко возникающим задолго до появления других ее симптомов. Кожный зуд бывает также при эритремии, хроническом лимфолейкозе. При многих заболеваниях

системы крови наблюдаются потеря аппетита и похудание; особенно выражено похудание, переходящее в кахексию, при хронических лейкозах и злокачественных лимфомах, например при лимфогранулематозе, лимфосаркоматозе и др. Для В12-дефицитной анемии характерно ощущение жжения кончика языка и его краев. При железодефицитной анемии, особенно при так называемом раннем и позднем хлорозе, нередко наблюдается извращение вкуса (больные охотно едят мел, глину, землю, уголь-рса chlorotica), а также обоняния (больные испытывают удовольствие от вдыхания паров эфира, бензина и других пахучих веществ с неприятным запахом). Геморрагические диатезы, миелоапластический синдром и лейкозы сопровождаются повышенной кровоточивостью: спонтанно или под влиянием незначительных причин (давление, легкие ушибы) появляются геморрагические высыпания на коже и слизистых оболочках, наблюдаются кровотечения из носа, десен, желудочно-кишечного тракта, легких, почек, матки. При гемофилии и передозировке антикоагулянтов малейшие травмы кожи и слизистых оболочек вызывают длительно не останавливающиеся кровотечения. Заболевания, при которых наблюдаются усиленная пролиферация клеток костного мозга и его гиперплазия (например, острый лейкоз, хронический миелолейкоз, эритремия), нередко сопровождаются болями в костях, особенно плоских. Эти боли могут быть спонтанными, но выявляются при надавливании на кость или легком поколачивании по ней. При остром лейкозе очень часто бывают боли в горле при глотании, возникающие в результате развития некротически-язвенной ангины. При многих заболеваниях возникают сильные боли в левом подреберье, обусловленные вовлечением в патологический процесс селезенки. При быстром увеличении селезенки и перерастяжении ее капсулы (сердечная декомпенсация, тромбоз селезеночной вены) боли тупые. Резкое увеличение селезенки, например, при хроническом миелолейкозе (и некоторых формах цирроза печени) сопровождается ощущением тяжести и распирающего в левом подреберье. Резкие боли возникают при перисплените; они усиливаются при глубоком дыхании и кашле. Однако наиболее сильные боли возникают при массивных инфарктах селезенки, перекруте ее ножки в случае подвижной селезенки и разрыве ее. При значительном увеличении селезенки разрыв ее возможен даже при небольшой травме. Большое увеличение печени, например вследствие миелоидной или лимфоидной метаплазии при хронических лейкозах, может быть причиной ощущения тяжести и болей в правом подреберье. Боли в правом подреберье типа колики нередко наблюдаются при гемолитических анемиях; их причиной являются пигментные камни в желчном пузыре и протоках, образующиеся вследствие резкой гипербилирубинемии и повышенного выделения печенью желчных пигментов.

Осмотр

Осмотр прежде всего позволяет определить как общее состояние больного, так и состояние его сознания. Крайне тяжелое бессознательное состояние наблюдается в терминальных стадиях многих заболеваний системы крови: при 'прогрессирующих анемиях, миелоидной аплазии, лейкозах. Осмотр кожи и слизистых оболочек проводят при рассеянном дневном свете. Обращают внимание на их окраску: для анемий характерна *бледность* кожи и видимых слизистых оболочек, причем при разных видах анемии их оттенок нередко бывает различным. Так, при ювенильном хлорозе кожа имеет «алебастровую бледность», в ряде случаев с зеленоватым оттенком. При В12-дефицитной анемии кожа слегка желтоватая, восковидная. При гемолитических анемиях *желтушность* кожи и видимых слизистых оболочек бывает более выраженной; следует иметь в виду, что легкая желтушность легче всего обнаруживается на склерах. Бледность кожи не всегда является достоверным признаком анемизации, так как может быть обусловлена анатомическими особенностями кожи (глубокое залегание сосудов), спазмом периферических сосудов (коллапс, гломерулонефрит) и рядом других факторов. Кроме того, бледность кожи может маскироваться ее гиперпигментацией, например при загаре. Поэтому более доказательным признаком анемизации является бледность слизистых оболочек; легче

всего определить побледнение конъюнктивы верхнего и нижнего век. При хронических лейкозах кожа приобретает *землисто-серый оттенок*. Для эритремии характерен «полнокровный» вишнево-красный цвет кожи, особенно выраженный на лице, шее и кистях рук. При геморрагических диатезах на коже и слизистых оболочках появляются *кровоизлияния* в виде пятен различной величины и формы — от мелкоточечных (петехий) до более крупных (пурпура); наиболее крупные кровоизлияния носят название кровоподтеков. Вначале геморрагические высыпания имеют красный цвет, затем, по мере превращения гемоглобина в местах кровоизлияний в биливердин, билирубин и другие различным образом окрашенные продукты его окисления, цвет высыпаний меняется на вишнево-синий, зеленый, желтый, пока постепенно они не исчезнут. В отличие от высыпаний воспалительного происхождения и телеангиэктазий геморрагические пятна при надавливании на них не исчезают. При осмотре следует обращать внимание на *состояние трофики кожных покровов*. В случае железодефицитных анемий отмечаются сухость кожи, иногда ее шелушение. Волосы становятся ломкими, секутся. Характерные для ряда заболеваний кроветворной системы изменения можно выявить при осмотре полости рта. Так, при В12-дефицитной анемии наблюдается резкая атрофия сосочков языка, вследствие чего поверхность его становится очень гладкой, как бы лаковой (гунтеровский глоссит); быстро прогрессирующее разрушение зубов и воспаление слизистой оболочки вокруг шеек зубов (альвеолярная пиорея) нередко обнаруживаются у больных железодефицитной анемией. При острых лейкозах одними из наиболее частых симптомов являются язвенно-некротическая ангина и стоматит. При некоторых видах лейкозов при осмотре могут быть обнаружены регионарные припухания на шее, над ключицами, в подмышечных впадинах, в паховых областях, реже — в других местах, обусловленные значительным увеличением соответствующих лимфатических узлов, что подтверждается пальпацией. Выбухание в левой половине живота может наблюдаться при значительном увеличении селезенки (например, при хроническом миелолейкозе), что подтверждается пальпацией.

Пальпация

У больных с подозрением на лейкоз и на некоторые виды анемии с помощью пальпации исследуют костную систему: надавливание на плоские кости или эпифизы трубчатых костей (а также постукивание по ним) при значительной гиперплазии костного мозга оказывается болезненным. Однако более ценные сведения для диагностики дает пальпация лимфатических узлов и селезенки. Наиболее значительное увеличение лимфатических узлов наблюдается при лимфолейкозе, лимфогранулематозе и лимфосаркоме. Для этих заболеваний характерны системность, множественность поражения лимфатических узлов: если вначале обычно бывают поражены лимфатические узлы какой-либо одной группы, то затем в процесс вовлекаются лимфатические узлы других групп, причем не только поверхностные, но и расположенные в глубине — в средостении, брюшной полости. Следует иметь в виду, что причиной увеличения лимфатических узлов могут быть не только заболевания системы крови, но и некоторые другие болезни, такие, как туляремия, туберкулез, метастазы рака, ВИЧ-инфекция и др. Увеличенные лимфатические узлы при лейкозах и злокачественных лимфомах безболезненны, никогда не спаяны с кожей, не нагнаиваются и не образуют свищей в отличие от их поражения другой этиологии, в частности туберкулезной. При лимфолейкозе они эластически-тестоватой консистенции, при лимфогранулематозе и особенно при лимфосаркоме плотные, спаяны между собой и образуют конгломераты, иногда достигающие огромной величины (до 15—20 см в диаметре). Пальпацию селезенки проводят в положении больного лежа на спине или на правом боку. В первом случае больной лежит на койке с низким изголовьем, его руки вытянуты вдоль туловища, ноги также вытянуты. Во втором случае больного укладывают на правый бок, голова его несколько наклонена вперед к грудной клетке, левая рука, согнутая в локтевом суставе,

свободно лежит на передней поверхности грудной клетки, правая нога вытянута, левая — согнута в коленном и тазобедренном суставах. В этом положении достигается максимальное расслабление брюшного пресса и селезенка ближе смещается кпереди. Все это облегчает ее определение пальпацией даже при незначительном увеличении. Врач сидит справа от больного лицом к нему. Левую руку врач располагает на левой половине грудной клетки больного между VII и X ребрами по подмышечным линиям и несколько сдавливает ее, ограничивая ее движения при дыхании. Правую руку со слегка согнутыми пальцами врач располагает на переднебоковой поверхности брюшной стенки больного у края реберной дуги, у места соединения с ней конца X ребра, или, если данные осмотра и предварительной перкуссии позволяют заподозрить увеличение селезенки, у предполагаемого расположения ее передненижнего края. Затем на выдохе больного правой рукой врач слегка вдавливает брюшную стенку, образуя карман; далее врач предлагает больному сделать глубокий вдох. В момент вдоха, если селезенка доступна пальпации и она проводится правильно, селезенка, смещаясь вниз опускающейся диафрагмой, своим передненижним краем приближается к пальцам правой руки врача, упирается в них и при дальнейшем своем движении проскальзывает под ними. Этот прием повторяют несколько раз, стараясь исследовать весь доступный пальпации край селезенки. При этом обращают внимание на размеры, болезненность, плотность (консистенцию), форму, подвижность селезенки, определяют наличие вырезок на переднем крае. Характерные для селезенки одна или несколько вырезок на переднем крае определяются при большом ее увеличении. Они позволяют отличить селезенку от других увеличенных органов брюшной полости, например левой почки. При значительном увеличении селезенки удастся также исследовать ее переднюю поверхность, выходящую из-под края реберной дуги. В норме селезенка не прощупывается. Она становится доступной пальпации лишь при значительном опущении (редко при крайней степени энтероптоза), чаще всего при увеличении. Увеличение селезенки наблюдается при некоторых острых и хронических инфекционных заболеваниях (брюшной и возвратные тифы, болезнь Боткина, сепсис, малярия и др.), циррозах печени, тромбозе или сдавливании селезеночной вены, а также при многих заболеваниях кроветворной системы (гемолитические анемии, тромбоцитопеническая пурпура, острые и хронические лейкозы). Значительное увеличение селезенки носит название спленомегалии (от греч. splen — селезенка, megas — большой). Наибольшее увеличение селезенки наблюдается в конечной стадии хронического миелолейкоза, при котором она нередко занимает всю левую половину живота, а своим нижним полюсом уходит в малый таз. При острых инфекционных заболеваниях плотность селезенки невелика; особенно мягка, тестоватой консистенции селезенка при сепсисе. При хронических инфекционных заболеваниях, циррозах печени и лейкозах селезенка становится плотной; очень плотная она при амилоидозе. При большинстве заболеваний пальпация селезенки безболезненна. Она становится болезненной при инфаркте селезенки, перисплените, а также в случае быстрого увеличения из-за растяжения капсулы, например при застое в ней венозной крови при тромбозе селезеночной вены. Поверхность селезенки обычно ровная, неровность ее края и поверхности определяется при перисплените и старых инфарктах (имеются втяжения), бугристость ее поверхности наблюдается при сифилитических гуммах, эхинококковых и иных кистах и крайне редко встречающихся опухолях селезенки. Подвижность селезенки обычно довольно значительная; она ограничивается при перисплените. Резко увеличенная селезенка при дыхании остается неподвижной, однако ее обычно все же удастся сместить рукой во время пальпации. Нередко при лейкозах увеличивается не только селезенка, но и печень (вследствие метастазов), которую также исследуют пальпацией.

Перкуссия

При исследовании системы кроветворных органов перкуссия имеет ограниченное значение: она используется лишь для ориентировочного определения размеров селезенки. Вследствие того,

что селезенка окружена полыми органами (желудок, кишечник), содержащими воздух и дающими при перкуссии громкий тимпанический звук, точно определить ее размеры и границы этим методом нельзя. Перкуссию проводят в положении больного стоя или лежа на правом боку. Перкутировать нужно очень тихо — от ясного звука к тупому; лучше всего пользоваться методом Образцова. Для определения поперечника селезеночной тупости перкуссию ведут по линии, располагающейся на 4 см латеральнее левой реберно-суставной линии (эта линия соединяет грудино-ключичное сочленение со свободным концом XI ребра). В норме селезеночная тупость определяется между IX и XI ребрами; ее размер 4—6 см. Длинник селезенки заходит медиальнее реберно-суставной линии; перкуторный размер тупости длинника селезенки равен 6—8 см.

Аускультация

Аускультация применяется при исследовании селезенки: при перисплените над областью ее расположения выслушивается шум трения брюшины.

1. Какой синдром развивается в результате прогрессирующей и необратимой деструкции нефронов независимо от вызвавшей ее причины:

- * хроническая почечная недостаточность
- острая почечная недостаточность
- нефротический синдром
- эклампсия

2. Проявлением какого синдрома является внезапное, быстрое, но потенциально обратимое нарушение функции почек, достаточное, чтобы привести к накоплению азотистых шлаков в жидкостях организма:

- * острая почечная недостаточность
- хроническая почечная недостаточность
- нефротический синдром
- эклампсия

3. К острой почечной недостаточности могут привести все причины, кроме:

- * прогрессирующая и необратимая деструкция нефронов
- значительное уменьшение перфузии почечных сосудов

препятствие оттоку мочи на любом уровне мочевыводящих путей

результат тяжелого поражения любого отдела почки (острый канальцевый некроз, острый гломерулонефрит и др.)

4. Пути инфицирования почечных лоханок и интерстиция:

- * все выше перечисленные
- гематогенное распространение
- лимфогенное распространение
- восходящий путь

5. Для больных с ХПН в начальной стадии характерны все ниже перечисленные признаки, кроме:

- * колебание плотности мочи в пределах

1008-1020

полиурия

никтурия

гипостенурия

6. Проявлением какого заболевания являются жалобы на внезапно возникшие озноб, повышение температуры до 38-39 °C, ноющие боли в пояснице, дизурические расстройства, головную боль, иногда тошноту, рвоту:

- * острый пиелонефрит

ХПН

острый цистит

острый гломерулонефрит

7. Какой синдром характеризуется внезапным возникновением нарастающих отеков, гематурии и протеинурии, артериальной гипертензии сочетающихся с признаками нарушения функции почек (снижение СКФ, азотемия):

- * остонефритический
- нефротический
- острая почечная недостаточность
- эклампсия

8. Проявлением острого гломерулонефрита могут быть все признаки, кроме:

- * указание в анамнезе на перенесенные ранее заболевания почек, проявлявшиеся изменением в моче

возникновение заболевания через 2-3 недели после перенесенной инфекции, чаще стрептококковой

манифестацию заболевания любым проявлением остонефритического синдрома (отеки, симптомы артериальной гипертензии, гематурия, протеинурия)

отсутствие анамнестических данных об изменениях в анализах мочи, повышении АД, отеках

9. Дифференцировать острый гломерулонефрит от остронефритического синдрома при обострении хронического гломерулонефрита помогает:

- * биопсия почек
- УЗИ почек
- внутривенная урография
- сцинтиграфия почек

10. Какой признак не характерен для патологии клубочкового аппарата:

- * бактериурия
- гематурия
- цилиндрурия
- протеинурия

11. Какой признак наиболее характерен для ХПН ?

- * азотемия
- полиурия
- анемия
- гиперкалиемия

12. Для амилоидоза почек мало характерно:

- * макрогематурия
- отеки
- массивная протеинурия
- гипоальбуминемия

13. К вторичному амилоидозу почек могут привести все заболевания, кроме:

- * сахарный диабет
- туберкулез легких
- ревматоидный артрит
- абсцесс легких

14. Укажите вариант хронического гломерулонефрита, проявляющийся минимальными изменениями со стороны мочи (протеинурия, гематурия, небольшая лейкоцитурия):

- * латентный
- нефротический
- гематурический
- гипертонический

15. Какой вариант хронического гломерулонефрита характеризуется выраженными отеками, олигурией, массивной протеинурией, высокой гипертензией ?

- * смешанный
- латентный
- нефротический
- гематурический

16. Для какого варианта хронического гломерулонефрита характерны гипоальбуминемия (до 30 г/л), выраженная протеинурия (более 3,5 г белка в сутки):

- * нефротический
- латентный
- гематурический
- гипертонический

17. Какой вариант хронического гломерулонефрита встречается редко, характеризуется благоприятным течением (редким развитием ХПН):

- * гематурический
- латентный
- нефротический
- гипертонический

18. Наиболее информативный метод диагностики варианта хронического гломерулонефрита:

- * биопсия почек
- исследование мочи
- УЗИ почек
- внутривенная урография

19. Самый надежный метод разграничения нефрита и амилоидоза почек:

- * морфологическое исследование биоптата слизистой прямой кишки или ткани десны
- исследование мочевого осадка
- УЗИ почек

20. Характерная триада симптомов для гломерулонефрита:

- * гипертензия, отеки, изменения в моче
- боли в пояснице, лихорадка, изменения в моче
- гипертензия, дизурия, изменения в моче

21. Обнаружение в моче клеток Штейнгеймера-Мальбина является признаком:

- * пиелонефрита
- амилоидоза почек
- хронического гломерулонефрита
- мочекаменной болезни

22. Появление в моче лейкоцитурии и бактериурии (более 105 бактерий в 1 мл мочи) предполагает наличие у больного заболевания:

- * пиелонефрит
- гломерулонефрит
- амилоидоз почек
- поликистоз почек

23. Какие изменения со стороны мочи расцениваются как проявление почечной недостаточности:

- * максимальная плотность мочи в пробе Зимницкого 1011
- протеинурия более 3,5 грамм в сутки
- макрогематурия
- выраженная цилиндрурия

24. Для гломерулонефрита характерны все признаки, кроме:

- * значительная бактериурия
- отеки

- гипертензия
гематурия
25. Какое заболевание почек предполагает обнаружение в моче лейкоцитарных цилиндров
- * пиелонефрит
 - гломерулонефрит
 - амилоидоз почек
 - туберкулез почек
26. Для какого заболевания почек характерны рентгенологические признаки: размытые границы почечных лоханок, деформация почечных чашечек, сужение и втянутость шеек, сморщенная кора почек ?
- * пиелонефрит
 - гломерулонефрит
 - амилоидоз почек
 - туберкулез почек
27. Специфические изменения костного мозга обнаруживаются при:
- * все вышеперечисленные состояния
 - B12-дефицитная анемия
 - лейкоз
 - миеломная болезнь
28. Для диагностики конкретного вида анемии не имеет существенного значения:
- * определение времени кровотечения
 - общий анализ крови с подсчетом ретикулоцитов и тромбоцитов
 - цитохимическое исследование крови и пунктатов костного мозга
 - определение осмотической резистентности эритроцитов, пробы Кумбса, содержания билирубина крови, гематокрита
29. Какой симптом обусловлен воздействием продуктов распада эритроцитов и лейкоцитов ?
- * лихорадка
 - кожный зуд
 - астения
 - повышенная кровоточивость
30. Длительно не останавливающееся кровотечение характерно для:
- * гемофилии
 - лейкозы
 - анемии
31. Причиной болей при заболеваниях крови типа колики в правом подреберье являются:
- * пигментные камни в желчном пузыре
 - гепатомегалия
 - дискинезия желчевыводящих путей
32. Доказательным признаком анемизации является:
- * бледность слизистых
 - землисто-серый оттенок кожи

желтушный оттенок кожи

Метод «ручка на середине стола»

Предлагается задание всей группе (например, перечислить симптомы сахарного диабета, препараты относящиеся к группе бета –блокаторов, факторы риска ИБС). Каждый студент записывает на листке один вариант ответа и передает его соседу, а свою ручку передает на середину стола.

Педагог контролирует работу группы и участие в ней каждого. Общий вариант записывается в тетради.

Оценка знаний студентов.

Тема	86-100 баллов отлично	71-85 баллов хорошо	55-70 баллов удов.	Меньше 54 баллов неудов.
	Имеет достаточное теоретическое знание по развитию механизма данного заболевания. При ситуационных состояниях может применять необходимое решение. Имеет творческого мышления. Может дифференцировать клинические симптомы при различных патологиях. Самостоятельно составляет план обследования и лечения больных с данным заболеванием. Имеет конспект по данному тему. Активно участвует при опросе	Имеет теоретическое знание по развитию механизма данного заболевания. При ситуационных состояниях может применять необходимое решение. Может поставить предварительный диагноз. Затрудняется при дифференциальной диагностике различных заболеваний. Составляет план обследования и лечения больных, но неполноценно. Имеет конспект по данному тему	Имеет представление о данном заболевании. При дифференцировке затрудняется. Не имеет клинического мышления. Имеет теоретическое знание по диагностике анемического синдрома.	Не имеет представление о данном заболевании. Не может объяснить этиопатогенез, клинику и диагностик у. Не имеет конспекта.

Самостоятельная работа Симптоматология амилоидоза почки.

Лабораторное занятие: исследование крови. Клиническое значение общего анализа крови. Симптоматология анемий (железодефицитной, постгеморрагической, гемолитической).

ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ:

Обучить студентов исследованию крови.

КОНКРЕТНЫЕ ЗАДАЧИ:

1. Исследование крови.
2. Клиническое значение общего анализа крови.
3. Симптоматология анемий (железодефицитной, постгеморрагической, гемолитической).

1. Модель технологии практического обучения.

Время занятия – 4 часа	Число студентов: от 10 до 12
Форма занятия	практическое занятие
План практического	Лабораторное занятие: исследование крови. Клиническое

занятия	значение общего анализа крови. Симптоматология анемий (железодефицитной, постгеморрагической, гемолитической).
Цель занятия:	Обучить студентов исследованию крови, его клиническому значению. , симптоматиологии анемий.
Методы обучения	Опрос. Демонстрация больных , интерактивный метод обучения, беседа. Практические навыки.
Формы обучения	Малыми подгруппами
Средства обучения	Учебное пособие, содержание практических занятий, проектор, компьютер
Обстоятельство обучения	Методически оборудованная аудитория
Мониторинг и оценивание	Устный контроль: вопрос-ответ, тесты, ситуационные задачи

Технологическая карта практического занятия

№	Этапы и время проведения занятия	Обучающий	Учащиеся
	Поготовительный этап (10 мин)	1.Контролирует чистоту аудитории. 2.Проверяет подготовленность студентов 3.Проверяет посещаемость студентов.	
1	Этап введения учебного процесса (10 мин)	1.Подготовка к учебной теме 2.Подготовка слайдов, мультимедий, видеокассет.	
2	Основной зап (150 мин)	1.Разделить группу на малые группы, задаём вопросы по теме. 2.Используем учебные плакаты 3.Показ слайдов и мультимедии. 4.Курация больных 5.Проводим обобщение и заключение данных сведений, оцениваем активных и пассивных студентов.	Разделяются на малые группы Смотрят участвуют слушают и отвечают на вопросы Курация больных
1 1	Заключительный этап 10 (мин)	1.Итоги занятия 2.Самостоятельная работа. 3.Домашнее задание	Слушают записывают

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ.

1. Современные представления о системе кроветворения.
2. Схема кроветворения.
3. Общая симптоматология заболеваний крови.
4. Расспрос гематологических больных.
5. Жалобы больных с заболеваниями системы кроветворения.
6. Изменения со стороны кожи и слизистой, наблюдаемые у гематологических больных.
7. Клинические исследования крови.
8. Клиническое значение СОЭ.
9. Гемоглобин, методы определения, диагностическое значение.
10. Эритроциты, методы подсчета, диагностическое значение морфологического исследования эритроцитов.
11. Цветовой показатель, вычисления, клиническое значение.
12. Ретикулоциты, диагностическое значение.
13. Морфологическое исследование лейкоцитов, функциональное - диагностическое значение лейкоцитов.
14. Лейкоцитарная формула в норме и при патологии.
15. Тромбоциты, функционально-диагностическое значение.
16. Методы прижизненного исследования костного мозга (стерильная пункция трепанобиопсии).
17. Цитологический состав костного мозга.
18. Диагностическое значение исследования костномозгового пунктата.
19. Диагностическое значение прижизненного исследования пунктата лимфатического узла.

ЛАБОРАТОРНЫЕ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Морфологическое исследование крови

Широко применяемое в клинической практике морфологическое исследование крови носит название **общего клинического исследования**. Этот анализ включает изучение количественного и качественного состава форменных элементов крови: определение числа эритроцитов и содержания в них гемоглобина, определение общего числа лейкоцитов и соотношение отдельных форм среди них, определение числа тромбоцитов. У некоторых больных в зависимости от характера заболевания производят дополнительные исследования: подсчет ретикулоцитов, формулы тромбоцитов и др. Развитие гематологии в последние годы привело к пересмотру существующего много десятилетий представления о ретикулярной клетке как источнике всех клеточных элементов крови. В настоящее время схему кроветворения представляют следующим образом. Первый класс полипотентных клеток-предшественников представлен так называемой стволовой кроветворной клеткой. Стволовые клетки обладают способностью к самоподдержанию, быстрой пролиферации и дифференцировке. Второй класс частично детерминированных полипотентных клеток-предшественников представлен предшественниками лимфопоэза и гемопоэза; их возможности к самоподдержанию ограничены; эти клетки находятся в костном мозге. Третий класс унипотентных клеток-предшественников включает колониеобразующие в культуре клетки (предшественники гранулоцитов и моноцитов), эритропоэтинчувствительные клетки, клетки предшественники В-лимфоцитов и клетки-предшественники Т-лимфоцитов. В четвертый класс входят морфологически распознаваемые пролиферирующие клетки, в пятый класс — созревающие, а последний, шестой, класс состоит из зрелых клеток с ограниченным жизненным циклом. Обычно в периферическую кровь поступают в основном клетки шестого класса. Клеточный состав крови здорового человека довольно

постоянен, поэтому различные изменения его могут иметь диагностическое значение. Однако небольшие колебания можно наблюдать и в течение дня под влиянием приема пищи, физической нагрузки и др. Чтобы устранить влияние этих факторов, кровь для повторных анализов следует брать в одинаковых условиях. Взятие крови. Исследование крови начинают с одномоментного получения образцов крови для всех производимых исследований. Кровь берут из IV пальца левой руки. Палец дезинфицируют, протирая ватным тампоном, смоченным смесью спирта с эфиром. Прокол производят иглами-скарификаторами одноразового пользования. Укол делают

сбоку в мякоть I фаланги на глубину 2,5—3 мм. Кровь должна поступать свободно, так как при сильном надавливании к ней примешивается тканевая жидкость, снижающая точность исследования. Первую каплю стирают сухой ватой. **Определение уровня гемоглобина.** Существуют три основные группы методов определения уровня гемоглобина: колориметрические (нашедшие самое широкое применение в практической медицине), газометрические и по содержанию железа в гемоглобиновой молекуле. До недавнего времени широко пользовались неточным методом Сали, предложенным еще в 1895 г. Всеобщее признание как наиболее точный и объективный получил цианметгемоглобиновый метод, принятый в качестве стандартного Международным комитетом по стандартизации в гематологии. Метод основан на окислении гемоглобина (Hb) при действии красной кровяной соли в метгемоглобин (MetHb, по новой номенклатуре — гемоглобин Hi), который с CN-ионами образует стабильный, окрашенный в красный цвет комплекс — цианметгемоглобин (CNMetHb) или гемиглобинцианид (HiCN). Концентрация его может быть измерена на спектрофотометре, фото-электроколориметре или на гемоглобинометре. Колебания концентрации гемоглобина у здоровых женщин 120—160 г/л, у мужчин — 130—175 г/л. **Подсчет эритроцитов.** Для подсчета эритроцитов в камере кровь разводят в 200 раз в 3,5% растворе хлорида натрия, для чего 0,02 мл крови вносят в предварительно отмеренные 4 мл разводящего раствора или пользуются смесителем. Взвесь тщательно перемешивают и затем заполняют счетную камеру (стеклянную пластинку с нанесенными на нее одной или двумя счетными сетками). Покровное стекло должно быть крепко прижато к подлежащей полоске, что достигается его «притиранием» до появления над боковыми полосками «колец Ньютона» — радужных линий, овалов или колец. Каплю разведенной крови вносят пипеткой под притертое покровное стекло камеры. Жидкость по капиллярам засасывается и заполняет пространство над сеткой. Подсчет производят спустя 1 мин (когда эритроциты осядут на дно камеры), пользуясь объективом 40 и окуляром 7 либо объективом 8 и окуляром 15. Существует много различных подсчетных сеток, но все они построены по одному принципу. Сетки состоят из больших и малых квадратов, площадь их равна 1/25 и 1/400 мм² соответственно. Наиболее часто применяется *сетка Горяева*. Она состоит из 225 больших квадратов, 25 из которых разделены на малые, по 16 квадратов в каждом. Подсчет эритроцитов производят в 5 больших квадратах, разделенных на малые, придерживаясь определенной последовательности счета (рис. 141): передвигаются из квадрата в квадрат по горизонтали, один ряд слева направо, следующий — справа налево,

как показано на рисунке пунктирной стрелкой. Считают, помимо находящихся внутри квадрата, все эритроциты, лежащие на двух линиях, например на левой и верхней, и пропускают все лежащие справа и снизу. Число эритроцитов в 5 больших квадратах пересчитывают на содержание их в 1 л. Нормальное число эритроцитов у женщин 3,4—5,0* 10¹², у мужчин — 4,0—5,6* 10¹² в 1 л крови. Число эритроцитов можно определять и с помощью приборов, упрощающих и автоматизирующих это исследование. К таковым относятся *эритрогемометры* и *электрофотоколориметр* (позволяют судить о числе эритроцитов путем измерения с помощью фотоэлемента количества света, поглощенного и рассеянного при его прохождении через взвесь эритроцитов) и приборы автоматического счета типа *целоскопа* (производят непосредственный

отсчет эритроцитов). Принцип заключается в изменении клетками крови сопротивления электрической цепи при прохождении их через узкий капилляр. Это изменение регистрируется с помощью электромагнитного счетчика. Каждая клетка отражается на осциллоскопическом экране и регистрируется на шкале прибора.

Зная число эритроцитов в крови и содержание в ней гемоглобина, можно высчитать, в какой мере им насыщен каждый эритроцит. Есть разные способы установления этой величины. Первый — вычисление цветового показателя. Это условная величина, выводимая из соотношения гемоглобина и числа эритроцитов. Ее высчитывают, деля утроенное число граммов гемоглобина на три первые цифры числа эритроцитов. В норме эта величина приближается к 1. Число меньше 1 указывает на недостаточное насыщение эритроцитов гемоглобином; число больше 1 встречается в тех случаях, когда объем эритроцитов больше нормального. Перенасыщения гемоглобином не бывает; нормальный эритроцит насыщен им до предела. В настоящее время в соответствии со стремлением выражать константы в абсолютных

величинах вместо цветового показателя высчитывают весовое содержание гемоглобина в эритроцитах. Определив содержание гемоглобина в 1 л, эту величину делят на число эритроцитов в том же объеме. В норме 1 эритроцит содержит 27—33 нг гемоглобина. **Подсчет лейкоцитов.** Для подсчета лейкоцитов кровь разводят либо в смесителях, либо в пробирках. Для этой цели применяют 3—5% раствор уксусной кислоты (для разрушения эритроцитов), подкрашенный какой-либо анилиновой краской (для окраски ядер лейкоцитов). Счетную сетку заполняют так же, как для подсчета эритроцитов. Лейкоциты подсчитывают в 100 больших квадратах. В сетке Горяева удобно считать их в не разграфленных квадратах (их на сетке 100). Учитывая разведение крови и объем жидкости над квадратами, высчитывают постоянный множитель; при разведении в 20 раз он равен 50. При работе с пробирками в них наливают предварительно 0,38 мл жидкости и выпускают в нее 0,02 мл крови. Для подсчета в пробирках автоматического счета эритроциты гемолизируют сапонином. Нормальное содержание лейкоцитов $4,3 \cdot 10^9$ – $11,3 \cdot 10^9$ /л, или 4300–11 300 в 1 мкл крови. Лейкоцитарную формулу подсчитывают в окрашенных мазках.

Хороший мазок отвечает следующим требованиям: он тонок, и форменные элементы лежат в нем в один слой; в этом случае мазок оказывается желтым и полупрозрачным. Он должен по ширине не доходить до краев стекла на 2—3 мм, а по длине занимать $2/3$ – $3/4$ стекла. Хороший мазок равномерен, а клетки не повреждены при размазывании. Для того чтобы кровь легла ровным слоем на стекло, его обезжиривают прожиганием над пламенем газовой горелки или выдерживают в смеси спирта и эфира. Концом стекла прикасаются к свежее выпущенной маленькой капле крови и без промедления размазывают ее по стеклу. Перед окраской мазок фиксируют погружением в метанол на 3 мин, в этиловый спирт или его смесь с эфиром на 30 мин. Имеется и ряд других фиксаторов. Высохший после фиксации мазок заливают красителем. Для различения клеток крови (определения лейкоцитарной формулы) прибегают к дифференциальной окраске. Наиболее широко применяется окраска по Романовскому—Гимзе. Этот краситель представляет собой смесь слабокислой (эозин) и слабощелочной (азур II) красок. Клетки и их части в зависимости от реакции среды в них воспринимают тот или иной компонент красителя: кислые (базофильные) субстанции окрашиваются азуром в голубой цвет, щелочные (оксифильные) окрашиваются эозином в красный цвет; нейтральные воспринимают обе краски и становятся фиолетовыми. *Лейкоцитарной формулой* называют процентное соотношение отдельных форм лейкоцитов крови. Для достаточно точного ее вычисления необходимо просмотреть не менее 200 лейкоцитов. Подсчет производят с иммерсионной системой. Ввиду того что клетки располагаются в мазке неравномерно (более крупные отходят к краям), важно придерживаться такого порядка передвижения по мазку, при котором в равной мере просматривались бы его края и середина. Применяется один из двух способов передвижения: по

одному из них мазок передвигают от верхнего края до нижнего, отодвигают на 2—3 поля зрения вдоль края, затем идут в обратном направлении до верхнего края и т. д. При втором способе от края продвигаются на 5—6 полей к середине мазка, затем столько же вбок, потом обратно к краю, отодвигаются на несколько полей вбок и опять повторяют передвижение, пока не будет сосчитано 50 клеток. Просматривают 4 таких участка по 4 углам мазка. Каждую клетку, обнаруженную при просмотре мазка, нужно определить и зарегистрировать. Удобно пользоваться при подсчете специальным клавишным счетчиком; при отсутствии его клетки отмечают записью на бумаге. Сосчитав 200 клеток, число делят пополам и определяют количество каждого вида лейкоцитов. Лейкоциты являются элементами крови, быстро реагирующими на различные внешние воздействия и изменения внутри организма. Поэтому сдвиги в лейкоцитарной формуле имеют большое диагностическое значение. Однако индивидуальные колебания состава лейкоцитов довольно велики, вследствие чего при сопоставлении с нормой приходится ориентироваться не на средние величины, а на пределы нормальных колебаний, приведенные в Приложениях. Оценивая состав лейкоцитов, нужно иметь в виду, что изменения процентных соотношений могут дать неправильное представление о происходящих в крови сдвигах. Так, увеличение абсолютного содержания в крови какого-то одного вида клеток ведет к снижению процента всех других клеточных элементов. Обратная картина наблюдается

при уменьшении абсолютного содержания одного из видов клеток крови. Правильное суждение дают не относительные (процентные), а абсолютные величины, т. е. содержание данного вида клеток в 1 мкл, а согласно СИ — в 1 л крови. Определение общего количества лейкоцитов может иметь большое диагностическое значение, так как выявляет состояние кроветворных органов или их реакцию на вредные

воздействия. Увеличение числа лейкоцитов — лейкоцитоз — является результатом активизации лейкопоэза, уменьшение их числа — лейкопения — может зависеть от угнетения кроветворных органов, их истощения, повышенного распада лейкоцитов под действием антилейкоцитарных антител и т. д. Нейтрофилы. Наиболее изменчивой группой лейкоцитов являются нейтрофилы, число которых возрастает при многих инфекциях, интоксикациях и распаде тканей. Характерным для активного нейтропоэза является не только увеличение общего числа нейтрофилов в крови, но и появление в ней незрелых форм: увеличивается число палочкоядерных, появляются юные нейтрофилы, иногда даже миелоциты. Такое «омоложение» состава нейтрофилов носит название сдвига лейкоцитарной формулы влево, потому что в этом случае в обычной записи состава нейтрофилов в лейкоцитарной формуле на лабораторном бланке слева направо увеличиваются числа на левой ее стороне. Различают *регенераторный и дегенераторный (дистрофический) «левые сдвиги»* нейтрофилов. При первом отмечают описанные выше изменения, при втором в отсутствие лейкоцитоза наблюдается увеличение числа только палочкоядерных форм с дистрофическими («дегенеративными») изменениями в нейтрофилах (вакуолизация цитоплазмы, пикноз ядра и др.). Регенераторный сдвиг свидетельствует об активной защитной реакции организма, дегенераторный — об отсутствии таковой. Защитная роль нейтрофилов определяется их фагоцитарной функцией, бактерицидным действием и выделением протеолитических ферментов, способствующих рассасыванию некротизированных тканей и заживлению ран. Наиболее часто регенераторный сдвиг появляется при наличии какого-либо воспалительного процесса или очага некроза. Очень резкий сдвиг влево до про миелоцитов и даже миелобластов при значительном лейкоцитозе носит название *лейкемоидной реакции*. Уменьшение числа нейтрофилов — *абсолютная нейтропения* — возникает при угнетающем костный мозг воздействии токсинов некоторых микроорганизмов (возбудители брюшного тифа, бруцеллеза и др.) и вирусов, ионизирующей радиации, ряда лекарственных препаратов. Лимфоциты. Увеличение абсолютного числа лимфоцитов —

лимфоцитоз — встречается реже. Оно наблюдается в период выздоровления от острых инфекционных заболеваний, при инфекционном мононуклеозе, инфекционном лимфоцитозе, лимфолейкозе, краснухе, бруцеллезе, тиреотоксикозе. Гораздо чаще лимфоцитоз оказывается только относительным, связанным с уменьшением числа нейтрофилов, так же как относительная лейкопения при увеличении числа нейтрофилов. Абсолютная лимфопения встречается при лучевой болезни, системных поражениях лимфатического аппарата: лимфогранулематозе, лимфосаркоме. Эозинофилы. Находятся в крови в относительно небольшом количестве (содержатся преимущественно в тканях), но число их возрастает, иногда значительно, при аллергических процессах (сывороточная болезнь, бронхиальная астма), глистных инвазиях, зудящих дерматозах. Эозинофилию при аллергических процессах связывают с ролью эозинофилов в устранении возникающих при этом реакций токсичных продуктов. Уменьшение количества эозинофилов — *эозинопения* — вплоть до полного их исчезновения наблюдается при сепсисе, тяжелых формах туберкулеза, тифах, тяжелых интоксикациях. Базофилы. Являются носителями важных медиаторов тканевого обмена (кровяные «эквиваленты» тучных тканевых клеток). При сенсибилизации организма число их увеличивается, при повторном введении аллергена резко уменьшается в результате их распада. Моноциты. Увеличение числа «моноцитов» — *моноцитоз* — служит показателем развития иммунных процессов. Моноциты признаются аналогами тканевых макрофагов.

Моноцит встречается при ряде хронических заболеваний (хронический сепсис, туберкулез, малярия, висцеральный лейшманиоз, сифилис) и при инфекционном мононуклеозе. *Моноцитопения* наблюдается иногда при тяжелых септических, гипертоксических формах брюшного тифа и других инфекциях. Подсчет лейкоцитарной формулы требует умения хорошо различать клетки крови. Гранулоциты. Отличительными особенностями гранулоцитов являются сегментированные ядра (фиолетовые, как у всех лейкоцитов), оксифильная (розовая) цитоплазма, содержащая зернистость. У *нейтрофильного лейкоцита* (диаметр 10—15

мкм) зерна мелкие, разной величины, окрашиваются в коричневатый-фиолетовый цвет; ядро грубой структуры с чередованием интенсивно и светло окрашенных участков состоит из 2—5 (чаще 3—4) сегментов разных величины и формы, соединенных нитевидными перемычками. Ядро *палочкоядерного нейтрофила* примерно такой же величины и окраски, но представляет сложную изогнутую ленту, нигде не сужающуюся до нитевидной перемычки. Ядра *эозинофилов* состоят в большинстве случаев из двух примерно одинаковых и симметрично расположенных сегментов (могут встретиться и трехсегментные), по окраске и структуре сходных с сегментами нейтрофилов. Зернистость эозинофила обильная. Зернами «нафарширована» вся цитоплазма; они крупные, круглые, все одинаковые, окрашены в яркий оранжево-красный цвет. Диаметр клетки около 15 мкм. *Базофил* несколько меньшего размера, чем другие гранулоциты (9—14 мкм). Ядро его бывает сегментированным, но чаще неправильной лопастной формы, окрашено в темно-фиолетовый цвет. Это обусловлено метахромазией зерен: синяя окраска делает их фиолетовыми. Агранулоциты. Отличительной особенностью агранулоцитов являются несегментированное ядро и базофильная (голубая) цитоплазма. Лимфоцит — наименьший по размеру лейкоцит; диаметр большинства клеток 7—12 мкм, но отдельные лимфоциты

достигают 12—15 мкм. Ядро круглое, овальное или бобовидное; занимает большую часть клетки, интенсивно окрашено. Цитоплазма большинства лимфоцитов узким ободком окружает ядро, окрашена в светло-синий цвет и просветляется к ядру. Помимо таких «малых» лимфоцитов, встречаются и «средние», имеющие большую зону цитоплазмы небесно-голубого цвета. У некоторых лимфоцитов в цитоплазме имеется несколько крупных вишнево-красных (азурофильных) зерен. Моноцит — самая крупная из кровяных клеток, диаметром до 20 мкм. Крупное ядро неправильной формы и относительно светлой окраски. Цитоплазма серовато-голубого, дымчатого цвета, не просветляется к ядру. При хорошей окраске в части клеток

выявляется обильная мелкая (пылевидная) азурофильная зернистость. Кроме перечисленных клеток, в нормальной крови редко, а при заболеваниях часто могут встретиться плазматические клетки. Они отличаются эксцентрически расположенным плотным ядром, часто колесовидной структуры, и редко базофильной вакуолизированной цитоплазмой. Число этих клеток увеличивается при некоторых инфекционных заболеваниях, раневом сепсисе, гипернефроне, миеломной болезни и др.

Роль их состоит, по-видимому, в выработке у-глобулинов. При подсчете лейкоцитарной формулы обращают внимание не только на количественные сдвиги в ней, но и на качественные изменения форменных элементов. Ранее отмечались дегенеративные изменения лейкоцитов. При тяжелых интоксикациях зернистость нейтрофилов становится обильной, крупной, интенсивно окрашенной и носит название токсической (или токсогенной). Иногда в мазках крови обнаруживаются расплывчатые пятна, окрашенные подобно ядерному веществу лейкоцитов. Это так называемые тени Боткина—Гумпрехта — остатки ядерного хроматина, свидетельствующие о повышенной хрупкости лейкоцитов, приводящей к их распаду — лейкоцитолиту. **Морфологическая оценка эритроцитов.** В тех же мазках оценивают и эритроциты (рис. 143). Обращают внимание на их величину, форму, окраску и клеточные включения. Нормальные эритроциты в мазке круглой формы, диаметр их 6—8 мкм, средний диаметр равен 7,2 мкм. При анемиях различного характера величина эритроцитов нередко меняется. Изменение размеров касается обычно не всех эритроцитов одинаково; появление эритроцитов разной величины носит название *анизоцитоза*. Преобладание малых эритроцитов — *микроцитоз* — характерно для железодефицитных анемий; при расстройстве гемопоэтической функции печени возникает макроцитоз; при недостатке в организме витамина В12 (В12-дефицитная анемия) в крови появляются *мегалоциты* — крупные (более 12 мкм) овальные гиперхромные эритроциты, образующиеся при созревании мегалобластов. При патологических условиях созревания эритроцитов наряду с анизоцитозом отмечается изменение их формы — *пойкилоцитоз*: помимо круглых, появляются эритроциты овальной, грушевидной формы и др. При недостаточном насыщении эритроцитов гемоглобином (цветовой показатель

<0,85) они слабо воспринимают окраску, становятся гапохромными, при дефиците

витамина В12 они интенсивно окрашены — гиперхромны (цветовой показатель >1).

Вполне зрелый эритроцит оксифилен, т. е. окрашен в розовый цвет. Недозрелый эритроцит полихроматофилен. Такие эритроциты при суправитальной окраске выявляются как *ретикулоциты*. В нормальной крови полихроматофильные эритроциты встречаются в небольшом количестве — единичные на 1000 эритроцитов. Так как они менее заметны, чем ретикулоциты, для учета молодых, только что поступивших в кровь клеток прибегают к подсчету ретикулоцитов. Значение этого исследования состоит в том, что число ретикулоцитов в крови указывает на степень активности костного мозга. В норме это число равно 2—10 на 1000 эритроцитов. При кровопотерях, гемолизе эритропоэз в нормальном костном мозге активизируется и число ретикулоцитов в нем и периферической крови возрастает. Отсутствие такого увеличения свидетельствует о понижении функции костного мозга, и, наоборот, ретикулоцитоз при отсутствии анемии — показатель скрытых, но хорошо компенсированных потерь крови. Большой ретикулоцитоз наблюдается и при эффективном лечении В12-дефицитной анемии. Окраску ретикулоцитов производят в нефиксированных мазках свежeverypущенной крови, в которой эритроциты не успели отмереть. Применяют различные щелочные красители и разные способы окраски. Наилучший краситель — бриллианткрезиловый синий. На обезжиренное предметное стекло наносят каплю насыщенного спиртового раствора красителя и делают мазок так же, как мазок крови при обычном клиническом исследовании. После подсыхания красителя поверх него делают тонкий мазок крови, который сразу помещают

во влажную камеру (чашка Петри с вложенным в нее кусочком мокрой фильтровальной бумаги). Спустя 5 мин мазок вынимают, дают ему высохнуть и рассматривают в иммерсионной системе. Зрелые эритроциты окрашиваются в зеленоватый цвет. У ретикулоцитов на таком фоне обнаруживаются синие нити и зернышки, которые в зависимости от степени зрелости ретикулоцита имеют вид венчика, клубка, сеточки, отдельных нитей или зернышек. В норме преобладают последние две наиболее зрелые формы. При подсчете ретикулоцитов определяют число их на 1000 эритроцитов. Для удобства подсчета поле зрения микроскопа уменьшают, вкладывая в окуляр специальное или вырезанное из бумаги окошечко. Подсчитывают в поле зрения общее число эритроцитов и ретикулоцитов. Счет ведут до тех пор, пока не будет сосчитано 1000 эритроцитов. При недостаточности эритропоэтической функции костного мозга из него вымываются в кровь и более незрелые «ядерные» (еще содержащие ядра) элементы красной крови — *нормобласты*, *эритробласты*. При созревании эритроцитов в патологических условиях могут сохраняться остатки ядра в виде *телец Жолли* — круглых хроматиновых образований диаметром 1—2 мкм, красящихся в вишнево-красный цвет, и *колец Кебота* красного цвета, которые имеют вид колец, восьмерки и др.; их считают остатками оболочки ядра. Встречаются они преимущественно при В12-дефицитной анемии. *Базофильная зернистость эритроцитов* — также результат их ненормального созревания. Она представляется в виде синих зернышек на розовом фоне при обычной окраске фиксированного мазка. Ее не следует смешивать с зернистостью ретикулоцитов, выявляющейся только при суправитальной окраске. Базо-фильно-зернистые эритроциты встречаются при пернициозной (В12-дефицитной) анемии и некоторых интоксикациях,

особенно при свинцовом отравлении. **Тромбоциты.** Диаметр тромбоцитов 1,5—2,5 мкм. Число их в норме $180,0—320,0 \cdot 10^9/\text{л}$ (180 000—320 000 в 1 мкл) крови. При окраске по Романовскому—Гимзе различают центральную часть — грануломер с обильной азурофильной зернистостью и окружающий его незернистый гиаломер. При значительном снижении числа тромбоцитов — *тромбоцитопении* — отмечается склонность к кровоточивости. Критической цифрой, при которой наступает геморрагия, считают $30,0 \cdot 10^9/\text{л}$ (или 30 000 в 1 мкл). Тромбоцитопения встречается при поражении костного мозга возбудителями инфекции, ионизирующей радиацией, приеме некоторых лекарственных препаратов и при аутоиммунном процессе,

тромбоцитоз — после кровотечений, при полицитемии, злокачественных новообразованиях. Для определения числа тромбоцитов необходимо предотвратить их агглютинацию. Для этого на место укола пальца наносят каплю 14% раствора сульфата магния. Кровь, вытекая из ранки, сразу смешивается с этим раствором. Из их смеси делают мазки, которые фиксируют и окрашивают по Романовскому—Гимзе вдвое дольше, чем мазки крови. Пользуясь окошечком (как при подсчете ретикулоцитов), сосчитывают по полям зрения 1000 эритроцитов и все встретившиеся при этом тромбоциты. Затем, зная число эритроцитов в 1 мкл, высчитывают число тромбоцитов в 1 мкл и в 1 л крови. Кроме косвенного подсчета тромбоцитов, можно произвести и прямой в счетной камере, применив разведение крови в смесителе специальными растворителями, например 1% раствором оксалата аммония. Подсчет производят в фазово-контрастном микроскопе. Этот метод дает более точные результаты, чем косвенный подсчет. При некоторых заболеваниях кроветворных органов подсчитывают «тромбоцитарную формулу». Различают тромбоциты юные, зрелые, старые, отличающиеся по величине, форме, окраске, структуре; иногда появляются и «дегенеративные» формы. Изменения морфологического состава крови должны использоваться при постановке диагноза заболевания не изолированно, а обязательно в комплексе с другими данными обследования больного. **Определение скорости оседания эритроцитов (СОЭ).** Оседание эритроцитов раньше несколько неточно называли реакцией оседания эритроцитов (РОЭ), хотя никакой реакции здесь

не происходит. В токе крови эритроциты, несущие отрицательный заряд, взаимно отталкиваются, что препятствует их склеиванию. Вне кровеносных сосудов в крови, предохраненной от свертывания каким-либо антикоагулянтом и набранной в вертикально стоящий сосуд, эритроциты начинают оседать под влиянием силы тяжести, а затем происходит их агломерация — соединение в группы, которые вследствие большей силы тяжести оседают быстрее. Агломерации способствуют некоторые белковые компоненты плазмы (глобулины, фибриноген) и мукополисахариды, поэтому процессы, приводящие к увеличению их содержания в крови, сопровождаются ускорением оседания эритроцитов. Оно наблюдается при большинстве воспалительных процессов, инфекциях, злокачественных опухолях, коллагенозах, амилоидозе, распаде тканей и в известной мере пропорционально тяжести поражения. Для некоторых заболеваний характерно отсутствие ускорения оседания эритроцитов в начальном периоде болезни (вирусный гепатит, брюшной тиф) или замедление его (сердечная недостаточность). Оседание эритроцитов редко служит самостоятельным диагностическим симптомом, но позволяет судить об активности процесса. Особое значение СОЭ придают в этом смысле при туберкулезе, ревматизме, коллагенозах. СОЭ не всегда меняется параллельно другим показателям активности. Так, она запаздывает по сравнению с лейкоцитозом и

повышением температуры тела при аппендиците или инфаркте миокарда и нормализуется медленнее их. Нормальная СОЭ не исключает заболевания, при котором она обычно увеличена; наряду с этим повышения СОЭ не бывает у здоровых людей. Наиболее широкое применение в нашей стране нашел способ определения СОЭ по Панченкову. В капилляр Панченкова шириной 1 мм, имеющий 100 делений по 1 мм каждое, набирают до отметки 50 5% раствор цитрата натрия, который затем выдувают на часовое стекло или в пробирку. Уколов палец, в тот же капилляр набирают кровь 2 раза до отметки 100 мл. Для этого капилляр горизонтально приставляют к вытекающей капле крови, которая вследствие капиллярных сил поступает в пипетку. Кровь перемешивают с реактивом (соотношение 4:1), смесь набирают в капилляр до метки 0 (100 делений) и ставят в штатив Панченкова строго вертикально. Через час отмечают число миллиметров отстоявшегося столбика плазмы. Норма для мужчин 2—10 мм/ч, для женщин — 2—15 мм/ч.

1

. Какой синдром развивается в результате прогрессирующей и необратимой деструкции нефронов независимо от вызвавшей ее причины:

- * хроническая почечная недостаточность
- острая почечная недостаточность
- нефротический синдром
- эклампсия

2. Проявлением какого синдрома является внезапное, быстрое, но потенциально обратимое нарушение функции почек, достаточное, чтобы привести к накоплению азотистых шлаков в жидкостях организма:

- * острая почечная недостаточность
- хроническая почечная недостаточность
- нефротический синдром
- эклампсия

3. К острой почечной недостаточности могут привести все причины, кроме:

* прогрессирующая и необратимая деструкция нефронов

значительное уменьшение перфузии почечных сосудов

препятствие оттоку мочи на любом уровне мочевыводящих путей

результат тяжелого поражения любого отдела почки (острый канальцевый некроз, острый гломерулонефрит и др.)

4. Пути инфицирования почечных лоханок и интерстиция:

- * все выше перечисленные
- гематогенное распространение
- лимфогенное распространение
- восходящий путь

5. Для больных с ХПН в начальной стадии характерны все ниже перечисленные признаки, кроме:

- * колебание плотности мочи в пределах 1008-1020
- полиурия

- никтурия
гипостенурия
6. Проявлением какого заболевания являются жалобы на внезапно возникшие озноб, повышение температуры до 38-39 °C, ноющие боли в пояснице, дизурические расстройства, головную боль, иногда тошноту, рвоту:
* острый пиелонефрит
ХПН
острый цистит
острый гломерулонефрит
7. Какой синдром характеризуется внезапным возникновением нарастающих отеков, гематурии и протеинурии, артериальной гипертензии сочетающихся с признаками нарушения функции почек (снижение СКФ, азотемия):
* остонефритический
нефротический
острая почечная недостаточность
эклампсия
8. Проявлением острого гломерулонефрита могут быть все признаки, кроме:
* указание в анамнезе на перенесенные ранее заболевания почек, проявлявшиеся изменением в моче
возникновение заболевания через 2-3 недели после перенесенной инфекции, чаще стрептококковой
манифестацию заболевания любым проявлением остонефритического синдрома (отеки, симптомы артериальной гипертензии, гематурия, протеинурия)
отсутствие анамнестических данных об изменениях в анализах мочи, повышении АД, отеках
9. Дифференцировать острый гломерулонефрит от остонефритического синдрома при обострении хронического гломерулонефрита помогает:
* биопсия почек
УЗИ почек
внутривенная урография
сцинтиграфия почек
10. Какой признак не характерен для патологии клубочкового аппарата:
* бактериурия
гематурия
цилиндрурия
протеинурия
11. Какой признак наиболее характерен для ХПН ?
* азотемия
полиурия
анемия
гиперкалиемия

12. Для амилоидоза почек мало характерно:
* макрогематурия
отеки
массивная протеинурия
гипоальбуминемия
13. К вторичному амилоидозу почек могут привести все заболевания, кроме:
* сахарный диабет
туберкулез легких
ревматоидный артрит
абсцесс легких
14. Укажите вариант хронического гломерулонефрита, проявляющийся минимальными изменениями со стороны мочи (протеинурия, гематурия, небольшая лейкоцитурия):
* латентный
нефротический
гематурический
гипертонический
15. Какой вариант хронического гломерулонефрита характеризуется выраженными отеками, олигурией, массивной протеинурией, высокой гипертензией ?
* смешанный
латентный
нефротический
гематурический
16. Для какого варианта хронического гломерулонефрита характерны гипоальбуминемия (до 30 г/л), выраженная протеинурия (более 3,5 г белка в сутки):
* нефротический
латентный
гематурический
гипертонический
17. Какой вариант хронического гломерулонефрита встречается редко, характеризуется благоприятным течением (редким развитием ХПН):
* гематурический
латентный
нефротический
гипертонический
18. Наиболее информативный метод диагностики варианта хронического гломерулонефрита:
* биопсия почек
исследование мочи
УЗИ почек
внутривенная урография
19. Самый надежный метод разграничения нефрита и амилоидоза почек:
* морфологическое исследование биоптата слизистой прямой кишки или ткани десны

исследование мочевого осадка
УЗИ почек

20. Характерная триада симптомов для гломерулонефрита:

- * гипертония, отеки, изменения в моче
- боли в пояснице, лихорадка, изменения в моче

гипертония, дизурия, изменения в моче

21. Обнаружение в моче клеток Штейнгеймера-Мальбина является признаком:

- * пиелонефрита
- амилоидоза почек
- хронического гломерулонефрита
- мочекаменной болезни

22. Появление в моче лейкоцитурии и бактериурии (более 10⁵ бактерий в 1мл мочи) предполагает наличие у больного заболевания:

- * пиелонефрит
- гломерулонефрит
- амилоидоз почек
- поликистоз почек

23. Какие изменения со стороны мочи расцениваются как проявление почечной недостаточности:

- * максимальная плотность мочи в пробе Зимницкого 1011
- протеинурия более 3,5 грамм в сутки
- макрогематурия
- выраженная цилиндрурия

24. Для гломерулонефрита характерны все признаки, кроме:

- * значительная бактериурия
- отеки
- гипертензия
- гематурия

25. Какое заболевание почек предполагает обнаружение в моче лейкоцитарных цилиндров

- * пиелонефрит
- гломерулонефрит
- амилоидоз почек
- туберкулез почек

26. Для какого заболевания почек характерны рентгенологические признаки: размытые границы почечных лоханок, деформация почечных чашечек, сужение и втянутость шеек, сморщенная кора почек ?

- * пиелонефрит
- гломерулонефрит
- амилоидоз почек
- туберкулез почек

27. Специфические изменения костного мозга обнаруживаются при:

- * все вышеперечисленные состояния
- B12-дефицитная анемия
- лейкоз
- миеломная болезнь

28. Для диагностики конкретного вида анемии не имеет существенного значения:

- * определение времени кровотечения
- общий анализ крови с подсчетом ретикулоцитов и тромбоцитов

цитохимическое исследование крови и пунктатов костного мозга

определение осмотической резистентности эритроцитов, пробы Кумбса, содержания билирубина крови, гематокрита

29. Какой симптом обусловлен воздействием продуктов распада эритроцитов и лейкоцитов ?

- * лихорадка
- кожный зуд
- астения
- повышенная кровоточивость

30. Длительно не останавливающееся кровотечение характерно для:

- * гемофилии
- лейкозы
- анемии

31. Причиной болей при заболеваниях крови типа колики в правом подреберье являются:

- * пигментные камни в желчном пузыре
- гепатомегалия
- дискинезия желчевыводящих путей

32. Доказательным признаком анемизации является:

- * бледность слизистых
- землисто-серый оттенок кожи
- желтушный оттенок кожи

МЕТОД «ТРЕХСТУПЕНЧАТОГО ИНТЕРВЬЮ»

В каждый группе (по 3 чел.) распределяются роли: «врач», «больной», «эксперт-ВОП», «Больным» анонимно сообщается диагноз. Каждая группа проводит консультацию в течение 10-15 мин, «эксперт» оценивает и записывает действия врача в 3 раздела:

1. что сделано правильно ;
2. что сделано неправильно;
3. как надо было сделать.

Каждая группа демонстрирует консультацию с комментариями эксперта, которые оцениваются всеми участниками обучения. Другой вариант-студенты выступают в роли экспертов на реальной консультации врача и больного в поликлинике, обсуждение проводится всей группой и педагогом.

Этот метод может быть организован с примененном ОКП.

Оценка знание студентов.

Тема	86-100 балл отл	71-85 балл хорошо	55-70 балл удов	Меньшее 54 балл неудов
	Имеет достаточное теоретическое знание по развитию механизма данного заболевания. При ситуационных состояниях может применять необходимое решение. Имеет творческого мышления. Может дифференцировать клинические симптомы при разных патологиях. Самостоятельно составляет план обследования и лечения больных с данным заболеванием.. Имеет конспект по данному тему. Активно участвует при опросе	Имеет теоретическое знание по развитию механизма данного заболевания. При ситуационных состояниях может применять необходимое решение. Может поставить предварительный диагноз. Затрудняется при дифференциальной диагностике разных заболеваний. Составляет план обследования и лечения больных, но неполноценно Имеет конспект по данному тему	Имеет представление о данном заболевании. При дифференцировке затрудняется. Не имеет клинического мышления. Имеет теоретическое знание по диагностике анемического синдрома.	Не имеет представление данного заболевания. Не может объяснить этиопатогенез, клинику и диагностику. Не имеет конспекта.

Самостоятельная работа Симптоматология анемий и лейкозов.Симптоматология хлороза

Симптоматология лейкозов. Острые и хронические (миелолейкоз и лимфолейкоз). Расспрос больных при заболеваниях патологии желез внутренней секреции (жалобы, анамнез, наследственные факторы). Общий осмотр и осмотр отдельных частей тела.

ОБЩАЯ ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ: Научить студентов симптоматиологии лейкозов.

Научиться диагностировать хроническую надпочечниковую недостаточность и гиперкортицизм.

КОНКРЕТНЫЕ ЗАДАЧИ:

1. Изучить этиологию, патогенез и классификацию лейкозов.
2. Рассмотреть общую симптоматику лейкозов.
3. Научить студентов распознавать симптомы, характерные для лейкозов.
4. Научить студентов распознавать клинические проявления миелолейкоза.
5. Научить студентов распознавать лимфолейкоз.
6. Рассмотреть синтез, секрецию гормонов коры надпочечников.
7. Рассмотреть физиологические эффекты гормонов коры надпочечников и механизм их действия . 8.Рассмотреть лабораторные и инструментальные методы исследования заболеваний коры надпочечников.
9. Изучить этиологию, патогенез,симптоматологию и методы лабораторной и инструментальной диагностики хронической надпочечниковой недостаточности.
- 10.Изучить этиологию, патогенез, клиническую картину и методы лабораторной и инструментальной диагностики тотального гиперкортицизма.

1. Модель технологии практического обучения.

Время занятия – 4 часа	Число студентов: от 10 до 12
Форма занятия	практическое занятие
План практического занятия	Симптоматология лейкозов. Острые и хронические (миелолейкоз и лимфолейкоз). Расспрос больных при заболеваниях патологии желез внутренней секреции (жалобы, анамнез, наследственные факторы). Общий осмотр и осмотр отдельных частей тела.
Цель занятия:	Обучить студентов симптоматики лейкозов, расспросу больных при патологии желез внутренней секреции
Методы обучения	Опрос. Демонстрация больных , интерактивный метод обучения, беседа. Практические навыки.
Формы обучения	Малыми подгруппами
Средства обучения	Учебное пособие, содержание практических занятий, проектор, компьютер
Обстоятельство обучения	Методически оборудованная аудитория
Мониторинг и оценивание	Устный контроль: вопрос-ответ, тесты, ситуационные задачи

Технологическая карта практического занятия

№	Этапы и время проведения занятия	Обучающий	Учащиеся

	Подготовительный этап (10 мин)	1.Контролирует чистоту аудитории. 2.Проверяет подготовленность студентов 3.Проверяет посещаемость студентов.	
1	Этап введения учебного процесса (10 мин)	1.Подготовка к учебной теме 2.Подготовка слайдов, мультимедий, видеокассет.	
2	Основной этап (150 мин)	1.Разделить группу на малые группы, задаём вопросы по теме. 2.Используем учебные плакаты 3.Показ слайдов и мультимедии. 4.Курация больных 5.Проводим обобщение и заключение данных сведений, оцениваем активных и пассивных студентов.	Разделяются на малые группы Смотрят участвуют слушают и отвечают на вопросы Курация больных
1 1	Заключительный этап 10 (мин)	1.Итоги занятия 2.Самостоятельная работа. 3.Домашнее задание	Слушают записывают

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ.

- 1.Лейкоз понятие.
2. Классификация лейкоза.
3. Патофизиология лейкоза .
4. Лейкоз. Понятие, этиология, патогенез.
5. Клинические признаки лейкозов.
6. Клиническая картина лейкозов, принципы лечения.
7. Общие признаки гемолиза эритроцитов.
8. Миелолейкоз, понятие, этиология, патогенез.
9. Лимфолейкоз, клиническая картина.
- 10.Лабораторные исследования, необходимые для подтверждения диагноза лейкозов.
11. Анатомия надпочечников.
12. Синтез, секреция гормонов коры надпочечников.
13. Физиологическая роль глюкокортикоидов (кортизол, кортикостерон).
14. Физиологическая роль минералокортикоидов (альдостерон, 11-дезоксикортикостерон)
15. Регуляция секреции гормонов коры надпочечников.
- 16.Лабораторные методы исследования функционального состояния надпочечников (17-кетостероиды суточной мочи, кортизол, АКТГ плазмы крови, альдостерон, дезоксикортикостерон плазмы крови).
- 17.Инструментальные методы диагностики заболеваний коры надпочечников (прицельная рентгенография, томография забрюшинного пространства с пневморетроперитонеумом, селективная ангиография, сцинтиграфия, компьютерная томография, эхография, магнитно-ядерный резонанс).

18. Этиология и патогенез хронической надпочечниковой недостаточности.
19. Жалобы больных с хронической надпочечниковой недостаточностью.
20. Симптомы хронической надпочечниковой недостаточности, выявляемые при осмотре больных.
21. Нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы при ХНН.
22. Изменения со стороны крови при ХНН.
23. Степени тяжести при Аддисоновой болезни.
24. Лечение Аддисоновой болезни.
25. Гиперкортицизм, понятие, патоморфология.
26. Изменение белкового, жирового и углеводного обмена при глюкостереоме (кортикостероме)
27. Жалобы больных при синдроме Иценко-Кушинга.
28. Симптомы гиперкортицизма, выявляемые при общем осмотре.
29. Нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы при синдроме Иценко-Кушинга.
30. Течение, лечение и прогноз синдрома Иценко-Кушинга.

Острые лейкозы

Острый лейкоз (leucosis acuta) характеризуется неукротимой пролиферацией наиболее молодых (бластных) элементов крови с нарушением их последующей дифференцировки, а также развитием очагов патологического кроветворения в различных органах. Наиболее часто встречаются его лимфо- и миелобластный варианты (острый лимфолейкоз, острый миелолейкоз). Острый лейкоз наблюдается в любом возрасте, чаще болеют мужчины и женщины в возрасте 20—30 лет.

Патологоанатомическая картина. Кожа и внутренние органы малокровны. На слизистых оболочках, особенно зева и рта, а нередко на коже имеются некротические язвы, множественные кровоизлияния. Кровоизлияния имеются и во внутренних органах. Лимфатические узлы, селезенка и печень умеренно увеличены, при гистологическом исследовании эти органы и костный мозг оказываются как бы нафаршированными недифференцированными клетками крови — бластами. **Клиническая картина.** В большинстве случаев начало острого лейкоза острое или подострое — с высокой температурой ремиттирующего или гектического типа, проливными потами, ознобом, резкой слабостью, недомоганием, болями в костях и другими общими симптомами, напоминающими тяжелое острое септическое заболевание. Нередко одними из первых являются *жалобы* на боли в горле при глотании, возникающие в результате некротических изъязвлений слизистой оболочки глотки и зева. Вот почему во многих случаях заболевание вначале расценивается как некротическая ангина, и только дальнейшее наблюдение за больным и данные исследования крови и пунктатов костного мозга позволяют поставить правильный диагноз. Лихорадка, озноб и поты, столь характерные для острого лейкоза, объясняются пирогенным действием пуриновых веществ, освобождающихся в огромном количестве при распаде незрелых лейкоцитов. Причиной лихорадки может быть также вторичная инфекция, присоединяющаяся, как правило, в ходе развития заболевания: несмотря на резко усиленную продукцию, белые кровяные клетки в функциональном отношении неполноценны, поэтому резистентность организма больных лейкозом к различным инфекционным заболеваниям снижена. В других случаях заболевание начинается постепенно с малозаметных вначале *общих симптомов*: некоторая слабость, недомогание, быстрая утомляемость, субфебрильная температура. Затем состояние больного ухудшается и развивается полная клиническая картина болезни, возникает анемия, появляются разнообразные геморрагические осложнения, присоединяется вторичная инфекция. При *общем осмотре* у

многих больных почти с самого начала заболевания общее состояние расценивается как тяжелое. В терминальном периоде болезни оно крайне тяжелое: больной находится в бессознательном состоянии. Кожа бледная, иногда с желтоватым оттенком, влажная, тургор ее снижен. Определяются следы подкожных и внутрикожных кровоизлияний. Положительны симптомы «жгута» и «щипка», отмечаются кровоизлияния в местах бывших инъекций. Возможны некрозы, пролежни. Раньше всего появляются и бывают наиболее выражены некрозы слизистых оболочек, особенно зева и рта. Очень характерны язвенно-некротическая ангина, гингивит, стоматит. Некротические поверхности покрыты трудно снимаемым налетом грязно-серого или желтоватого цвета,

под которым обнаруживаются длительно кровоточащие язвы. Из рта больного исходит неприятный гнилостный запах. При *пальпации* определяется увеличение отдельных групп лимфатических узлов, селезенки, печени. Отмечаются расширение границ сердца, тахикардия, систолический шум на верхушке вследствие дистрофических процессов в сердечной мышце и малокровия. Возможны перикардиты, плевриты. Для каждой гематологической формы лейкоза характерны некоторые особенности клинического течения болезни, однако это наблюдается не всегда. В *крови* определяется значительное увеличение числа лейкоцитов до 100-10 9/л и даже 200-10 9/л, редко больше (рис. 147). Однако могут встречаться сублейкемические варианты болезни. В ряде случаев в начальном периоде острого лейкоза имеется лейкопения, которая затем сменяется лейкоцитозом. Наиболее характерным

гематологическим признаком болезни является присутствие в периферической крови рано начальных бластных клеток. Морфологически все бластные клетки имеют одинаковый вид, но с помощью специальных цитохимических реакций их можно

дифференцировать. Преобладание тех или иных клеточных форм определяется

гематологическим вариантом лейкоза (острый лимфобластный, острый миелобластный, острый монобластный и др.). Количество незрелых форм может достигать 95 и даже 99%. Нередко лейкозные клетки имеют некоторые особенности в структуре ядра и цитоплазмы отражающие их «дефектность». В большинстве случаев острого лейкоза в крови определяются только наиболее молодые и зрелые клетки, промежуточные формы отсутствуют, что обозначается как лейкемический провал (*hiatus leucaemicus*). Эозинофилы и базофилы отсутствуют, содержание других клеточных форм резко уменьшено не только в процентном, но и в абсолютном исчислении. Наблюдаются тромбоцитопения и анемия, которые объясняются вытеснением мегакариоцитов и эритробластов из костного мозга бурно размножающимися бластными клетками, а также односторонним развитием их преимущественно в сторону лейкопоза. Анемия может усиливаться в результате геморагии и кровотечений, свойственных этой болезни, а также вследствие усиления гемолиза эритроцитов. Свертываемость крови и время кровотечения в большинстве случаев нарушены, СОЭ резко увеличена. В *пунктате костного мозга* 80—90% клеток составляют лейкозные бластные клетки, которые вытесняют другие клеточные элементы.

Течение. Прогрессирующее. Прогноз крайне неблагоприятный. Средняя продолжительность жизни больных около 2 мес, в отдельных случаях — от 2 дней до 1 1/2

лет. Однако современные средства терапии позволяют продлить жизнь больных до 2—3 и даже до 5 лет и более. **Лечение.** Проводится в специализированных гематологических лечебных учреждениях по специальным программам; больных помещают в «стерильные» палаты (боксы). Разрабатываются методы трансплантации костного мозга (после лекарственного уничтожения лейкозных клеток). Производится комплексная терапия (включающая 3—5 препаратов) с учетом клинико-гематологического варианта болезни. Обычно назначают кортикостероидные

препараты, например преднизолон в больших дозах в сочетании с цитостатическими средствами (меркаптопурин, винкристин, метотрексат и др.). Для устранения анемизации показаны гемотрансфузии, прием средств, предупреждающих геморрагические осложнения (викасол, кальция хлорид, кислота аминкапроновая). При возникновении вторичной инфекции назначают антибиотики. Целесообразно введение в организм больного большого количества витаминов.

Хронический миелолейкоз

Хронический миелолейкоз (myeloleucosis chronica) — наиболее часто встречающаяся разновидность лейкозов. Хронический миелолейкоз возникает из клеток-

предшественников миелопоэза. Для него характерны миелоидная гиперплазия костного мозга, сопровождающаяся задержкой созревания миелоидных элементов в определенной стадии развития, и миелоидная метаплазия селезенки, печени, лимфатических узлов и других органов. Кариологическое исследование в подавляющем большинстве случаев обнаруживает в клетках миелоидного ростка так называемую филадельфийскую (Ph) хромосому. Хронический миелолейкоз встречается в любом возрасте, но чаще всего в 20 —45 лет.

Патологоанатомическая картина. Внутренние органы бледные, анемичные, селезенка резко увеличена, плотная, нередко в ней видны следы перенесенных ишемических инфарктов и свежие инфаркты. При микроскопии ее фолликулы не выявляются, определяется диффузное разрастание миелоидной ткани. Печень увеличена по ходу печеночных капилляров, по перипортальным прослойкам обнаруживаются

миелоидные разрастания. Лимфатические узлы несколько увеличены, на разрезе серо-красного цвета. В них, как и в других органах, определяются участки миелоидной ткани. Костный мозг сочный, ярко-красного или серо-красного цвета, в трубчатых костях он в большей или меньшей степени вытесняет желтый костный мозг. Красный костный мозг представлен в основном миелоидными элементами; чем острее процесс, тем больше преобладание менее дифференцированных элементов.

Клиническая картина. Начальные симптомы заболевания неопределенны: слабость, утомляемость, повышенная потливость, субфебрильная температура. Постепенно эти симптомы усиливаются, что обычно и приводит больного к врачу. Резко снижается трудоспособность, нарастает слабость, поты становятся проливными, температура тела периодически повышается до 37,5—39 °С, нарастает истощение. Частым симптомом бывает тяжесть в левой половине живота, объясняющаяся значительным увеличением селезенки. Могут появиться боли вследствие значительного растяжения селезеночной капсулы. При инфаркте селезенки боли имеют резкий характер, усиливаются при дыхании. Нередко возникают боли в костях, что обусловлено гиперплазией миелоидной ткани.

1. В коре надпочечников вырабатываются все гормоны, кроме:
 - * адреналин
 - кортизол
 - прогестерон
 - альдостерон
2. Отсутствие или значительное снижение какого гормона надпочечников приводит к артериальной гипотонии ?
 - * альдостерон
 - тестостерон
 - адреналин
3. Значительное снижение или отсутствие какого гормона обуславливает отсутствие роста волос на лобке ?
 - * тестостерон
 - кортизол
 - адреналин
 - альдостерон
4. Снижение или прекращение секреции какого гормона коры надпочечников вызывает мышечную атрофию ?
 - * тестостерон
 - кортизол
 - адреналин
 - альдостерон
5. Снижение продукции какого гормона приводит к снижению содержания в крови Na^+ , HCO_3^- , Cl^- и повышению концентрации K^+ ?
 - * альдостерон
 - кортизол
 - тестостерон
 - адреналин
6. С отсутствием или значительным снижением какого гормона надпочечников связано возникновение пигментации кожи ?
 - * кортизол
 - тестостерон
 - адреналин
 - альдостерон
7. Развитие ахлоргидрии и анорексии связано с отсутствием или снижением:
 - * кортизол
 - тестостерон
 - адреналин
 - альдостерон
8. Недостаточность какого гормона обуславливает задержку калия, гиперкалиемию и нарушение сердечного ритма ?
 - * альдостерон
 - катехоламины
 - кортикостероиды
9. Вторичная недостаточность надпочечников обусловлена:
 - * патология гипофиза
 - аутоиммунные процессы в надпочечниках
 - деструкция надпочечников туберкулезным процессом
 - ятрогенные воздействия (двусторонняя адреналэктомия, длительная стероидная терапия)
10. Причиной первичной недостаточности надпочечников является все, кроме:
 - * патология гипофиза
 - аутоиммунные процессы в надпочечниках
 - деструкция надпочечников туберкулезным процессом
 - ятрогенные воздействия (двусторонняя адреналэктомия, длительная стероидная терапия)

11.Как реагируют здоровые надпочечники на тест с АКТГ ?

* повышение экскреции с мочей 17-КС и 17-ОКС и повышение уровня кортизола в сыворотке
отсутствие ответа в виде повышения экскреции кортизола с мочей и повышения уровня кортизола в сыворотке

12.Какие результаты теста с АКТГ характерны для первичной надпочечниковой недостаточности ?

* отсутствие ответа в виде повышения экскреции кортизола с мочей и повышения уровня кортизола в сыворотке
повышение экскреции с мочей 17-КС и 17-ОКС и повышение уровня кортизола в сыворотке

13.Какой симптом определяется у больных с первичной недостаточностью коры надпочечников и отсутствует у больных с вторичной недостаточностью коры надпочечников:

* гиперпигментация кожи и слизистых
снижение массы тела
снижение АД
выраженная слабость

14.Пучковая зона надпочечников продуцирует преимущественно:

* кортикостероиды (кортизон и кортикостерон)
альдостерон
адреналин
андрогены и эстрогены

15.Клубочковой зоной коры надпочечников секретируется:

* альдостерон
кортикостероиды (кортизон и кортикостерон)
адреналин
андрогены и эстрогены

16.Сетчатая зона надпочечников продуцирует:

* андрогены и эстрогены
кортикостероиды (кортизон и кортикостерон)
альдостерон
адреналин

17.Какой инструментальный метод исследования надпочечников является наиболее информативным?

* компьютерная томография
рентгенологический

радиоизотопное сканирование

18.Для изучения глюкокортикоидной функции коры надпочечников применяются все пробы, кроме:

* пробы с нагрузкой углеводами и преднизолоном
проба с нагрузкой АКТГ
определение кортикостероидов в крови и моче
определение 17-КС в моче

19.К методам изучения минералокортикоидной функции надпочечников не относится:

* проба с нагрузкой углеводами
определение минералокортикоидов в крови
определение минералокортикоидов в моче

20.Наиболее частой причиной хронической надпочечниковой недостаточности является:

* туберкулез
двухсторонняя адреналэктомия
амилоидоз
сифилис

21.С дефицитом какого гормона надпочечников связана непереносимость стрессов и возникновение симптомов нарушения психики ?

- * кортизол
- катехоламины
- альдостерон

22.С дефицитом какого гормона надпочечников связана потеря Na с мочей, в результате чего возникает гиповолемия, снижение сердечного выброса, слабость, гипотензия ?

- * альдостерон
- катехоламины
- кортизол

23.Наиболее частой причиной острой надпочечниковой недостаточности коры надпочечников является:

- * кровоизлияние в кору надпочечников
- грипп
- дифтерия

24.Проявлением какого состояния является быстро нарастающая слабость, появление одышки, гипотония, адинамия, развитие коллапса, потеря сознания.

- * острая надпочечниковая недостаточность
- хроническая надпочечниковая недостаточность
- гипоальдостеронизм

25.К типичным жалобам больных с хронической надпочечниковой недостаточностью относится все, кроме:

- * повышение аппетита
- общая слабость
- потеря аппетита
- похудание

26. Повышение числа лейкоцитов при инфекционных заболеваниях чаще всего связано с увеличением:

- * нейтрофилов
- эозинофилов
- лимфоцитов
- моноцитов

27. О каком заболевании можно думать при выявлении гиперлейкоцитоза

(50-200 х 10⁹ /л)?

- *лейкоз
- пневмония
- карбункул
- острый холецистит

28. Моноцитоз может выявляться при:

- * при всем выше перечисленном
- туберкулезе
- сифилисе
- малярии

29. Эозинофилия (до 20 % в лейкограмме) может выявляться при всех заболеваниях, кроме:

- *фурункулез
- бронхиальная астма
- экзема
- собачий, кошачий токсокароз (глистная инвазия)

30. Нейтрофильный лейкоцитоз с резким сдвигом влево может иметь место при всех заболеваниях кроме:

- *глистная инвазия
- острый гангренозный холецистит

тяжелый лекарственный дерматит
перитонит

31. О каком заболевании можно думать при появлении у больного после легкого ушиба обширной, глубокой, болезненной гематомы в области правого бедра:

*гемофилия

- геморрагический васкулит
- болезнь Верльгофа
- болезнь Рандю-Ослера

32. Для какого заболевания характерны носовые, десневые, маточные кровотечения, синяковость, тромбоцитопения:

*тромбоцитопеническая пурпура
гемолитическая анемия
гемофилия
болезнь Шенлейна-Геноха

Метод «снежков»

Две группы студентов совместно обсуждают одну проблему или ситуацию с целью набора наибольшего числа правильных ответов. Например, такие задания как описание симптомов острого холецистита и с какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику синдрома болей в животе. Каждый правильный ответ записывается как балл этой группе в ряде «снежков». Группе получившей наибольшее число баллов, ставят отличные оценки. Этот метод может быть организован с применением ОКП.

Оценка знания студентов.

Тема	86-100 балл отл	71-85 балл хорошо	55-70 балл удов	Меньше 54 балл неудов
	Имеет достаточное теоретическое знание по развитию механизма данного заболевания. При ситуационных состояниях может применять необходимое решение. Имеет творческого мышления. Может дифференцировать клинические симптомы при разных патологиях. Самостоятельно составляет план обследования и лечения больных с данным заболеванием.. Имеет конспект по данному тему. Активно участвует при опросе	Имеет теоретическое знание по развитию механизма данного заболевания. При ситуационных состояниях может применять необходимое решение. Может поставить предварительный диагноз. Затрудняется при дифференциальной диагностике разных заболеваний. Составляет план обследования и лечения больных, но неполноценно Имеет конспект по данному тему	Имеет представление о данном заболевании. При дифференцировке затрудняется. Не имеет клинического мышления. Имеет теоретическое знание по диагностике анемического синдрома.	Не имеет представление о данном заболевании. Не может объяснить этиопатогенез, клинику и диагностику. Не имеет конспекта.

Самостоятельная работа Симптоматология эритримии. Сахарный диабет. Сравнительная диагностика гипер и гипогликемической ком. Тиреотоксикоз. Пальпация щитовидной железы.

Симптоматология заболеваний щитовидной железы (гипо и гипертериоз). Симптоматология сахарного диабета. Понятие о диабетической и гипогликемической комах. Принципы неотложной помощи.

ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ:

Научить диагностике заболеваний щитовидной железы

КОНКРЕТНЫЕ ЗАДАЧИ:

1. Гипо и гипертериоз.
2. Симптоматология сахарного диабета.
3. Понятие о диабетической и гипогликемической комах.
4. Принципы неотложной помощи.

1. Модель технологии практического обучения.

Время занятия – 4 часа	Число студентов: от 10 до 12
Форма занятия	практическое занятие
План практического занятия	Симптоматология заболеваний щитовидной железы (гипо и гипертериоз). Симптоматология сахарного диабета. Понятие о диабетической и гипогликемической комах. Принципы неотложной помощи.
Цель занятия:	Обучить студентов симптоматики заболеваний щитовидной железы и сахарного диабета. Дать понятие о диабетической и гипогликемической комах.
Методы обучения	Опрос. Демонстрация больных , интерактивный метод обучения, беседа. Практические навыки.
Формы обучения	Малыми подгруппами
Средства обучения	Учебное пособие, содержание практических занятий, проектор, компьютер
Обстоятельство обучения	Методически оборудованная аудитория
Мониторинг и оценивание	Устный контроль: вопрос-ответ, тесты, ситуационные задачи

Технологическая карта практического занятия

№	Этапы и время проведения занятия	Обучающий	Учащиеся
	Поготовительный этап (10 мин)	1.Контролирует чистоту аудитории. 2.Проверяет	

		подготовленность студентов 3.Проверяет посещаемость студентов.	
1	Этап введения учебного процесса (10 мин)	1.Подготовка к учебной теме 2.Подготовка слайдов, мультимедий, видеокассет.	
2	Основной зап (150 мин)	1.Разделить группу на малые группы, задаём вопросы по теме. 2.Используем учебные плакаты 3.Показ слайдов и мультимедии. 4.Курация больных 5.Проводим обобщение и заключение данных сведений, оцениваем активных и пассивных студентов.	Разделяются на малые группы Смотрят участвуют слушают и отвечают на вопросы Курация больных
1 1	Заключительный этап 10 (мин)	1.Итоги занятия 2.Самостоятельная работа. 3.Домашнее задание	Слушают Записывают

ВОПРОСЫ ДЛЯ КОНТРОЛЯ:

1. Понятие о диффузно-токсическом зобе.
2. Этиология диффузно-токсического зоба.
3. Патогенез диффузно-токсического зоба.
4. Жалобы больных с гипертериозом.
5. Пальпация щитовидной железы
6. Назовите степен увеличения щитовидной железы
7. Перечислите глазные симптомы (по авторам)
8. Лабораторная и инструментальная диагностика гипертериоза.
9. Лечение гипертериоза.
10. Понятие о гипотериозе.
11. Причины гипотериоза.
12. Клинические симптомы гипотериоза.
13. Лечение гипотериоза.
14. Профилактика гипотериоза.

ЧАСТНАЯ ПАТОЛОГИЯ

ДИФФУЗНЫЙ ТОКСИЧЕСКИЙ ЗОБ

Диффузный токсический зоб (син.: базедова болезнь, morbus Basedowi) представляет собой диффузное увеличение щитовидной железы, сопровождающееся повышенной секрецией тиреоидных гормонов. Диффузный токсический зоб встречается у 0,2—0,5% населения, в основном у лиц в возрасте 20—50 лет, причем у женщин в несколько раз чаще, чем у мужчин.

Этиология и патогенез. По современным представлениям, диффузный токсический зоб относится к аутоиммунным заболеваниям. Полагают, что из-за дефицита Т-

супрессоров иммунокомпетентные Т-лимфоциты, реагируя с антигенами щитовидной железы, стимулируют выработку В-лимфоцитами аутоантител, которые в отличие от аутоантител при других аутоиммунных заболеваниях оказывают не блокирующее, а стимулирующее действие (тиреоидстимулирующие антитела). Взаимодействуя с рецепторами фолликулярного эпителия щитовидной железы, тиреоидстимулирующие антитела способствуют увеличению выработки тиреоидных гормонов.

В развитии иммунных нарушений при диффузном токсическом зобе большое значение имеют генетически обусловленные механизмы. Наследственная предрасположенность к данному заболеванию выявляется более чем у 30% больных диффузным токсическим зобом. У пациентов, страдающих этим заболеванием, и их ближайших родственников чаще, чем у здоровых лиц, обнаруживаются антигены гистосовместимости HLA-B8, наличие которых значительно повышает риск возникновения заболевания. Другие факторы, которым прежде придавалось решающее значение в развитии диффузного токсического зоба (психические травмы, острые и хронические инфекции, заболевания гипоталамо-гипофизарной системы и др.), играют, как считают сейчас, лишь вспомогательную (провоцирующую) роль в возникновении данного заболевания.

Клиническая картина. Действие избыточного количества тиреоидных гормонов на различные органы и системы определяет многообразие клинических симптомов

заболевания. Больные жалуются на повышенную возбудимость, раздражительность, плаксивость, нарушение сна, быструю утомляемость, повышенную потливость и плохую переносимость жаркой погоды, субфебрильную температуру, дрожание конечностей, учащенное сердцебиение, неустойчивый стул с склонностью к поносам, чувство давления и неловкости в области шеи, похудание, снижение работоспособности. При *осмотре* обращают на себя внимание многословие и суетливость больных, которые делают множество быстрых ненужных движений. Кожные покровы влажные, горячие на ощупь. Вследствие высокой эластичности кожных покровов и позднего образования морщин больные нередко выглядят моложе своих лет. Отмечается слабое развитие подкожного жирового слоя. При прогрессирующем похудании уменьшается и масса мышечной ткани. У некоторых больных обнаруживаются признаки претибиальной микседемы, обусловленной аутоиммунными механизмами и проявляющейся изменением кожных покровов передней поверхности голени, которые становятся плотными, отечными и приобретают багровую окраску.

Важным симптомом диффузного токсического зоба является увеличение щитовидной железы (зоб), которое обычно бывает равномерным (диффузным), причем при пальпации определяется мягкая консистенция щитовидной железы. Принято выделять 5 степеней увеличения щитовидной железы: I — прощупывается перешеек щитовидной железы; II — хорошо пальпируются боковые доли, а сама железа становится заметной при глотании; III — увеличение щитовидной железы отчетливо видно при осмотре («толстая шея»); IV — выраженный зоб, приводящий к изменению конфигурации шеи; V — зоб огромных размеров. При оценке той или иной степени увеличения щитовидной железы следует все же иметь в виду, что она не всегда коррелирует с тяжестью течения заболевания. У больных с диффузным токсическим зобом часто обнаруживают характерные глазные симптомы: повышенный блеск глаз, расширение глазной щели с обнажением полоски склеры над радужной оболочкой (симптом Дальримпля), редкое мигание (симптом Штельвага), ослабление конвергенции (симптом Мебиуса), гиперпигментация кожи век (симптом Еллинека). При движении глазного яблока вниз может появляться полоска склеры между верхним веком и радужной оболочкой (симптом Грефе; рис. 154). Такая же

полоска склеры между верхним веком и радужной оболочкой появляется и при движении глазного яблока вверх (симптом Кохера). Многие из названных глазных симптомов обусловлены изменением тонуса глаз от вигаельных мышц, иннервирующихся симпатической нервной системой. Более серьезным поражением глаз при диффузном токсическом зобе является офтальмопатия, которая возникает в результате аутоиммунных процессов и проявляется экзофтальмом, отеком век, слезотечением. В тяжелых случаях могут развиваться кератит, язвы роговицы, ее помутнение и другие изменения, приводящие к резким нарушениям зрения. При диффузном токсическом зобе часто отмечаются изменения деятельности сердечно-сосудистой системы. Типичным симптомом заболевания является тахикардия, при этом

частота пульса, составляющая у больных в покое 90—120 в минуту, может достигать при волнении и физической нагрузке 140—160 и более. В качестве характерной особенности тахикардии при диффузном токсическом зобе следует отметить то, что она плохо поддается лечению сердечными гликозидами. У больных повышается систолическое и снижается диастолическое артериальное давление, что приводит к увеличению пульсового давления. В результате токсического действия тиреоидных гормонов на миокард и развития *тиреотоксической кардиомиопатии* нередко возникают экстрасистолия, пароксизмы мерцательной аритмии, появляются признаки сердечной недостаточности. На ЭКГ обнаруживают увеличенную амплитуду зубцов *R*, *P* и *T*, иногда укорочение интервала *P—Q*, при прогрессировании

заболевания — депрессию интервала *S—T*, появление отрицательного зубца *T*.

При обследовании больных можно выслушать хлопающий *I* тон, а также систолический шум на верхушке сердца и над легочной артерией, связанный с нарушением функции папиллярных мышц и ускорением кровотока. На основании указанных симптомов некоторым больным с диффузным токсическим зобом ошибочно ставят диагноз порока сердца. У больных с диффузным токсическим зобом часто выявляется патология желудочно-кишечного тракта. Отмечаются повышение аппетита, рвота, приступы спастических болей в животе и поносы, связанные с усилением моторики кишечника. Избыток тиреоидных гормонов приводит к поражению печени с развитием тиреотоксического гепатита, а иногда и цирроза печени. При исследовании нервной системы, помимо описанных симптомов, выявляются дрожание всего тела (симптом «телеграфного столба»), языка, век, мелкий тремор пальцев вытянутых рук (симптом Мари). У больных с диффузным токсическим зобом часто выявляются и другие эндокринные расстройства: нарушения функции половых желез (изменения менструального цикла, самопроизвольные выкидыши и бесплодие), явления гипокортицизма, нарушения углеводного обмена. Изменения в анализах крови при диффузном токсическом зобе не являются специфичными. Могут обнаруживаться гипохромная анемия, лейкопения с относительным лимфоцитозом, увеличение СОЭ, гипохолестеринемия, гипергликемия. Диагноз диффузного токсического зоба подтверждается при обнаружении повышенного содержания белково-связанного йода в крови, высоких показателей поглощения ¹³¹I щитовидной железой, трийодтиронина (*T3*) и тироксина (*T4*), увеличения показателей основного обмена.

Течение и осложнения. По тяжести течения выделяют легкую, средне-тяжелую и тяжелую формы заболевания. При легкой форме частота пульса остается менее 100 в минуту, потеря массы тела не более 3—5 кг, показатели основного обмена превышают нормальные не более чем на 30%. При диффузном токсическом зобе средней степени тяжести частота пульса возрастает до 100—120 в минуту, потеря массы тела составляет 6—10 кг, а основной обмен повышается на 30—60% по отношению к должному. Тяжелая форма заболевания характеризуется прогрессирующим похуданием с развитием кахексии, выраженной тахикардией (свыше 120 в минуту), увеличением показателей основного обмена более чем на 60% по сравнению с нормой.

Могут присоединяться мерцательная аритмия, явления сердечной и надпочечниковой недостаточности, признаки поражения печени. Наиболее тяжелым осложнением диффузного токсического зоба, угрожающим жизни больного, является *тиреотоксический криз*. Его развитию способствуют стрессовые ситуации, оперативные вмешательства, инфекции. Тиреотоксический криз характеризуется быстрым поступлением в кровь большого количества тиреоидных гормонов и клинически проявляется резким усилением симптомов тиреотоксикоза. У больных повышается температура тела (до 38—40 °С), отмечается психическое возбуждение, возникает выраженная тахикардия (пульс до 150 ударов в минуту и более), нередко с пароксизмами мерцательной аритмии; наблюдаются сильные боли в животе, понос, иногда желтуха. В тяжелых случаях развиваются явления острой сердечно-сосудистой, печеночной и надпочечниковой недостаточности. Прогноз при диффузном токсическом зобе зависит от стадии течения болезни. В случае своевременного выявления и адекватного лечения прогноз остается достаточно благоприятным, возможно даже практическое выздоровление больных. Прогноз заболевания ухудшается при присоединении явлений сердечной и надпочечниковой недостаточности, признаков выраженного поражения печени.

Лечение. Больным, страдающим диффузным токсическим зобом, назначают препараты тироурацила (метилтиоурацил) и имидазола (мерказолил), блокирующие образование тиреоидных гормонов. По показаниям применяются также препараты йода, Р-адреноблокаторы (анаприлин, обзидан), перхлорат калия, препараты лития. В некоторых случаях проводится лечение радиоактивным ¹³¹I. При тяжелых формах тиреотоксикоза, отсутствии эффекта консервативной терапии и больших размерах зоба прибегают к хирургическому лечению (субтотальная резекция щитовидной железы). Для лечения тиреотоксического криза используют высокие дозы тиреостатических препаратов, глюкокортикостероидные гормоны, седативные средства, барбитураты.

1. Какие клетки поджелудочной железы вырабатывают инсулин:

- * бета-клетки
- альфа-клетки
- дельта-клетки
- клетки ацинусов

2. К контринсулярным гормонам относят все, кроме:

- * вазопрессин
- глюкагон
- катехоламины
- соматотропный гормон

3. Какие из нижеперечисленных симптомов нехарактерны для явного сахарного диабета:

- * нормогликемия натощак
- полидипсия
- полиурия
- гликозурия

4. Патогенез полиурии при сахарном диабете:

- * повышение осмотического давления в канальцах вследствие гликозурии
- понижение осмотического давления в канальцах вследствие гликозурии
- повышение клубочковой фильтрации

5. Симптомами сахарного диабета являются все, кроме:

- * анорексия
- полиурия
- гипергликемия
- гликозурия

6. Укажите нормальное содержание глюкозы в крови натощак в ммоль/л по методу Хагедорна-Йенсена:

- * 4,4-6,6
- 10 - 15
- 1,3-3,1
- 6,6- 7,8

7. Для инсулинзависимого сахарного диабета не характерно:

- * начало заболевания чаще в пожилом возрасте у лиц с ожирением
- наследственная предрасположенность
- начало заболевания обычно острое в молодом возрасте
- проявляется выраженными

симптомами (жажда, полиурия, похудание)

8. Какой уровень гликемии через 2 часа после приема глюкозы наблюдается у здоровых лиц:

- * снижается до начальной величины
- увеличен значительно по сравнению с исходным уровнем

9. Укажите уровень гликемии через 2 часа после "нагрузки" глюкозой при явном сахарном диабете (в ммоль/л):

- * 11,11
- 4,6
- 5,5
- 6,4

10. Укажите величину гликемии в ммоль/л, при которой глюкоза начинает экскретировать с мочой:

- * 10
- 8
- 9

11. Какое осложнение сахарного диабета характеризуется расширением венул сетчатки, развитием в ней микроаневризм, кровоизлияний, экссудатов:

- * ретинопатия
- артериальная гипертензия
- макроангиопатия
- нейропатия

12. При каком уровне гликемии натощак в ммоль/л правомочен диагноз сахарного диабета:

- * 7,8
- 2,8
- 3,4
- 5,6

13. Оральный глюкозотолерантный тест показан во всех случаях кроме:

- * при 2-х кратном обнаружении глюкозы крови натощак больше 7 ммоль/л
- содержание глюкозы в крови натощак 5,7-6,9 ммоль/л
- лицам с ожирением и гипертонической болезнью, хроническим панкреатитом

при наличии сахарного диабета у кровных родственников

14. Для ИЗСД характерны поздние осложнения в виде:

- * микроангиопатии
- макроангиопатии

15. Для ИНСД характерны поздние осложнения в виде:

- * макроангиопатии
- микроангиопатии

16. Для дефицита инсулина не характерно:

- * подавление липолиза
- стимуляция гликонеогенеза и гликогенолиза
- подавление синтеза гликогена в печени

активация липолиза

17. О начальном проявлении какого осложнения сахарного диабета у длительно болеющих больных можно думать, когда возникает стойкая альбуминурия, цилиндрурия, одновременно снижается суточная гликозурия при высоком уровне сахара крови:

- * синдром Киммельстила-Уилсона
- пиелонефрит
- гломерулонефрит

18. Какой чувствительный безопасный метод исследования используется для ранней диагностики диабетической нефропатии:

- * определение бета-микроглобулина в моче

изотопная ренография

УЗИ почек

динамическая скintiграфия почек

19. Проявлением какого осложнения сахарного диабета является появление болей, жжения, онемения, "ползания мурашек" в дистальных отделах ног, нередко в пальцах, снижение ахиллова и коленного рефлекса, ослабление тактильной и болевой чувствительности:

- * периферическая полинейропатия
- микроангиопатия

поражение центральной нервной системы

20. Укажите наиболее частое осложнение ИЗСД:

- * диабетическая ретинопатия
- ишемическая болезнь сердца
- церебральный атеросклероз

21. Как называется дефицит инсулина, обусловленный снижением его синтеза, секреции или метаболизма

- * абсолютный дефицит инсулина
- относительный дефицит инсулина

22. Как называется дефицит инсулина, вызываемый инаktivацией инсулина, повышенным его разрушением ферментами печени, снижением чувствительности и количества инсулиновых рецепторов в тканях:

- * относительный дефицит инсулина
- абсолютный дефицит инсулина

23.Нарушение жирового обмена при дефиците инсулина проявляется всеми признаками, кроме:

* увеличение содержания в крови аммиака, мочевины, аминокислот

жировая инфильтрация печени

увеличение в крови неэстерифицированных жирных кислот

повышение в крови бета-оксимасляной, ацетоуксусной кислот, ацетона

24.Какой гормон не обладает гипергликемизирующим эффектом

* альдостерон

глюкагон

адреналин

глюкокортикоиды

25.Какой вид комы характеризуется следующими признаками: бледное лицо, иногда красно-розовая окраска кожи, зрачки сужены, дыхание редкое, глубокое, шумное, мягкие глазные яблоки при надавливании, снижение тонуса мышц конечностей, запах ацетона изо рта:

* гиперкетонемическая

гипогликемическая

гиперосмолярная

гиперлактацидемическая

26.Какая кома характеризуется признаками: предвестники в виде ощущения голода, дрожи, потливости, нормальное, иногда замедленное дыхание, влажная кожа с нормальным тургором, нормальный или повышенный тонус глазных яблок, зрачки расширены:

* гипогликемическая

гиперкетонемическая

гиперосмолярная

гиперлактацидемическая

27. При какой патологии эндокринной системы имеет место резкое развитие надбровных дуг, непропорционально большие размеры носа, губ, языка и подбородка?

* гипопункция передней доли гипофиза;

гипотиреоз;

тиреотоксикоз; гиперфункции гипофиза;

сахарный диабет.

28.Какой синдром проявляется увеличением размеров щитовидной железы, пучеглазием, исхуданием, тахикардией, повышением АД?

* тиреотоксикоз;

гипотиреоз;

гипокортицизм;

гиперкортицизм.

29.Для какого синдрома типичны сухая, морщинистая, холодная, утолщенная кожа, анемия, сужение глазных щелей, утолщение губ, языка, запоры, брадикардия, гипотермия?

* гипотиреоз;

тиреотоксикоз;

гиперфункция гипофиза;

гипопункция передней доли гипофиза.

30. С какой патологией связаны карликовый рост, сохранение детских пропорций тела, недоразвитие полового аппарата, отсутствие вторичных половых признаков?

* гипопункция передней доли гипофиза.

гипотиреоз;

тиреотоксикоз;

гиперфункция гипофиза;

31. При каком синдроме наблюдаются выпадение ресниц, бровей, усов, волос на голове, массивные плотные отеки?

* гипотиреоз;

тиреотоксикоз;

гиперфункция гипофиза;

гипопункция передней доли гипофиза;

32. При какой патологии кожа гладкая, теплая, нежная на ощупь, см пергидрозом?

* тиреотоксикоз;

гипотиреоз;

гиперфункция гипофиза;

гипопункция передней доли гипофиза;

Метод «пчелиный рой».

Предназначен для обсуждения проблемы либо всей группой либо 2мя малыми группами . Задания могут быть разными или одно задание дается на всю группу. В течение 10-15 мин. группы обсуждают решение проблемы и докладывают коллегам. Выбирается лучший вариант.

Оценка знание студентов.

Тема	86-100 балл отл	71-85 балл хорошо	55-70 балл удов	Меньшее 54 балл неудов
	Имеет достаточное теоретическое знание по развитию механизма данного заболевания. При ситуационных состояниях может применять необходимое решение. Имеет творческого мышления. Может дифференцировать клинические симптомы при разных патологиях. Самостоятельно составляет план обследования и лечения больных с данным заболеванием.. Имеет конспект по данному тему. Активно участвует при опросе	Имеет теоретическое знание по развитию механизма данного заболевания. При ситуационных состояниях может применять необходимое решение. Может поставить предварительный диагноз. Затрудняется при дифференциальной диагностике разных заболеваний. Составляет план обследования и лечения больных, но неполноценно Имеет конспект по данному тему	Имеет представление о данном заболевании. При дифференцировке затрудняется. Не имеет клинического мышления. Имеет теоретическое знание по диагностике анемического синдрома.	Не имеет представление о данном заболевании. Не может объяснить этиопатогенез, клинику и диагностику Не имеет конспекта.

Самостоятельная работа Симптоматология Аддисоновой болезни. Ревматоидный артрит. Сравнительная диагностика суставных синдромов.

Обследование больных с заболеваниями суставов. Расспрос. Осмотр и пальпация суставов. Симптоматология ревматоидного артрита. Понятие об артрозах. Обследование больных с заболеваниями соединительной ткани. Понятие о коллагенозах.

ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ:

Научить диагностике заболеваний суставов.

КОНКРЕТНЫЕ ЗАДАЧИ:

1. Обследование больных с заболеваниями суставов.
2. Расспрос.
3. Осмотр и пальпация суставов.
4. Симптоматология ревматоидного артрита.
5. Понятие об артрозах.
6. Обследование больных с заболеваниями соединительной ткани.
7. Понятие о коллагенозах.

1. Модель технологии практического обучения.

Время занятия – 4 часа	Число студентов: от 10 до 12
Форма занятия	практическое занятие
План практического занятия	Обследование больных с заболеваниями суставов. Расспрос. Осмотр и пальпация суставов. Симптоматология ревматоидного артрита. Понятие об артрозах. Обследование больных с заболеваниями соединительной ткани. Понятие о коллагенозах.
Цель занятия:	Обучить студентов симптоматиологии ревматоидного артрита... Дать понятие об артрозах.
Методы обучения	Опрос. Демонстрация больных , интерактивный метод обучения, беседа. Практические навыки.
Формы обучения	Малыми подгруппами
Средства обучения	Учебное пособие, содержание практических занятий, проектор, компьютер
Обстоятельство обучения	Методически оборудованная аудитория
Мониторинг и оценивание	Устный контроль: вопрос-ответ, тесты, ситуационные задачи

8.

Технологическая карта практического занятия

№	Этапы и время проведения занятия	Обучающий	Учащиеся
	Поготовительный этап (10 мин)	1.Контролирует чистоту аудитории. 2.Проверяет подготовленность студентов 3.Проверяет посещаемость студентов.	
1	Этап введения учебного процесса (10 мин)	1.Подготовка к учебной теме 2.Подготовка слайдов, мультимедий, видеокассет.	
2	Основной зап (150 мин)	1.Разделить группу на малые группы, задаём вопросы по теме. 2.Используем учебные плакаты 3.Показ слайдов и мультимедии. 4.Курация больных 5.Проводим обобщение и заключение данных сведений, оцениваем	Разделяются на малые группы Смотрят участвуют слушают и отвечают на вопросы Курация больных

		активных и пассивных студентов.	
1 1	Заключительный этап 10 (мин)	1.Итоги занятия 2.Самостоятельная работа. 3.Домашнее задание	Слушают записывают

ВОПРОСЫ ДЛЯ КОНТРОЛЯ:

1. Жалобы больных с заболеваниями суставов.
2. Осмотр больных с заболеваниями суставов.
3. Пальпация суставов.
4. Симптомы артритов
5. Понятие об ревматоидном артрите.
6. Клинические признаки ревматоидного артрита
7. Лечение ревматоидного артрита
8. Осложнения ревматоидного артрита
9. Понятие об артрозах.
10. Симптоматология артрозов
- 11.R-диагностика артрозов.
12. Лечение артрозов.
13. Понятие о коллагенозах.
14. Особенности жалоб больных и характерные клинические проявления артритов.
15. Особенности жалоб больных при дегенеративно-дистрофических заболеваниях суставов.
16. Изменения в области суставов, выявляемые при осмотре больных с заболеваниями суставов.
- 17.Пальпация мышц и суставов при заболеваниях костно-мышечной системы.
- 18.Рентгенологические изменения, наблюдающиеся при артрозах, артритах.
- 19.Лабораторные тесты, применяемые при обследовании больных с заболеваниями суставов.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

РАССПРОС

Жалобы. Больные с заболеваниями костно-мышечной системы и системными поражениями соединительной ткани могут предъявлять разнообразные жалобы. Чаще всего это жалобы на боли в суставах, позвоночнике или мышцах, на утреннюю скованность в движениях, иногда мышечную слабость, лихорадочное состояние. Симметричное поражение мелких суставов кистей и стоп с их болезненностью при движениях (активных и пассивных) и ощупывании суставов врачом характерно для *ревматоидного артрита*. Реже при этом заболевании поражаются и крупные сустав (лучезапястные, коленные, локтевые, тазобедренные). Отмечается усиление болей в ночное время, при сырой погоде, холоде. В более позднем периоде отмечаются отчетливая деформация суставов, тугоподвижность вплоть до анкилоза. При ревматоидном артрите частой является жалоба на скованность движений в суставах по утрам (к концу дня движения становятся более свободными). При *ревматизме* и *деформирующем артрозе* имеется отчетливая тенденция к поражению в первую очередь крупных суставов. При деформирующем артрозе боль возникает главным образом при нагрузке на больной сустав (ходьбе, опоре на больную ногу) и усиливается к вечеру, после дневной нагрузки. В случае *анкилози-рующего*

спондилоартрита (болезнь Бехтерева) боли локализуются в позвоночнике и крестцово-подвздошных сочленениях и появляются, как правило, при длительном неподвижном пребывании в одном положении, чаще в ночное время. Позже, при выраженных изменениях в позвоночнике, боли становятся постоянными, они также усиливаются при физической нагрузке, перемене погоды. Характерные изменения позвоночника выявляются при первом взгляде на больного (см. «Осмотр»). Реже при этом заболевании поражаются периферические суставы. Особенности поражения суставов при *ревматическом полиартрите* являются преимущественное вовлечение в процесс крупных суставов, «летучесть» поражения, которая проявляется в том, что в процесс вовлекаются поочередно различные суставы, в то время как в пораженных ранее суставах (через несколько дней или недель) боли уменьшаются и подвижность суставов восстанавливается. Особенностью ревматического полиартрита является также бесследное исчезновение всех изменений в суставах и околосуставных тканях после стихания активности ревматического процесса. Острые приступы болей, преимущественно в плюснефаланговых суставах больших пальцев стопы, реже — в других суставах, возникающие чаще в ночное время, особенно у мужчин среднего и пожилого возраста, могут быть проявлением *подагры* — заболевания, при котором нарушен обмен пуринов в организме. Таким образом, если пациент предъявляет жалобы на боли и затруднение движения в суставах, необходимо тщательнейшим образом выяснить особенности болей (локализацию, интенсивность, длительность, влияние нагрузки, другие факторы, которые могут провоцировать боль, и т.д.). Мышечные боли также могут носить различный характер. Они могут иметь диссеминированный характер, что свидетельствует о вовлечении в процесс всей мышечной ткани. Возможны острые приступы болей, продолжающиеся несколько дней в отдельных мышцах или группе мышц, нередко после переохлаждения, что заставляет предположить наличие *миозита*. Боли в икроножных мышцах при ходьбе, чаще на фоне выраженного *атеросклероза артериальных сосудов* различных органов или сахарного диабета, после обморожения ног, у злостных курильщиков характерны для стенозирования артерий нижних конечностей (вследствие атеросклероза, облитерирующего эндартериита и некоторых других заболеваний). Эти боли исчезают при прекращении движений (синдром «перемежающейся хромоты»); часто больные отмечают повышенную зябкость ног, что заставляет их даже в сравнительно теплую погоду носить шерстяные носки, зимнюю обувь. Мышечные боли могут наблюдаться также при *трихи-неллезе, цистицеркозе, миозитах* (воспалении мышц) инфекционного и травматического происхождения, а также могут развиваться вследствие воздействия профессиональных вредностей (постоянные воздействия низких или высоких температур, вибрации или неблагоприятных производственных факторов). Важно установить локализацию, интенсивность, характер и продолжительность болей. Лихорадка, разнообразные кожные высыпания (петехии, эритема, крапивница и др.) являются нередкими проявлениями *системных заболеваний соединительной ткани* (так называемых коллагенозов), а также *аллергозов*. Быстро возникающий без видимых причин локальный отек кожи, подкожной клетчатки и слизистых оболочек, сопровождающийся зудом, может быть проявлением синдрома Квинке — острой аллергической реакции в ответ на действие пищевых, бактериальных и других аллергенов. Мышечная слабость наблюдается при длительном неподвижном пребывании больного в постели (по поводу какого-то тяжелого заболевания), при некоторых неврологических заболеваниях: миатонии, миастении, прогрессирующей мышечной дистрофии и др. Каждое из этих заболеваний имеет свои особенности. В частности, для *миастении* характерна патологическая утомляемость мышц, когда вполне нормальные вначале сокращения при повторных движениях ослабевают, так что те или иные движения становятся, наконец, для больного невыполнимыми. После некоторого отдыха способность мышц к сокращениям восстанавливается. Чаще и нередко в первую очередь при этом заболевании поражаются мышцы, поднимающие верхнее веко, глотательные, жевательные мышцы. Ослабление активных мышечных движений носит название *пареза*, полная невозможность производить движения

обозначается как *паралич* (plegia). Парезы и параличи могут развиваться в любой мышце или группе мышц. Чаще клиницистам (в том числе терапевтам) приходится видеть больных, у которых вследствие нарушения иннервации мышц нарушены движения одной конечности (моноплегия), либо парализованы сразу обе верхние или нижние конечности (параплегия), либо парализованы верхние и нижние конечности на одной стороне (гемиплегия), в редких случаях парализованы все четыре конечности (тетраплегия). Параличи и парезы могут быть следствием поражения периферических нервов, спинного мозга (травмы, сдавления, прорастание опухолью и т. д.), некоторых участков головного мозга, а также возникать при тромбозах церебральных сосудов, например на фоне атеросклероза, при эмболиях, кровоизлияниях в головной мозг. При поражении центрального нейрона возникает спастический паралич с последующей атрофией парализованных мышц. Иногда больные предъявляют жалобы на приступы похолодания и побледнения пальцев верхней конечности (редко уха, носа), возникающие под воздействием внешнего холода, иногда травмы, психических переживаний. Этим ощущениям сопутствуют боль, снижение кожной болевой и температурной чувствительности, а после приступа — гиперестезии. Подобные приступы характерны для *синдрома Рейно*, встречающегося при различных заболеваниях сосудов и нервной системы. Нередко этот синдром является первым признаком тяжелого заболевания соединительной ткани — *системной склеродермии*.

Осмотр

В ряде случаев уже при осмотре можно не только оценить общее состояние больного, но и распознать такие заболевания и состояния, как анафилактический шок, приступ бронхиальной астмы, кожные изменения типа эритемы, крапивницы, локальный ангионевротический отек лица и др., сразу заставляющие врача думать об их аллергической природе. В тяжелых случаях кожные изменения могут быть еще более выраженными, вплоть до развития некротических поражений. Особенности осанки больного, в частности выраженный грудной кифоз в сочетании со сглаженным поясничным лордозом и ограниченной подвижностью позвоночника (туловище больного фиксируется в положении сгибания вперед, что создает своеобразную

осанку — «поза просителя»), позволяют поставить диагноз *анкилозирующего спондилоартрита* (болезни Бехтерева). Поражения позвоночника, суставов, острые заболевания мышц воспалительного происхождения (миозиты) ограничивают и сковывают движения вплоть до полной неподвижности пациентов. Нарушения иннервации мышц (параличи, парезы различной природы), врожденные *миопатии* (группа заболеваний, подробно рассматриваемых в курсе нервных болезней) также отражаются на больных. В тяжелых случаях больные становятся полностью обездвиженными. Резкая деформация мелких суставов кистей и стоп характерна для ревматоидного артрита. Деформация дистальных фаланг пальцев со склеротическими изменениями прилегающей кожи (в тяжелых случаях с ее некрозом), наличие своеобразных складок кожи, стягивающих ее, в области рта («симптом кисета»), особенно если эти изменения обнаружены у женщин преимущественно молодого возраста, позволяют поставить диагноз системной склеродермии. Эритема кожи лица, лба в виде бабочки, также встречающаяся преимущественно у женщин молодого возраста, может помочь врачу заподозрить системную красную волчанку — тяжелое заболевание, относящееся к группе диффузных заболеваний соединительной ткани. Очаговые склеротические изменения кожи больших или меньших размеров характерны для очаговой склеродермии. Иногда при осмотре выявляется спастическое укорочение мышц, чаще сгибателей (мышечная контрактура). Большое значение имеет изучение особенностей походки больного, что в ряде случаев дает очень ценные данные для диагноза. Паралитическая походка (при гемиплегии) проявляется тем, что больной волочит парализованную ногу. Паретическая походка характеризуется затруднением движения больного вследствие «прилипания» его ступней к полу. Она наблюдается при контрактуре конечностей, парезах спинального происхождения. Одностороннее поражение суставов нижней конечности

сопровождается зажимом ее при ходьбе (из-за болей), хромотой. Тазобедренный сустав чаще всего поражается при туберкулезе (туберкулезный коксит). Это заболевание возникает обычно в детском возрасте и в дальнейшем нередко приводит к анкилозу, меньшим размерам больной конечности по сравнению со здоровой и мышечной атрофии. Острый гонит у взрослых может быть и гонорейной природы.

Пальпация

Исследуя кожу методом пальпации, можно определить ее повышенную сухость, индуративный («деревянистый») отек, например при *системной склеродермии*, а в далеко зашедших стадиях этой болезни — атрофию кожных покровов, очаговый кальциноз мягких тканей, в основном пальцев рук и вокруг крупных суставов. Уплотнение мышц может быть при *системной склеродермии* и *дерматомиозите*. Некоторое уплотнение и болезненность мышц наблюдаются и при обычном миозите. При наличии синдрома Рейно пальпаторно удастся отметить, что кожа конечностей, особенно дистальных фаланг пальцев, оказывается более холодной, чем у здоровых людей. При ощупывании суставов можно выявить местное повышение температуры и отек кожи вокруг них (при острых заболеваниях), их болезненность, деформацию. Тщательно проводя пальпацию, можно точно установить, является ли поражение сустава ограниченным или захватывает и мягкие ткани вокруг него, а в некоторых случаях исключить грубое поражение сустава, несмотря на наличие болей при соответствующих движениях. При пальпации исследуют также пассивную подвижность различных суставов: ее ограничение может быть следствием суставных болей (при артритах, артрозах), а также анкилозов (т.е. неподвижности сочленений, от греч. *ankylos* — кривой, изогнутый). При неполном анкилозе движение в небольшом объеме возможно, но затем свободное вначале движение внезапно ограничивается, как бы наталкиваясь на непреодолимое препятствие. Следует помнить, что ограничение движения в суставах может быть следствием также рубцовых изменений мышц и их сухожилий в результате перенесенных в прошлом миозитов, воспалений сухожилий и их влагалищ, ранений. Осмотр кожи конечностей, ощупывание мышц и сухожилий в таких случаях позволяет выяснить причину ограничения подвижности сустава. Производя пассивные движения поочередно во всех суставах и ощупывая мышцы можно довольно точно определить состояние их тонуса. Различают *контрактильный тонус мышц*, под которым понимают рефлекторное нарушение сокращения мышц, вызываемое при их растяжении вследствие раздражения проприорецепторов, и *пластический*, отражающий состояние внутренней среды миофибрилл. Может наблюдаться как гипотония, так и гипертония мышц. *Гипотонические мышцы* дряблы на ощупь, брюшко длинных мышц слабо выделяется, пассивные движения возможны в полном, а нередко даже в значительно большем, чем в норме, объеме; в суставах ощущается избыточная подвижность; при совершении пассивных движений исследуемый не ощущает мышечного сопротивления. Мышечная гипотония чаще всего возникает при поражении периферических нервов, при длительной мышечной неподвижности (например, при необходимости соблюдения строгого постельного режима вследствие каких-то серьезных заболеваний и т. д.). *Мышечная гипертония* возникает вследствие поражения пирамидной и экстрапирамидной систем: мышцы становятся плотными, пассивные движения осуществляются с трудом, при этом чем резче и быстрее производится движение, тем сильнее возникает сопротивление ему. При *повышении пластического тонуса* быстрота и сила пассивного движения не влияют на силу сопротивления мышц, мышца может оставаться в любом состоянии растяжения, сохраняя свою гипертоничность; чаще всего это состояние наблюдается не при заболеваниях самих мышц, а при поражении мозговых центров — бледного ядра и черного вещества. При пальпации для более полного изучения состояния мышц нужно оценить мышечную силу. Мышечная сила определяется двумя способами. При первом больной активно сопротивляется усилиям врача согнуть или разогнуть его конечность («статическая сила»); при втором способе больной

совершает попытку сделать какое-либо движение и преодолевает сопротивление руки исследующего («динамическая сила»). Ощупывание сустава может выявить флюктуацию, которая появляется при острых воспалениях с большим воспалительным выпотом в сустав, наличии гнояного выпота. Поочередно исследуя пассивную подвижность конечностей, определяют те или иные ее нарушения. Иногда для этой цели пользуются специальными приемами. Так, при подозрении на коксит (воспаление тазобедренного сустава) исследуют возможность пере разгибания вытянутой ноги больного в положении его лежа на животе: при коксите она ограничена (вследствие болезненности при движениях в тазобедренном суставе и рефлекторного развития мышечной контрактуры). Определяют также возможность флексий и ротаций в пораженном суставе при положении больного лежа на спине. Более точно объем возможных движений определяют в том или ином суставе с помощью угломера.

Определение ревматоидного фактора. Ревматоидный фактор определяют или с помощью латекс-теста, когда сыворотку больного исследуют в реакции агглютинации с человеческим у-глобулином, адсорбированным на частицах латекса, или реакции Ваалера —Розе, где у-глобулин кролика адсорбирован на эритроцитах барана. Результаты учитывают по максимальному разведению сыворотки (титру), при котором ревматоидный фактор можно еще обнаружить. У здоровых максимальный титр не превышает 1:64. Обнаружение ревматоидного фактора имеет только относительное диагностическое значение, потому что он может выявляться при ряде других заболеваний, таких, как гепатит, сифилис, туберкулез, опухоли. **Определение волчаночного фактора.** В крови, пунктатах костного мозга, экссудате

больных системной красной волчанкой можно обнаружить волчаночный фактор (LE- клетки красной волчанки), происхождение которого объясняют следующим образом. Благодаря присутствию в сыворотке крови больных фактора LE-глобулиновой природы ядра клеток крови и тканей набухают, хроматин утрачивает структуру и превращается в аморфную массу. Это уже чужеродный для организма материал, поэтому он фагоцитируется лейкоцитами. LE-клетки находят микроскопически, обычно они представляют собой ней трофильные лейкоциты, в цитоплазме которых содержится одно или несколько гомогенных, красновато-фиолетовых (окраска азу-р-эозином) образований. Можно видеть и свободно лежащие тельца, окраска и строение которых идентичны находящимся в клетках. Можно обнаружить и волчаночные тельца, окруженные нейтрофилами, так называемые розетки. LE-клетки следует отличать от клеток Тарта, которые являются нейтрофильными лейкоцитами, поглотившими остатки ядра с сохраненными контурами хроматиновой сети. Для поиска LE-клеток добиваются высокой концентрации лейкоцитов в мазках, которые затем окрашивают по Романовскому. Частота обнаружения LE-клеток у больных системной красной волчанкой колеблется от 40 до 95%. LE- феномен можно наблюдать, хотя значительно реже, при тяжелых поражениях печени и острых лейкозах, но при этих заболеваниях LE-клетки обнаруживаются непостоянно и бывают единичными.

1. Укажите наиболее характерное сочетание лабораторных признаков для артроза:

* при отсутствии осложнений

реактивным синовитом, лабораторные показатели обычно не изменяются

повышение СОЭ, нейтрофильный лейкоцитоз, С-реактивный белок, ревматоидный фактор

повышение СОЭ, лейкоцитоз, повышение содержания фибриногена, С-

реактивный белок, высокий титр антистрептолизина, антигальтронидазы, антистрептокиназы

2. Что из перечисленного наиболее четко указывает на воспалительный характер суставных болей:

* припухлость и локальное повышение температуры над суставом
болезненность при движении

крепитация
резкая деформация сустава

3. Какое из перечисленных внесуставных проявлений ревматоидного артрита считают самым частым?

- * ревматоидные узелки
- перикардит
- поражение легких
- кожный зуд

4. К факторам, способствующим возникновению и развитию артрозов относятся все, кроме:

- * нарушение пуринового обмена
- наследственная предрасположенность
- нарушение васкуляризации сустава в связи с патологией общего и местного кровообращения
- механическая и функциональная перегрузка сустава

5. Стадии поражения кожи при ССД, кроме?

- * Гипертрофия подкожно-жировой клетчатки

Острый воспалительный отёк

Индурация

Атрофия

6). Выберите наиболее достоверную для диагноза ревматоидного артрита комбинацию признаков:

- * симметричность поражения суставов, утренняя скованность, формирование анкилозов "летучие" артралгии, вовлечение в патологический процесс преимущественно крупных суставов стойкие артралгии, блок сустава, остеофиты
- острый моноартрит сустава большого пальца стопы

7) Большие проявления ревматической лихорадки, кроме?

- * Остеофитоз

Кардит

Хорея

Полиартрит

8) Возникновению РА способствует повышение уровня:

- * Пролактина

Адреналина

Паратгормона

Тиреоидина

9) При РА наиболее часто поражаются следующие суставы:

- * Пястнофаланговые и проксимальные межфаланговые кистей

Коленные

Тазобедренные

Локтевые

10) Рентгенологическим симптомом, характерным для ревматоидного артрита, является, кроме?:

- * Образование тофусов
- Околосуставной остеопороз
- Сужение суставных щелей.
- Эрозии костных поверхностей.

11) К каким заболеваниям суставов относится ревматоидный артрит:

- * воспалительным
- дегенеративным
- метаболическим
- аллергическим

12). Проявлением остеоартроза каких суставов являются узелки Бушара?

- * проксимальных межфаланговых суставов кисти

коленного сустава

межпозвоночного сустава

локтевого сустава

13) Развитие ревматической лихорадки связано с инфицированием:

- * Бета-гемолитическим стрептококком группы А

Вирусом

Стафилококком

Микоплазмой

14) После перенесенной стрептококковой инфекции ревматизм возникает через:

* 2-3 недели

4 дня

5 месяцев

6 недель

15) Кожные проявления характерные для CREST-синдрома?

* Телеангиоэктазии

Витилиго

Ксантома

Ксантелазма

16) Истинные LE- клетки представляют собой:

* Сегментоядерные нейтрофилы, содержащие обломки ядер других клеток

Моноциты, содержащие ядра других клеток

Гематоксилиновые тельца

Плазматические клетки

17) Среди перечисленных лабораторных изменений укажите входящий в критерии

диагноза системной красной волчанки:

* Антитела к ДНК

Антитела к тромбоцитам

Ревматоидный фактор в высоком титре

Антитела к центромере

18). Проявлением кожного синдрома при системной красной волчанке может быть:

* Эритематозный дерматит

Себорейный дерматит

Витилиго

Псориаз

19) Какой из синдромов характерен для системной склеродермии?

* Рейно

Конна

Лериша

Фанкони

20) Боли в суставах, уретрит, конъюнктивит. Наиболее вероятный

диагноз?

* Болезнь Рейтера

Гранулематоз Вегенера

Саркоидоз

Синдром Лемьера

21) CREST-синдром включает в себя?

* Поражение пищевода

Поражение кишечника

Синдром Фанкони

Эритематозный дерматит

22. Основными проявлениями артрита являются все, кроме:

* хруст суставов при движении

боль в суставах

припухлость суставов

ограничение подвижности в суставах

23. Основными проявлениями артроза являются все, кроме:

* скованность движений в суставах в утренние часы

боль усиливается к вечеру, после дневной нагрузки

боль усиливается при длительном стоянии, ходьбе, спуске по лестнице

"стартовость" боли (боль появляется при первых движениях в суставах)

24. Характерными изменениями суставов, выявляемыми при осмотре у больных с ревматоидным артритом являются все, кроме:

* незначительная деформация крупных суставов и припухлость в них.

отклонение всей кисти в ульнарном направлении ("плавник моржа")

сгибательная контрактура проксимальных и переразгибание в дистальных межфаланговых суставах (деформация пальца по типу пуговичной петли)
сгибательная контрактура пястно-фалангового сустава (типа "гусиной шеи")

25. Какой признак характерен для артроза, в отличие от артрита:

* хруст в суставах, боли при движении
скованность в утренние часы
отечность периартикулярных тканей
повышение температуры

26. Основными рентгенологическими признаками ревматоидного артрита являются все, кроме:

* остеолит (резорбция кости) дистальных фаланг пальцев кистей и стоп
деформация суставов и полное заращение суставных щелей (анкилоз)
образование микрокист в толще эпифизов
образование остеофитов

27. Укажите наиболее характерное сочетание признаков для ревматоидного артрита:

* симметричность поражения суставов, утренняя скованность, формирование анкилозов
"летучесть" боли, поражение преимущественно крупных суставов
преимущественное поражение крупных суставов с наибольшей функциональной нагрузкой (ходьба, длительное стояние)

28. Укажите наиболее характерное сочетание признаков для артроза:

* преимущественное поражение крупных суставов с наибольшей функциональной нагрузкой (ходьба, длительное стояние)
симметричность поражения суставов, утренняя скованность, формирование анкилозов
"летучесть" боли, поражение преимущественно крупных суставов

29. Укажите наиболее характерное сочетание признаков для ревматического поражения суставов:

* "летучесть" боли, поражение преимущественно крупных суставов
симметричность поражения суставов, утренняя скованность, формирование анкилозов
преимущественное поражение крупных суставов с наибольшей функциональной нагрузкой (ходьба, длительное стояние)

30. К лабораторным тестам применяемым для диагностики ревматоидного артрита относятся все, кроме:

* LE - клетки
определение ревматоидного фактора
определение С-реактивного белка
серомукоиды

31. Какое сочетание лабораторных признаков характерно для ревматоидного артрита:

* повышение СОЭ, нейтрофильный лейкоцитоз, С-реактивный белок, ревматоидный фактор
повышение СОЭ, лейкоцитоз, повышение содержания фибриногена, С-реактивный белок, высокий титр антистрептолизина, антигиалуронидазы, антистрептокиназы при отсутствии осложнений реактивным синовитом, лабораторные показатели обычно не изменяются

32. Какое сочетание лабораторных признаков характерно для ревматического поражения:

* повышение СОЭ, лейкоцитоз, повышение содержания фибриногена, С-реактивный белок, высокий титр антистрептолизина, антигиалуронидазы, антистрептокиназы
повышение СОЭ, нейтрофильный лейкоцитоз, С-реактивный белок, ревматоидный фактор при отсутствии осложнений реактивным синовитом, лабораторные показатели обычно не изменяются

Метод «академическая полемика»

Группа делится на 2 команды, каждой из которых предлагается ситуационная задачи, например, «консультация врач-пациент». В каждой команде 1-2 студента разбирают положительные моменты консультации – это «адвокаты», другие разбирают отрицательные моменты консультации – «прокуроры».

Результаты «адвокатов» и «прокуроров» докладываются и обсуждаются всей группой.

Оценка знание студентов.

Тема	86-100 балл отл	71-85 балл хорошо	55-70 балл удов	Меньшее 54 балл неудов
	Имеет достаточное теоретическое знание по развитию механизма данного заболевания. При ситуационных состояниях может применять необходимое решение. Имеет творческого мышления. Может дифференцировать клинические симптомы при разных патологиях. Самостоятельно составляет план обследования и лечения больных с данным заболеванием.. Имеет конспект по данному тему. Активно участвует при опросе	Имеет теоретическое знание по развитию механизма данного заболевания. При ситуационных состояниях может применять необходимое решение. Может поставить предварительный диагноз. Затрудняется при дифференциальной диагностике разных заболеваний. Составляет план обследования и лечения больных, но неполноценно Имеет конспект по данному тему	Имеет представление о данном заболевании. При дифференцировке затрудняется. Не имеет клинического мышления. Имеет теоретическое знание по диагностике анемического синдрома.	Не имеет представление о данном заболевании. Не может объяснить этиопатогенез, клинику и диагностик у Не имеет конспекта.

Самостоятельная работа Симптоматология болезни Бехтерева. Симптоматология системной красной волчанки

Понятие об аллергических заболеваниях (крапивница, отёк Квинке, анафилактический шок). Симптоматология и принципы неотложной помощи. Промежуточный контроль №4. Курация больных. Проверка практических навыков. Защита историй болезни.

ОБЩАЯ ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ: Научить диагностировать аллергические состояния, изучить принципы реанимации при внезапной смерти.

КОНКРЕТНЫЕ ЗАДАЧИ ЗАНЯТИЯ:

1. Изучить этиологию, патогенез, клинические проявления аллергических состояний.
2. Изучить особенности обследования больных с аллергиями.
3. Научить неотложную помощь при анафилактическом шоке, принципы реанимации при внезапной смерти.

1. Модель технологии практического обучения.

Время занятия –1 часа	Число студентов: от 10 до 12
Форма занятия	практическое занятие
План практического занятия	Понятие об аллергических заболеваниях (крапивница, отёк Квинке, анафилактический шок). Симптоматология и принципы неотложной помощи. Промежуточный контроль №4.
Цель занятия:	Дать понятие об аллергических заболеваниях и неотложной помощи.
Методы обучения	Опрос. Демонстрация больных , интерактивный метод обучения, беседа. Практические навыки.
Формы обучения	Малыми подгруппами
Средства обучения	Учебное пособие, содержание практических занятий, проектор, компьютер
Обстоятельство обучения	Методически оборудованная аудитория
Мониторинг и оценивание	Устный контроль: вопрос-ответ, тесты, ситуационные задачи

Технологическая карта практического занятия

№	Этапы и время проведения занятия	Обучающий	Учащиеся
	Поготовительный этап (10 мин)	1.Контролирует чистоту аудитории. 2.Проверяет подготовленность студентов 3.Проверяет посещаемость студентов.	
1	Этап введения учебного процесса (10 мин)	1.Подготовка к учебной теме 2.Подготовка слайдов, мультимедий, видеокассет.	
2	Основной зап (30 мин)	1.Разделить группу на малые группы, задаём вопросы по теме. 2.Используем учебные плакаты 3.Показ слайдов и мультимедии. 4.Курация больных 5.Проводим обобщение и заключение данных сведений, оцениваем	Разделяются на малые группы Смотрят участвуют слушают и отвечают на вопросы Курация больных

		активных и пассивных студентов.	
1 1	Заключительный этап 5(мин)	1.Итоги занятия 2.Самостоятельная работа. 3.Домашнее задание	Слушают записывают

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ:

1. Что такое аллергия
2. Патогенез основных аллергических реакций.
3. Особенности реактивного повреждения.
4. Особенности цитотоксического повреждения.
5. Особенности иммунокомплексного повреждения.
6. Что такое анафилактический шок
7. Этиология анафилактического шока.
8. Патогенез анафилактического шока.
9. Клиническая картина анафилактического шока.
10. Неотложная помощь при анафилактическом шоке.
11. Этиология отека Квинке.
12. Патогенез отека Квинке.
13. Клиническая картина отека Квинке.
14. Лечение отека Квинке.
15. Профилактика отека Квинке.
16. Этиология крапивницы.
17. Патогенез крапивницы.
18. Симптоматология крапивницы.
19. Принципы лечения крапивницы.

ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ

АНАФИЛАКТИЧЕСКИЙ ШОК

Анафилактический шок — симптомокомплекс остро возникающих общих тяжелых проявлений аллергических реакций немедленного типа, в основном характеризующийся начальным возбуждением и последующим угнетением функций ЦНС, бронхоспазмом, резкой артериальной гипотензией.

Этиология и патогенез. Этиология анафилактического шока в настоящее время

изучена достаточно хорошо. Причиной его возникновения является повторное попадание в организм веществ, способных вызвать (при первоначальном их поступлении) состояние сенсибилизации. Чаще всего к ним относятся лекарственные препараты: пенициллин, стрептомицин и некоторые другие антибиотики, новокаин, витамины группы В, сульфаниламидные препараты — вакцины, сыворотки, экстракты пыльцы некоторых растений и т. д. Важно отметить, что анафилактический шок может возникнуть при повторном введении ничтожно малых доз применявшегося ранее препарата (например, при внутрикожном введении всего лишь нескольких единиц действия пенициллина при проведении диагностической пробы для выявления у больного аллергии или при применении для инъекций других лекарств шприца, стерилизовавшегося вместе со шприцами и иглами, которыми другим больным вводили пенициллин). У лиц, склонных к анафилактическому шоку, нередко при тщательном расспросе удается установить наличие в прошлом тех или иных аллергических реакций. Обычно анафилактический шок возникает при парентеральном введении лекарств, но может развиваться и

при попадании их на слизистые оболочки. В некоторых случаях анафилактический шок возникает от укуса насекомых.

Патогенез анафилактического шока заключается в сенсibilизации организма при

первичном попадании в него антигена (лекарственного препарата, вакцины и т.д.),

выработке антител, часть которых фиксируется на различных клетках тканей. При

повторном попадании в организм этого же вещества происходит реакция с образованием комплекса антиген—антитело. При этом из клеток в кровь поступают в большом количестве биологически активные вещества: гистамин, брадикинин, серотонин и др., которые сразу проявляют свое многообразное действие на различные органы и системы, вызывая спазм гладкой мускулатуры и повышение проницаемости сосудистой стенки. Соединение антигена с циркулирующими антителами ведет к активизации комплемента и образованию анафилатоксина. При атопии (наследственной форме аллергии, характеризующейся врожденным наличием у больных антител к определенным антигенам) анафилактический шок может вызвать и первое попадание данного антигена в организм.

Клиническая картина. В разных случаях имеются как основные общие черты,

перечисленные выше, позволяющие выделить этот синдром и отличить его от других аллергических реакций, так и определенные особенности. Как указывалось,

анафилактический шок возникает и развивается очень быстро — через несколько секунд или минут (до получаса) после попадания в организм аллергена.

Первыми симптомами обычно бывают головокружение, головная боль, чувство страха, беспокойство, холодный пот, одышка, ощущение стеснения в груди, приступ кашля. В некоторых случаях одновременно появляются кожный зуд, уртикарные высыпания, аллергические реакции (отеки), тахикардия, боли в животе, рвота, понос, нередко судороги. В дальнейшем могут быстро развиваться отек гортани и асфиксия, прогрессирующая артериальная гипотензия, отек и внутренние кровотечения (особенно опасны кровоизлияния в головной мозг). В тяжелых случаях больной быстро впадает в бессознательное состояние, что является одним из неблагоприятных прогностических признаков. Несмотря на многообразие клинической картины анафилактического шока, диагноз его в большинстве случаев нетруден: основным диагностическим признаком является развитие шокового состояния вслед за введением (или уже во время введения) больному лекарственного вещества, к которому у него имеется индивидуальная повышенная чувствительность. Обычное детальное обследование больного в таких случаях становится уже невозможным. Необходимо проведение экстренных мер для выведения больного из шокового состояния, а уже затем врач будет иметь время для уточнения диагноза. Прогноз при анафилактическом шоке всегда остается серьезным. Смерть может наступить в течение ближайших минут или часов от асфиксии, сердечно-сосудистой недостаточности, необратимого поражения жизненно важных органов, которое может возникнуть и служить причиной смерти больного и в более поздние сроки (в первые несколько дней после воздействия фактора, вызвавшего анафилактический шок). Тщательное врачебное наблюдение и обследование больного с использованием непосредственных, лабораторных и инструментальных методов исследования (круг последних определяется показаниями) позволяют на ранней стадии анафилактического шока установить наличие поражения тех или иных органов.

Лечение. Необходимо постараться прекратить поступление аллергена в организм

(например, наложить жгут на конечность, в которую вводили лекарственное средство или где располагалось место укуса насекомого, ввести раствор адреналина как сосудосуживающего вещества, препятствующего поступлению из тканей в кровь

аллергена), одновременно ввести антигистаминные препараты (димедрол, супрастин и т. д.), глюкокортикоидные гормоны и их аналоги (преднизолон и др.), оказывающие выраженное антиаллергическое и противовоспалительное действие. В зависимости от особенностей каждого конкретного случая проводят симптоматическое лечение, включающее оксигенотерапию, введение сердечных гликозидов, ангиотонических средств и т. д.

Аллергический отек (oedema allergicum; син.: ангионевротический отек, отек Квинке) — приступы преходящего отека кожи, подкожной клетчатки и слизистых оболочек.

Этиология и патогенез. Аллергический отек представляет собой одну из форм

аллергических реакций на различные аллергены. Он встречается одинаково часто у мужчин и женщин, причем преимущественного молодого и среднего возраста. В

патогенезе синдрома основное место занимают сосудистые реакции, в первую очередь повышенная проницаемость сосудистой стенки.

Клиническая картина. Ангионевротический отек развивается остро, через несколько минут или секунд после начала действия аллергена, обычно без предвестников. Чаще всего возникает ограниченный отек губ, щек, вокруг глаз, реже встречается аллергический отек другой локализации (отек гортани, желудка и т. д.). Длительность отека колеблется от нескольких минут до нескольких часов. Размеры отека различны, но редко превышают размеры ладони. Возможны повторные приступы аллергического (ангионевротического) отека, причем нередко той же локализации.

Лечение. Заключается во внутривенном введении 10% раствора глюконата кальция, применении антигистаминных препаратов, глюкокортикоидных гормонов (преднизолона), а также средств симптоматической терапии (например, при отеке слизистой оболочки гортани и др.).

Профилактика ангионевротического отека состоит в категорическом запрещении

введения лекарств и употребления пищевых продуктов, вызывавших ранее аллергические реакции.

КРАПИВНИЦА

Крапивница (urticaria) — синдром, характеризующийся внезапным появлением и

быстрым исчезновением на коже (реже на слизистых оболочках) волдырей,

сопровождающихся кожным зудом.

Этиология и патогенез. Крапивница — одна из форм аллергических реакций. Может возникать при «ожоге» крапивой (отсюда и термин — «крапивница»), укусах комаров, клопов, пчел, как проявление пищевой аллергии, при введении некоторых лекарственных препаратов, в первую очередь антибиотиков, некоторых сульфаниламидных препаратов, лечебных сывороток, вакцин и т. д. Иногда крапивница возникает при гельминтозах, паразитарных инвазиях, дисфункции эндокринных желез, раковых опухолях, реже и при других заболеваниях. В некоторых случаях преимущественное значение в возникновении крапивницы имеют не столько аллергические, сколько нейрорефлекторные механизмы.

Клиническая картина. Характеризуется появлением более или менее много-

численных элементов кожной сыпи различной локализации и величины. Высыпания имеют обычно бледную окраску. Вследствие отека дермы и подкожной клетчатки элементы сыпи несколько приподняты над уровнем непораженной кожи. В ряде случаев высыпания при крапивнице могут сливаться с образованием больших очаговых уплотнений кожи и подкожной клетчатки («гигантская крапивница»).

Локализация высыпаний накладывает определенный отпечаток на клинические

проявления крапивницы. Так, при поражении слизистых оболочек дыхательных путей возникает кашель, появляется стридорозное дыхание; при поражении кишечника развивается диарея; поражение суставов проявляется преходящей артралгией и т. д. Нередко крапивница сопровождается головной болью, лихорадкой, ощущением общего недомогания. Течение. Различают острую крапивницу, продолжающуюся от нескольких дней до 1—2 нед, и хроническую, длящуюся многие месяцы и даже годы с периодами обострения и стихания симптомов заболевания.

Лечение. Следует добиться прекращения действия этиологического фактора

(слабительные и рвотные средства при пищевой аллергии, наложение жгута на конечность и введение сосудосуживающего препарата адреналина при лекарственной этиологии острой крапивницы и т. д.). Нередко необходимо введение глюкокортикоидных препаратов и их аналогов (преднизолон и др.). При хронической крапивнице следует выяснить ее причины (гельминтоз, эндокринное, опухолевое заболевание и т. д.), что определяет тактику лечения и прогноз.

1. Какие клетки поджелудочной железы вырабатывают инсулин:

- * бета-клетки
- альфа-клетки
- дельта-клетки
- клетки ацинусов

2. К контринсулярным гормонам относят все, кроме:

- * вазопрессин
- глюкагон
- катехоламины
- соматотропный гормон

3. Какие из нижеперечисленных симптомов нехарактерны для явного сахарного диабета:

- * нормогликемия натощак
- полидипсия
- полиурия
- гликозурия

4. Патогенез полиурии при сахарном диабете:

- * повышение осмотического давления в канальцах вследствие гликозурии
- понижение осмотического давления в канальцах вследствие гликозурии
- повышение клубочковой фильтрации

5. Симптомами сахарного диабета являются все, кроме:

- * анорексия
- полиурия
- гипергликемия
- гликозурия

6. Укажите нормальное содержание глюкозы в крови натощак в ммоль/л по методу Хагедорна-Иенсена:

- * 4,4-6,6
- 10 - 15
- 1,3-3,1
- 6,6- 7,8

7. Для инсулинзависимого сахарного диабета не характерно:

- * начало заболевания чаще в пожилом возрасте у лиц с ожирением
- наследственная предрасположенность
- начало заболевания обычно острое в молодом возрасте
- проявляется выраженными

симптомами (жажда, полиурия, похудание)

8. Какой уровень гликемии через 2 часа после приема глюкозы наблюдается у здоровых лиц:

- * снижается до начальной величины

увеличен значительно по сравнению с исходным уровнем

9. Укажите уровень гликемии через 2 часа после "нагрузки" глюкозой при явном сахарном диабете (в ммоль/л):

- * 11,11
- 4,6
- 5,5
- 6,4

10. Укажите величину гликемии в ммоль/л, при которой глюкоза начинает экскретироваться с мочой:

- * 10
- 8
- 9

11. Какое осложнение сахарного диабета характеризуется расширением венул сетчатки, развитием в ней микроаневризм, кровоизлияний, экссудатов:

- * ретинопатия
- артериальная гипертензия
- макроангиопатия
- нейропатия

12. При каком уровне гликемии натощак в ммоль/л правомочен диагноз сахарного диабета:

- * 7,8
- 2,8
- 3,4
- 5,6

13. Оральный глюкозотолерантный тест показан во всех случаях кроме:

- * при 2-х кратном обнаружении глюкозы крови натощак больше 7 ммоль/л
- содержание глюкозы в крови натощак 5,7-6,9 ммоль/л

лицам с ожирением и гипертонической болезнью, хроническим панкреатитом при наличии сахарного диабета у кровных родственников

14. Для ИЗСД характерны поздние осложнения в виде:

- * микроангиопатии
- макроангиопатии

15. Для ИНСД характерны поздние осложнения в виде:

- * макроангиопатии
- микроангиопатии

16. Для дефицита инсулина не характерно:

- * подавление липолиза

стимуляция гликонеогенеза и гликогенолиза

подавление синтеза гликогена в печени

активация липолиза

17. О начальном проявлении какого осложнения сахарного диабета у длительно болеющих больных можно думать, когда возникает стойкая альбуминурия, цилиндрурия, одновременно снижается суточная гликозурия при высоком уровне сахара крови:

- * синдром Киммельстилла-Уилсона
- пиелонефрит
- гломерулонефрит

18. Какой чувствительный безопасный метод исследования используется для ранней диагностики диабетической нефропатии:

- * определение бета-микроглобулина в моче

изотопная ренография

УЗИ почек

динамическая скintiграфия почек

19. Проявлением какого осложнения сахарного диабета является появление болей, жжения, онемения, "ползания мурашек" в дистальных отделах ног, нередко в пальцах, снижение ахиллова и коленного рефлекса, ослабление тактильной и болевой чувствительности:

- * периферическая полинейропатия
- микроангиопатия

поражение центральной нервной системы

20. Укажите наиболее частое осложнение ИЗСД:

- * диабетическая ретинопатия
- ишемическая болезнь сердца
- церебральный атеросклероз

21. Как называется дефицит инсулина, обусловленный снижением его синтеза, секреции или метаболизма

- * абсолютный дефицит инсулина
- относительный дефицит инсулина

22. Как называется дефицит инсулина, вызываемый инаktivацией инсулина, повышенным его разрушением ферментами печени, снижением чувствительности и количества инсулиновых рецепторов в тканях:

- * относительный дефицит инсулина
- абсолютный дефицит инсулина

23.Нарушение жирового обмена при дефиците инсулина проявляется всеми признаками, кроме:

- * увеличение содержания в крови аммиака, мочевины, аминокислот
- жировая инфильтрация печени
- увеличение в крови неэстерифицированных жирных кислот
- повышение в крови бета-оксимасляной, ацетоуксусной кислот, ацетона

24.Какой гормон не обладает гипергликемизирующим эффектом

- * альдостерон
- глюкагон
- адреналин
- глюкокортикоиды

25.Какой вид комы характеризуется следующими признаками: бледное лицо, иногда красно-розовая окраска кожи, зрачки сужены, дыхание редкое, глубокое, шумное, мягкие глазные яблоки при надавливании, снижение тонуса мышц конечностей, запах ацетона изо рта:

- * гиперкетонемическая
- гипогликемическая
- гиперосмолярная
- гиперлактацидемическая

26.Какая кома характеризуется признаками: предвестники в виде ощущения голода, дрожи, потливости, нормальное, иногда замедленное дыхание, влажная кожа с нормальным тургором, нормальный или повышенный тонус глазных яблок, зрачки расширены:

- * гипогликемическая
- гиперкетонемическая
- гиперосмолярная
- гиперлактацидемическая

27. При какой патологии эндокринной системы имеет место резкое развитие надбровных дуг, непропорционально большие размеры носа, губ, языка и подбородка?

- * гипопункция передней доли гипофиза;
- гипотиреоз;
- тиреотоксикоз; гиперфункции гипофиза;
- сахарный диабет.

28.Какой синдром проявляется увеличением размеров щитовидной железы, пучеглазием, исхуданием, тахикардией, повышением АД?

- * тиреотоксикоз;
- гипотиреоз;
- гипокортицизм;
- гиперкортицизм.

29.Для какого синдрома типичны сухая, морщинистая, холодная, утолщенная кожа, анемия, сужение глазных щелей, утолщение губ, языка, запоры, брадикардия, гипотермия?

- * гипотиреоз;
- тиреотоксикоз;
- гиперфункция гипофиза;
- гипопункция передней доли гипофиза.

30. С какой патологией связаны карликовый рост, сохранение детских пропорций тела, недоразвитие полового аппарата, отсутствие вторичных половых признаков?

- * гипопункция передней доли гипофиза.
- гипотиреоз;
- тиреотоксикоз;
- гиперфункция гипофиза;

31. При каком синдроме наблюдаются выпадение ресниц, бровей, усов, волос на голове, массивные плотные отеки?

- * гипотиреоз;
- тиреотоксикоз;
- гиперфункция гипофиза;
- гипопункция передней доли гипофиза;

32. При какой патологии кожа гладкая, теплая, нежная на ощупь, см пергидрозом?

- * тиреотоксикоз;
- гипотиреоз;
- гиперфункция гипофиза;
- гипопункция передней доли гипофиза;

Метод «ручка на середине стола»

Предлагается задание всей группе (например, перечислить симптомы сахарного диабета, препараты относящиеся к группе бета –блокаторов, факторы риска ИБС). Каждый студент записывает на листке один вариант ответа и передает его соседу, а свою ручку передает на середину стола.

Педагог контролирует работу группы и участие в ней каждого общий вариант записывается в тетради.

Оценка знание студентов.

Тема	86-100 балл отл	71-85 балл хорошо	55-70 балл удов	Меньшее 54 балл неудов
	Имеет достаточное теоретическое знание по развитию механизма данного заболевания. При ситуационных состояниях может применять необходимое решение. Имеет творческого мышления. Может дифференцировать клинические симптомы при разных патологиях. Самостоятельно составляет план обследования и лечения больных с данным заболеванием.. Имеет конспект по данному тему. Активно участвует при опросе	Имеет теоретическое знание по развитию механизма данного заболевания. При ситуационных состояниях может применять необходимое решение. Может поставить предварительный диагноз. Затрудняется при дифференциальной диагностике разных заболеваниях. Составляет план обследования и лечения больных, но неполноценно Имеет конспект по данному тему	Имеет представление о данном заболевании. При дифференцировке затрудняется. Не имеет клинического мышления. Имеет теоретическое знание по диагностике анемического синдрома.	Не имеет представление о данном заболевании. Не может объяснить этиопатогенез, клинику и диагностику Не имеет конспекта.

Самостоятельная работа Симптоматология системной склеродермии. Симптоматология дерматомиозита.

Вопросы к промежуточным контролям

Органы дыхания

Внутренняя медицина и ее место в ряду медицинских дисциплин. Деление клиники внутренних болезней на пропедевтическую, факультетскую и госпитальную. Основные задачи курса пропедевтики внутренних болезней.

2. Медицинская этика и деонтология.

3. Собираение анамнеза, его значение для диагноза. Г.А.Захарьин - создатель анамнестического метода исследования. Схема истории болезни. Психотерапевтическое

воздействие врача на больного. Ятрогенные заболевания.

4. Общая методика исследования больного. Понятие о субъективных и объективных симптомах. Значение общего осмотра.

5. Измерение температуры тела, типы температурных кривых и их графическое изображение, диагностическое значение.

6. Общий осмотр больного. Оценка состояния сознания, положения больного. Оценка телосложения. Антропометрия.

7. Осмотр кожи больного. Оценка выявляемых изменений окраски, эластичности, влажности, высыпаний, рубцов.

8. Осмотр и пальпация лимфатических узлов, диагностическое значение выявляемых изменений. Осмотр мышечной системы, суст

7. O'pkaning topografik perkussiyasi

8. Krening maydonini aniqlash

9. O'pkaning yuqori chegarasini aniqlash

10. O'pkaning pastki chegarasini aniqlash

11. O'pka ekskursiyasini aniqlash

12. O'pka auskultatsiyasi

13. Bronxofoniyani amalga oshiris

1. вов, конечностей.

9. Перкуссия как метод исследования. История развития метода. Роль Ауэнбруггера в развитии метода, внедрение его в клиническую практику Корвизаром. Развитие метода отечественными исследователями. Общие правила и техника перкуссии. Физическая характеристика перкуторных тонов (ясный, тупой, тимпанический).

10. Аускультация как метод исследования больного. История развития метода. Роль Лаэннека. Значение отечественных ученых в развитии метода. Правила и техника аускультации

11. Расспрос больных с заболеваниями органов дыхания. Основные жалобы и механизм возникновения.

12. Осмотр грудной клетки. Оценка формы грудной клетки, типа дыхания.

Определение частоты, глубины дыхания. Инспираторная и экспираторная одышка. Различные формы нарушения ритма дыхания.

13. Пальпация грудной клетки. Определение болезненных участков, резистентности грудной клетки. Исследование голосового дрожания, его диагностическое значение. Причины его усиления или ослабления.

14. Перкуссия легких. Методика и правила перкуссии.

15. Сравнительная перкуссия легких. Распределение звучности перкуторного тона в различных местах грудной клетки в норме. Патологические изменения перкуторного звука.

16. Сравнительная перкуссия легких. Изменение перкуторного звука при патологических процессах со стороны легких и плевры.

17. Различные виды перкуторных звуков и их диагностическое значение. Определение экскурсии нижних краев легких при дыхании.

18. Топографическая перкуссия. Определение верхних границ легких, ширины полей Кренига, нижних границ легких. Причины смещения границ.

19. Аускультация легких. Методика и правила аускультации. Нормальные дыхательные шумы, механизм их возникновения.

20. Аускультация легких. Изменения везикулярного дыхания. Бронхиальное дыхание при патологических условиях. Причины его появления и диагностическое значение. Амфорическое дыхание. Везикулобронхиальное дыхание.

21. Аускультация легких. Побочные дыхательные шумы, механизм их возникновения, диагностическое значение.

22. Аускультация легких. Сухие и влажные хрипы. Крепитация. Шум трения плевры. Их различие и механизмы возникновения. Диагностическое значение.

23. Бронхофония, голосовое дрожание. Диагностическое значение их ослабления и усиление. Шум трения плевры.
24. Понятие о рентгеноскопии, рентгенографии и томографии легких. Бронхоскопия, показания и противопоказания к бронхоскопии. Понятие о биопсии слизистой бронхов, легких, плевры, увеличенных трахеобронхиальных лимфатических узлов. Исследование бронхоальвеолярного содержимого.
25. Методы исследования функционального состояния легких. Спирография. Дыхательные объемы и емкости, диагностическое значение их изменений. Проба Тиффно. Понятие о пневмотахометрии и пневмотахографии.
26. Физикальные признаки синдромов уплотнения легкого, полости в легком и пневмоторакса.
27. Синдром нарушения бронхиальной проходимости. Диагностическое значение инструментальных методов диагностики.
28. Бронхиальная астма. Патогенез. Клинические симптомы. Осложнения.
29. Острый и хронический бронхит. Клинические и инструментальные методы выявления нарушений бронхиальной проходимости. Диагностическое значение пневмотахометрии.
30. Синдром наличия газа и жидкости в плевральной полости. Гидроторакс. Пневмоторакс.
31. Плевриты и их классификация. Экссудативный плеврит. Синдром скопления газа и жидкости в плевральной полости. Физико-химическое и микроскопическое исследование плеврального выпота.
32. Заболевания, сопровождающиеся образованием полостей в легком. Клинические симптомы полости в легком. Абсцесс, бронхоэктатическая болезнь, рак легкого. Клинические симптомы.
33. Синдром повышения воздушности легочной ткани. Эмфизема легких. Причины развития. Первичная эмфизема, вторичная эмфизема. Понятие об обструктивной эмфиземе.
34. Очаговая пневмония. Этиология. Симптоматология. Особенности течения.
35. Крупозная пневмония. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Течение. Осложнения.
36. Синдром недостаточности функции внешнего дыхания (острой и хронической). Диагностика вентиляционных нарушений (рестрикция, обструкция, альвеолярно-капиллярный блок). Степени дыхательной недостаточности.
37. Ателектаз. Стадии формирования обтурационного ателектаза. Компрессионный ателектаз. Симптоматология. Значение инструментальных методов исследования.
38. Исследование мокроты. Характер мокроты при различных заболеваниях легких.
39. Плевральная пункция. Показания, методика, возможные осложнения. Лабораторное исследование плевральной жидкости. Отличия транссудата от экссудата.
40. Развитие сердечной недостаточности при заболеваниях бронхолегочной системы. Синдром хронического легочного сердца.

2. Вопросы к промежуточному контролю по сердечно-сосудистой системе.

2. Расспрос больных с заболеваниями системы кровообращения. Характеристика основных жалоб сердечного больного, механизм их развития.
2. Осмотр сердечного больного. Цвет кожных покровов, румянец, бледность, цианоз. Положение больного. Различия легочного и сердечного цианоза. Пастозность. Отеки.
3. Виды одышки. Особенности одышки у кардиального больного. Сердечная астма. Первая помощь.
4. Механизм возникновения сердечных отеков. Локализация, выявление. Диагностическое значение. Асцит.
5. Исследование периферических сосудов. Признаки поражения артерий (осмотр, пальпация, аускультация) и вен (осмотр, пальпация).
6. Исследование артериального пульса. Его свойства на лучевых артериях.

Латинская терминология.

7. Осмотр области сердца: сердечный горб, сердечный и верхушечный толчок, эпигастральная пульсация. Пальпация области сердца. Определение систолического и диастолического дрожания, диагностическое значение.

8. Измерение артериального давления по методу Короткова. Современные методы измерения АД. Суточное мониторирование АД, его диагностическое значение.

9. Перкуссия области сердца. Определение границ относительной и абсолютной тупости сердца, сосудистого пучка. Определение конфигурации относительной тупости сердца.

Диагностическое значение изменения границ относительной и абсолютной тупости сердца.

10. Осмотр сосудов шеи: набухание вен и пульсация вен (отрицательный и положительный венозный пульс). Отличие венозной и артериальной пульсации на шее, причины их возникновения, диагностическое значение. Визуальное определение центрального венозного давления.

11. Аускультация сердца. Основные правила аускультации сердца. Нормальные тоны сердца, механизм их возникновения и характеристика. Понятие о трехчленном ритме.

12. Аускультация сердца. Проекция клапанов сердца на грудную клетку и места наилучшего их выслушивания. Изменения тонов сердца: изменение громкости тонов, появление расщепления (раздвоения), появление дополнительных тонов: «ритм перепела», «ритм галопа», маятникообразный ритм.

13. Аускультация артерий и вен. Шум волчка. Двойной тон Траубе. Патологический шум Дюрозье.

14. Аускультация сердца. Шумы сердца, механизм их возникновения, места наилучшего выслушивания. Функциональные и органические шумы, их различия. ФКГ характеристика.

15. Шумы сердца, их классификация и семиологическое значение при различных заболеваниях. Характеристика шумов наполнения, регургитации, изгнания.

16. Лабораторные методы исследования при заболевании сердца и сосудов. Их диагностическое значение.

17. ФКГ. Принцип метода. Анализ фонокардиограммы.

18. Физиологические основы ЭКГ. Нормальная электрокардиограмма - анализ основных зубцов и интервалов.

19. Эхокардиография. Показания к назначению исследования. Понятие о диагностических возможностях одномерного, двухмерного и доплеровского сканирования сердца и сосудов.

20. Рентгенологическое исследование сердца. Диагностическое значение. Понятие об ангиографии и коронароангиографии.

21. Ревматизм. Этиология, патогенез. Симптоматология ревматического полиартрита, ревматического эндомиокардита. Диагностические критерии ревматизма. Клиническая и лабораторная диагностика.

22. Инфекционный эндокардит. Этиология, патогенез. Клиническая картина. Современные диагностические критерии. Симптоматология.

23. Эндокардиты. Ревматический эндомиокардит. Симптоматология.

24. Сужение левого атрио-вентрикулярного отверстия. Этиология, гемодинамика, симптоматология. Фонокардиографические и электрокардиографические данные.

25. Недостаточность митрального клапана. Гемодинамика. Клиническая и инструментальная симптоматология. (Электрокардиография и фонокардиография).

26. Болезни миокарда. Миокардиты, этиология, клиника. Миокардиодистрофия. Кардиосклероз. Симптоматология, диагностика.

27. Недостаточность аортального клапана. Этиология. Симптоматология. Данные ЭхоКГ, электрокардиографического и фонокардиографического исследования.

28. Стеноз устья аорты. Гемодинамика, симптоматология.

Электрокардиографические и фонокардиографические данные. Диагностическое значение инструментальных методов исследования (рентгенография, ЭКГ, ФКГ, ЭхоКГ).

29. Синдром артериальной гипертензии. Понятие о симптоматических гипертониях. Гипертонический криз, первая помощь.
30. Гипертоническая болезнь. Патогенетические факторы. Симптоматология. Поражение «органов-мишеней». Понятие о современной классификации (по степени, группам риска). Осложнения.
31. Недостаточность кровообращения. Сердечная недостаточность. Причины и гемодинамические следствия сердечной недостаточности.
32. Острая сердечная недостаточность. Синдромы острой левопредсердной и левожелудочковой недостаточности. Клинические проявления сердечной астмы и отека легких. Неотложная помощь. Синдром острой правожелудочковой недостаточности, причины возникновения, клинические проявления.
33. Синдром хронической недостаточности (лево- и правожелудочковой). Патогенез симптомов. Механизмы компенсации недостаточности сердца. Стадии хронической сердечной недостаточности.
34. Синдромы острой сосудистой недостаточности (обморок, коллапс, шок). Причины возникновения. Механизм развития. Клинические проявления.
35. Неотложная помощь при болях в сердце (кардиалгии, ангинозные боли).
36. Мерцательная аритмия. Патогенез. Клиническая и электрокардиографическая диагностика.
37. Пароксизмальная тахикардия. Клиника. Электрокардиографическая диагностика.
38. Атрио-вентрикулярная блокада. Синдром Морганьи-Эдемса-Стокса.
39. Экстрасистолия. Классификация. Клиническая и электрокардиографическая симптоматика.
40. Понятие об ишемической болезни сердца. Стенокардия. Этиология. Патогенез. Клиническая симптоматика. Значение функциональной диагностики коронарной недостаточности.
41. Синдром острой коронарной недостаточности.
42. Атеросклероз и артериосклероз. Атеросклеротический кардиосклероз, симптоматика, диагностика.
43. Инфаркт миокарда. Приоритет отечественных ученых (В.П.Образцов, Н.Д.Стражеско, Е.И.Чазов) в области изучения этого заболевания. Симптоматология различных клинических форм. Данные электрокардиографического исследования.
44. ЭКГ-диагностика инфаркта миокарда.

Вопросы к промежуточному контролю по ЖКТ

- 1 Расспрос больных с заболеваниями системы пищеварения. Основные жалобы, механизм их возникновения. Анамнез заболевания, анамнез жизни.
- 2 Осмотр живота. Методика поверхностной ориентировочной пальпации. Определение зон гиперчувствительности кожи, болезненных мест живота, резистентности и мышечной защиты. Симптом раздражения брюшины Щеткина-Блюмберга.
- 3 Пальпация органов брюшной полости. Глубокая методическая скользящая пальпация живота. Диагностическое значение. Роль Образцова В.П., Стражеско Н.Д., Василенко В.Х. в изучении методов исследования органов брюшной полости.
- 4 Исследование желудочной секреции. Методика фракционного желудочного зондирования. Понятие о базальной и стимулируемой секреции желудка (гистаминовый и пентагастриновый раздражители). Оценка кислотообразующей функции желудка по продукции соляной кислоты: понятие о дебит-часе HCl базальной, субмаксимальной и максимальной секреции и его подсчете. Понятие о pH-метрии.
- 5 Функциональное исследование секреторной функции желудка. Химическое исследование желудочного содержимого (определение общей, свободной и связанной соляной кислоты). Состояние секреторной функции желудка при язвенной болезни и раке желудка. Гиперсекреторный и гипосекреторный синдром.

- 6** Методы выявления *Helicobacter pylori* (цитологический, гистологический и иммунологические методы, уреазный тест). Диагностическое значение.
- 7.** Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. Этиологические и патогенетические факторы. Клинические симптомы. Гиперсекреторный синдром. Осложнения язвенной болезни.
- 8** Рак желудка. Этиология, патогенез. Симптоматология. Ранняя диагностика. Синдром нарушенной эвакуации из желудка.
- 9** Общая симптоматология заболеваний тонкого кишечника. Синдром поражения тонкой кишки. Хронический энтерит. Этиология, патогенез. Клиническая картина.
- 10** Симптоматология заболеваний толстого кишечника. Синдром поражения толстого кишечника. Хронический колит. Этиология, патогенез. Клиническая картина. Неспецифический язвенный колит. Симптоматология.
- 11.** Синдром «острого живота», причины возникновения, клиническая картина.
- 12** Синдромы нарушения всасывания и экссудативной энтеропатии. Причины развития, симптоматология.
- 13.** Синдромы недостаточности кишечного всасывания и пищеварения. Этиология, патогенез, симптоматология.
- 14** Инструментальные и лабораторные методы исследования кишечника. Диагностическое значение анализа кала. Основные копрологические синдромы.
- 15.** Гастриты (острый и хронический). Этиология, патогенез. Клинические проявления.
- 16** Дуоденальное зондирование. Показания и противопоказания. Клиническая трактовка результатов исследования.
- 17** Пальпация и перкуссия печени и селезенки. Определение размеров печени и селезенки. Семиологическое значение изменения края и поверхности печени.
- 18** Лабораторные методы исследования функции печени, характеризующие ее участие в пигментном, углеводном, белковом, жировом и минеральном обмене. «Печеночные пробы». Понятие о лабораторных синдромах (цитоллиз, холестаз, воспаление, гепатоцеллюлярная недостаточность).
- 19** Иммунологические методы исследования печени. Понятие о маркерах вирусного гепатита.
- 20** УЗИ печени, селезенки, желчевыводящих путей. Диагностическое значение. Общее представление о пункционной биопсии печени и лапароскопии.
- 21** Рентгенологическое исследование желчевыводящих путей: понятие о холецистографии, внутривенной холеграфии, холангеографии. Понятие о радионуклидных методах исследования печени (гепатографии, радионуклидном сканировании печени).
- 22** Общая симптоматология заболеваний печени. Основные клинические синдромы.
- 23.** Синдром портальной гипертензии. Механизм развития асцита и периферических отеков.
- 24** Методы исследования желчного пузыря. Пальпация желчного пузыря и выявление пузырных симптомов. Диагностическое значение УЗИ, дуоденального зондирования, холецистографии.
- 25** Механизм гипербилирубинемии. Характеристика различных типов желтухи (подпеченочной, печеночной, надпеченочной).
- 26** Клиническая, лабораторная, инструментальная диагностика желтух
- 27** Хронические гепатиты. Этиология и патогенез. Классификация. Основные клинические синдромы. Понятие об активности, стадии процесса.
- 28** Циррозы печени. Этиология и патогенез. Классификация. Клинические проявления.
- 29.** Печеночная недостаточность. Формы. Симптоматология и диагностика.
- 30** Желчнокаменная болезнь. Этиология, патогенез, клиническая картина, течение и осложнения.
- 31** Холециститы (острый и хронический). Этиология, патогенез. Симптоматология и

диагностика.

32 Панкреатиты (острый и хронический). Этиология, патогенез, симптоматология.
Основные принципы лечения.

Вопросы к промежуточному контролю по мочевыделительной системе.

2. Расспрос больных с заболеваниями почек и мочевыводящих путей. Основные жалобы и их патогенез.
2. Осмотр больных с заболеваниями почек. Внешний вид больного с заболеваниями почек. Определение симптома Пастернацкого, его диагностическое значение. Методика пальпации почек.
3. Протеинурия. Патогенез. Виды протеинурии. Диагностическое значение. Методы выявления.
4. Общий анализ мочи: удельный вес, содержание белка, реакция, прозрачность, цвет, запах, микроскопическое исследование мочевого осадка. Диагностическое значение выявляемых изменений.
5. Функциональное исследование почек. Проба Зимницкого. Проба Реберга. Диагностическое значение.
6. Визуализирующие методы исследования мочевыделительной системы.
7. Микроскопическое исследование мочевого осадка. Его диагностическое значение. Исследование мочи по Нечипоренко, Аддис-Каковскому. Бактериологическое исследование мочи.
8. Механизм образования отеков при почечных заболеваниях. Особенности почечных отеков; их отличие от отеков другого происхождения.
9. Острый гломерулонефрит. Этиология, патогенез. Клинические проявления. Исходы.
10. Хронический гломерулонефрит. Этиология, патогенез. Клинические проявления. Исходы. Биопсия почек, диагностическое значение.
11. Пиелонефрит (острый и хронический). Этиология, патогенез. Клинические проявления.
12. Почечная эклампсия. Клинические проявления. Основные принципы лечения.
13. Нефротический синдром. Этиология, патогенез. Клинические проявления. Понятие об амилоидозе почек.
14. Хроническая почечная недостаточность: причины, клинико-биохимическая симптоматика. Стадии ХПН. Уремическая кома.
15. Острая почечная недостаточность. Варианты ОПН. Этиология, клинические проявления. Принципы лечения.
16. Мочекаменная болезнь. Этиология, патогенез. Клинические проявления. Синдром почечной колики. Диагностическое значение рентгенологического метода исследования и УЗИ.

Вопросы к промежуточному контролю по эндокринной системе.

1. Методы исследования при заболеваниях щитовидной железы. Гипотиреоз, основные клинические симптомы.
2. Диффузный токсический зоб. Этиология и патогенез. Клинические проявления.
3. Сахарный диабет. Этиология и патогенез. Клинические проявления. Осложнения. Качественные и количественные методы определения сахара в крови, моче.
4. Диабетическая и гипогликемическая комы. Клинические проявления. Основные принципы лечения.
5. Надпочечниковая недостаточность. Симптоматология.

6. «Острые аллергозы»: крапивница, ангионевротический отек, анафилактический шок.
7. Алиментарное и гипотизарное ожирение.
8. Общее представление о гипо- и авитаминозах.

Вопросы к промежуточному контролю по органам кроветворения.

1. Расспрос больных при заболеваниях органов кроветворения. Основные жалобы больных, их диагностическое значение.
2. Физические методы исследования при заболеваниях крови. Осмотр. Перкуссия и пальпация печени и селезенки. Пальпация лимфатических узлов, методика, диагностическое значение выявляемых изменений.
3. Лабораторные и инструментальные методы исследования при заболеваниях системы крови. Диагностическое значение пункции костного мозга, лимфоузлов, трепанобиопсии.
4. Общий клинический анализ крови. Диагностическое значение изменений показателей гемограммы (изменение содержания гемоглобина, эритроцитов, цветового показателя, лейкоцитарная формула крови, увеличение СОЭ).
5. Счет эритроцитов. Определение гемоглобина и цветового показателя крови. Скорость оседания эритроцитов. Диагностическая ценность этих методов исследования крови.
6. Лейкоцитарная формула и ее изменения при различных заболеваниях внутренних органов. Лейкопения, лейкоцитоз и лейкомоидные реакции.
7. Основные методы исследования свертывающей и антисвертывающей системы крови. Аутоиммунные тромбоцитопении.
8. Геморрагический синдром. Основные заболевания, сопровождающиеся кровоточивостью. Симптоматология геморрагических васкулитов и гемофилии.
9. Анемии. Основные виды. Особенности жалоб при различных видах анемии. Симптоматология и диагностика острой и хронической постгеморрагической анемии.
10. Железодефицитные анемии. Патогенез. Симптоматология. Гематологическая картина. Основные принципы лечения.
11. В12-фолиево-дефицитная анемия. Патогенез. Симптоматология.
12. Основные синдромы, отражающие изменения системы крови. Миелопролиферативный и лимфопролиферативный синдромы. Клинические проявления.
13. Острый лейкоз. Этиология и патогенез. Классификация. Клинические проявления, картина периферической крови.
14. Гематологическая картина при хроническом лимфолейкозе и лимфогранулематозе. Значение пункции лимфатического узла.
15. Хронический миелолейкоз. Клиника, гематологическая картина. Значение стеральной пункции.
16. Хронический лимфолейкоз. Клиника, гематологическая картина. Значение стеральной пункции.
17. Основные клинические синдромы при ВИЧ-инфекции.
18. Меры профилактики ВИЧ-инфекции.

Вопросы к промежуточному контролю по костно-мышечной системе

2. Исследования больных с заболеваниями костно-мышечной системы и суставов. Расспрос. Физические методы исследования.

2. Суставной синдром. Его особенности при ревматизме и ревматоидном артрите.
3. Техника первой доврачебной помощи при остановке сердца и дыхания. Методы искусственной вентиляции легких.
4. Синдромы пищевода, желудка и кишечника. Неотложная помощь.

Вопросы к самостоятельным работам

1. Медицинская деонтология и проблема эвтаназии. Ятрогения.

1. Что такое деонтология?
2. Кто впервые ввел термин «деонтология»?
3. Что изучает деонтология?
4. Виды деонтологии?
5. Что такое медицинская этика?
6. Цели и задачи деонтологии?
7. Что такое эвтаназия?
8. Виды эвтаназии?
9. В каких странах разрешена эвтаназия?
10. Кто впервые ввел термин «эвтаназия»?
11. Разрешена ли эвтаназия в Узбекистане?
12. Что такое ятрогения?
13. Виды ятрогении?
14. Кем был введен термин «ятрогения»?
15. Ваше отношение к эвтаназии?

2. Сравнительная диагностика основных и побочных дыхательных шумов. Пневмонии.

1. Что такое основные дыхательные шумы?
2. Виды дыхания?
3. Что такое везикулярное дыхание?
4. Места наилучшего выслушивания везикулярного дыхания?
5. Когда наблюдается жесткое дыхание?
6. Что такое бронхиальное дыхание?
7. Места наилучшего выслушивания бронхиального дыхания?
8. Причины возникновения патологического бронхиального дыхания?
9. Что относится к побочным дыхательным шумам?
10. Виды хрипов?
11. Механизм возникновения крепитации?
12. При каких заболеваниях можно наблюдать крепитацию?
13. Причины возникновения шума трения плевры?
14. Что такое пневмония?
15. Сколько видов пневмоний различают?
16. Этиология пневмоний?
17. Этиология крупозной пневмонии?
18. Этиология очаговой пневмонии?
19. Клиническая картина при атипичной пневмонии?
20. Инструментальная и Лабораторная диагностика атипичной пневмонии?

3. Плевриты

1. Что такое плеврит
2. Причина скопления жидкости в плевральной полости.
3. Какой характер воспалительного экссудата может быть при плеврите.
4. Аускультативные и перкуторные признаки экссудативного плеврита.
5. Какие плевриты различают.
6. Этиология сухого плеврита.
7. Этиология экссудативного плеврита.
8. Патогенез развития плевритов.
9. Перкуторные признаки сухого плеврита
10. Аускультативные признаки сухого плеврита
11. Клиническая картина сухого плеврита.
12. Клиническая картина экссудативного плеврита.
13. Исследование мокроты при экссудативном плеврите.
14. Какая мокрота выделяется при экссудативном плеврите.
15. Методы диагностики плевритов

4. Бронхиальная астма

1. Обследование больных с заболеваниями легких.
2. Что такое бронхиальная астма.
3. Патогенез бронхиальной астмы
4. Этиология бронхиальной астмы.
5. Что в переводе означает слово asthma.
6. Связано ли сезонное изменение с бронхиальной астмой.
7. Является ли бронхиальная астма наследственным заболеванием.
8. Что такое status asthmaticus ?
9. Что такое атопическая бронхиальная астма?.
10. Этиология возникновения атопической бронхиальной астмы.
11. Аускультативные данные при бронхиальной астме.
12. Перкуторные данные при бронхиальной астме.
13. Первая помощь при приступе бронхиальной астмы.
14. Лабораторные методы исследования бронхиальной астмы
15. Инструментальные методы исследования бронхиальной астмы.

5 Сравнительная диагностика органических и функциональных шумов сердца

1. Физические свойства шумов сердца.
2. Органические шумы, причины их возникновения.
3. Функциональные шумы, причины их возникновения.
4. Методика аускультации шумов сердца.
5. Интракардиальные шумы их классификация в зависимости от времени появления.
6. Систолический шум, характеристика, места выслушивания.
7. Диастолический шум, характеристика, места выслушивания.
8. Шум трения перикарда, характеристика, диагностическое значение.
9. Отличие функциональных шумов от органических.
10. Плевроперикардиальный шум трения, характеристика, диагностическое значение.
11. Последовательность исследования сосудистой системы.
12. Свойства артериального пульса, определяемые при пальпации лучевой артерии.

13. Ритм, характеристика пульса при расстройстве сердечного ритма.
14. Характеристика пульса в зависимости от его частоты.
15. Напряжение пульса, метод его оценки.

6 Пороки сердца. Тоны сердца в норме и при патологии

1. Что такое порок сердца.
2. Классификация пороков..
3. Митральный порок, этиология, патогенез..
4. Этиология и патогенез недостаточности аортального клапана.
5. Гемодинамика недостаточности аортального клапана.
6. Жалобы больных с заболеванием недостаточности аортального клапана.
7. Клинические признаки при недостаточности аортального клапана.
8. Что такое «пляска каротид»?
9. Что такое симптом Мюссе?
10. ЭКГ и ФКГ диагностика при недостаточности аортального клапана.
11. Этиология и патогенез стеноза устья аорты.
12. Клиника стеноза устья аорты
13. Покажите места выслушивания тонов сердца.
14. Механизм образования I тона.
15. Механизм образования II тона.
16. Разница I тона от II тона.
17. Механизм образования III тона.

7. Симптоматология бактериального эндокардита

1. Что такое бактериальный эндокардит?
2. Какие возбудители вызывают развитие бактериального эндокардита ?
3. Механизм и пути проникновения возбудителей бактериального эндокардита ?
4. Клиническая картина при бактериальном эндокардите?
5. Патогенез бактериального эндокардита?
6. Дифференциальная диагностика бактериального эндокардита?
7. Инструментальная диагностика бактериального эндокардита?
8. Лабораторная диагностика бактериального эндокардита?
9. Аускультативные признаки бактериального эндокардита?
10. Перкуторные признаки бактериального эндокардита?
11. Прогноз бактериального эндокардита?
12. Осложнения бактериального эндокардита?
13. Лечение бактериального эндокардита ?
14. ЭКГ признаки бактериального эндокардита?
15. Профилактика бактериального эндокардита?

8. Симптоматологии постинфарктного кардиосклероза

1. Что такое ишемическая болезнь сердца (ИБС)?
2. Классификация ИБС по клиническим формам?
3. Факторы риска ишемической болезни сердца?
4. Что такое стенокардия?
5. Виды стенокардии?
6. Причины возникновения стенокардии?
7. Патогенез инфаркта миокарда?
8. Формы инфаркта миокарда?
9. Этиология инфаркта миокарда?
10. Лабораторные признаки инфаркта миокарда?
11. ЭКГ признаки инфаркта миокарда?
12. Что такое постинфарктный кардиосклероз?
13. Этиология постинфарктного кардиосклероза?
14. Клиника постинфарктного кардиосклероза?
15. Лечение постинфарктного кардиосклероза?

9. Симптоматология дилатационной кардиомиопатии.

1. Что такое дилатационная кардиомиопатия?
2. Этиология дилатационной кардиомиопатии ?
3. Виды дилатационной кардиомиопатии?
4. Клиническая картина при дилатационной кардиомиопатии?
5. Патогенез дилатационной кардиомиопатии?
6. Дифференциальная диагностика дилатационной кардиомиопатии?
7. Инструментальная диагностика дилатационной кардиомиопатии?
8. Объективные данные при дилатационной кардиомиопатии
9. Аускультативные признаки дилатационной кардиомиопатии?
10. Варианты течения дилатационной кардиомиопатии?
11. Прогноз дилатационной кардиомиопатии?
12. Осложнения дилатационной кардиомиопатии?
13. Лечение дилатационной кардиомиопатии?
14. ЭКГ признаки дилатационной кардиомиопатии?
15. Профилактика дилатационной кардиомиопатии?

10. Ишемическая болезнь сердца

1. Что такое ишемическая болезнь сердца (ИБС)?
2. Классификация ИБС по клиническим формам?
3. Факторы риска ишемической болезни сердца?
4. Что такое стенокардия?
5. Виды стенокардии?
6. Причины возникновения стенокардии?
7. Патогенез инфаркта миокарда?
8. Формы инфаркта миокарда?
9. Этиология инфаркта миокарда?
10. Лабораторные признаки инфаркта миокарда?
11. ЭКГ признаки инфаркта миокарда?
13. Осложнения инфаркта миокарда

14. Осложнения стенокардии
15. Диагностика стенокардий

11. Диагностика гипо- и авитаминозов.

1. Что такое гиповитаминоз?
2. Что такое авитаминоз?
3. Клиническая картина при гиповитаминозах?
4. Причины возникновения гиповитаминозов?
5. Причины возникновения авитаминозов?
6. Клиническая картина при недостаточности витамина А в организме?
7. Клиническая картина при недостаточности витамина К в организме?
8. Принципы лечения при недостаточности витамина К в организме?
9. При недостаточности какого витамина развивается цинга?
10. При недостаточности какого витамина развивается болезнь Бери-Бери?
11. Клиническая картина при недостаточности витамина Е в организме?
12. Клиническая картина при недостаточности витамина В1 в организме?
13. Клиническая картина при недостаточности витамина В12 в организме?
14. Клиническая картина при авитаминозах?
15. Основные принципы лечения гипо- и авитаминозов?

12 Симптоматология хронического гепатита «С» и «Д».

1. Что такое хронический вирусный гепатит «С»?
2. Причины возникновения хронического вирусного гепатита «С»?
3. Клиническая картина хронического вирусного гепатита «С»?
4. Патогенез хронического вирусного гепатита «С»?
5. Дифференциальная диагностика хронического вирусного гепатита «С»?
6. Диагностика хронического вирусного гепатита «С»?
7. Что такое хронический вирусный гепатит «Д»?
8. Клиническая картина хронического вирусного гепатита «Д»?
9. Осложнения хронического вирусного гепатита «Д» и «С»?
10. Консервативное лечение хронического вирусного гепатита «Д» и «С»?
11. Профилактика хронического вирусного гепатита «Д» и «С»?
12. Патогенез хронического вирусного гепатита «Д»?
13. Частота встречаемости хронического вирусного гепатита «Д» и «С»?
14. Диагностика гепатита С в латентной фазе?
15. Факторы риска развития хронического вирусного гепатита «Д» и «С»?

13. Гастриты и язвенная болезнь.

1. Гастрит, определение, классификация.
2. Этиология и патогенез гастрита.
3. Клиническая симптоматология хронического гастрита типа А.
4. Клиническая картина хронического гастрита типа В.
5. Понятие об инструментальных методах исследования желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).
6. Понятие язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.
7. Этиология и патогенез язвенной болезни и 12-перстной кишки.
8. Жалобы характерные для язвенной болезни желудка.
9. Жалобы, характерные для 12-перстной кишки.
10. Основные признаки, выявляемые при общем осмотре больных с обострением язвенной болезни.

11. Симптомы выявляемые при физическом исследовании больных с язвенной болезнью желудка и 12- перстной кишки.
12. Рентгенологические критерии язвы желудка.
13. Эндоскопический метод диагностики язвенной болезни.
14. Осложнения язвенной болезни.
15. Симптомы, характерные для язвенного кровотечения.

14. Нефриты. Симптоматология хронической почечной недостаточности.

1. Что такое хроническая почечная недостаточность?
2. Этиология и патогенез хронической почечной недостаточности?
3. Клиническая картина при хронической почечной недостаточности?
4. Инструментальная диагностика хронической почечной недостаточности?
5. Лабораторная диагностика хронической почечной недостаточности?
8. Факторы риска развития хронической почечной недостаточности?
9. Осложнения хронической почечной недостаточности?
10. Лечение хронической почечной недостаточности?
11. Этиология и патогенез нефритов?
12. Частота хронической почечной недостаточности?
13. Факторы риска развития хронической почечной недостаточности?
14. Стадии заболевания хронической почечной недостаточности?
15. Основные клинические синдромы при хронической почечной недостаточности?

15. Симптоматология амилоидоза почек.

1. Что такое амилоидоз?
2. Причины возникновения амилоидоза почек ?
3. Клиническая картина амилоидоза почек?
4. Патогенез амилоидоза почек?
5. Дифференциальная диагностика амилоидоза почек?
6. Инструментальная диагностика амилоидоза почек?
7. Лабораторная диагностика амилоидоза почек?
8. Прогноз при амилоидозе почек?
9. Осложнения амилоидоза почек?
10. Лечение амилоидоза почек?
11. Профилактика амилоидоза почек?
12. Частота встречаемости амилоидоза почек?
13. Факторы риска развития амилоидоза почек?
14. Классификация амилоидоза почек?
15. Стадии амилоидоза почек?

16. Симптоматология анемий и лейкозов..

1. Лейкоз понятие.
2. Классификация лейкоза.
3. Патопизиология лейкоза .
4. Лейкоз. Понятие, этиология, патогенез.
5. Клинические признаки лейкозов.
6. Клиническая картина лейкозов, принципы лечения.
7. Общие признаки гемолиза эритроцитов.
8. Миелолейкоз, понятие, этиология, патогенез.
9. Лимфолейкоз, клиническая картина.
10. Лабораторные исследования, необходимые для подтверждения диагноза лейкозов.

11. Что такое анемия?
12. Классификация анемий?
13. Этиология ЖДА
14. Лабораторные признаки ЖДА
15. Анемический синдром.

17.Симптоматология хлороза.

- 1.Что такое хлороз?
- 2.Причины возникновения хлороза?
- 3.Клиническая картина хлороза?
- 4.Патогенез хлороза?
- 5.Критерии диагностики хлороза?
- 6.Профилактика хлороза ?
7. Лечение хлороза ?
8. Лабораторные изменения при хлорозе?
9. Распространенность хлороза?
10. Частота встречаемости хлороза?

18.Симптоматология эритремии.

1. Что такое эритремия?
2. Причины возникновения эритремии?
3. Клиническая картина эритремии?
4. Патогенез эритремии?
5. Дифференциальная диагностика эритремии?
6. Критерии диагностики эритремии?
7. Лабораторная диагностика эритремии?
8. Прогноз при эритремии?
9. Осложнения эритремии?
10. Лечение эритремии?

19. Сахарный диабет. Сравнительная диагностика гипер и гипогликемической ком.

1. Что такое гипергликемическая кома?
2. Причины возникновения гипергликемической комы?
3. Клиническая картина гипергликемической комы?
4. Патогенез гипергликемической комы?
5. Этиология сахарного диабета?
6. Диагностика гипергликемической и гипергликемической комы?
7. Что такое гипогликемическая кома?
8. Клиническая картина гипогликемической комы?
9. Осложнения гипогликемической комы?
10. Методы лечения гипогликемической комы ?
11. Методы лечения гипергликемической комы
11. Профилактика гипергликемической и гипогликемической комы?
- 12.Патогенез гипогликемической комы ?
13. Классификация сахарного диабета ?
14. Диагностика сахарного диабета?
15. Факторы риска развития гипергликемической и гипогликемической ком?

20. Тиреотоксикоз. Пальпация щитовидной железы.

1. Понятие о диффузно-токсическом зобе.

2. Этиология диффузно-токсического зоба.
3. Патогенез диффузно-токсического зоба.
4. Жалобы больных с гипертериозом.
5. Пальпация щитовидной железы
6. Назовите степен увеличения щитовидной железы
7. Перечислите глазные симптомы (по авторам)
8. Лабораторная и инструментальная диагностика гипертериоза.
9. Лечение гипертериоза.
10. Понятие о гипотериозе.
11. Причины гипотериоза.
12. Клинические симптомы гипотериоза.
13. Лечение гипотериоза.
14. Профилактика гипотериоза.

21. Симптоматология Аддисоновой болезни.

1. Что такое болезнь Аддисона?
2. Причины возникновения Аддисоновой болезни?
3. Клиническая картина Аддисоновой болезни?
4. Патогенез Аддисоновой болезни?
5. Дифференциальная диагностика Аддисоновой болезни?
6. ЭКГ диагностика Аддисоновой болезни?
7. Лабораторная диагностика Аддисоновой болезни?
8. Прогноз при Аддисоновой болезни?
9. Осложнения Аддисоновой болезни?
10. Лечение Аддисоновой болезни?
11. Профилактика Аддисоновой болезни?
12. Факторы риска развития Аддисоновой болезни?
13. Причины возникновения аддисонического криза?
14. Симптомы аддисонического криза?
15. Классификация Аддисоновой болезни?

22. Ревматоидный артрит . Симптоматология суставного синдрома.

1. Жалобы больных с заболеваниями суставов.
2. Осмотр больных с заболеваниями суставов.
3. Пальпация суставов.
4. Симптомы артритов
5. Понятие об ревматоидном артрите.
6. Клинические признаки ревматоидного артрита
7. Лечение ревматоидного артрита
8. Осложнения ревматоидного артрита
9. Особенности жалоб больных и характерные клинические проявления артритов.
10. Особенности жалоб больных при дегенеративно-дистрофических заболеваниях суставов.
11. Изменения в области суставов, выявляемые при осмотре больных с заболеваниями суставов.
12. Пальпация мышц и суставов при заболеваниях костно-мышечной системы.
13. Рентгенологические изменения, наблюдающиеся при артрозах, артритах.
14. Лабораторные тесты, применяемые при обследовании больных с заболеваниями суставов.
15. Профилактика возникновения ревматоидного артрита.

24. Симптоматология болезни Бехтерева.

1. Что такое болезнь Бехтерева ?
2. Причины возникновения болезни Бехтерева?
3. Клиническая картина болезни Бехтерева?
4. Патогенез болезни Бехтерева?
5. Дифференциальная диагностика болезни Бехтерева?
6. Эпидемиология болезни Бехтерева?
7. Лабораторная диагностика болезни Бехтерева?
8. Прогноз при болезни Бехтерева?
9. Осложнения болезни Бехтерева?
10. Лечение болезни Бехтерева?
11. Профилактика болезни Бехтерева?
12. Факторы риска развития болезни Бехтерева?
13. Инструментальная диагностика болезни Бехтерева?
14. Течение болезни Бехтерева?
15. Немедикаментозные методы лечения болезни Бехтерева?

24. Симптоматология системной красной волчанки.

1. Что такое системная красная волчанка?
2. Причины возникновения системной красной волчанки?
3. Клиническая картина системной красной волчанки?
4. Патогенез системной красной волчанки?
5. Дифференциальная диагностика системной красной волчанки?
6. Эпидемиология системной красной волчанки?
7. Лабораторная диагностика системной красной волчанки?
8. Диагностические критерии системной красной волчанки?
9. Осложнения системной красной волчанки?
10. Лечение системной красной волчанки?
11. Профилактика системной красной волчанки?
12. Дерматологические проявления системной красной волчанки?
13. Неврологические проявления системной красной волчанки?
14. Течение системной красной волчанки?
15. Сердечно сосудистые нарушения при системной красной волчанке?

25. Симптоматология системной склеродермии.

1. Что такое системная склеродермия?
2. Причины возникновения системной склеродермии?
3. Клиническая картина системной склеродермии?
4. Патогенез системной склеродермии?
5. Дифференциальная диагностика системной склеродермии?
6. Эпидемиология системной склеродермии?
7. Что такое синдром Рейно?
8. Диагностические критерии системной склеродермии?
9. Осложнения системной склеродермии?
10. Лечение системной склеродермии?
11. Профилактика системной склеродермии?
12. Дерматологические проявления системной склеродермии?
13. Что такое CREST- синдром?
14. Течение системной склеродермии?

15. Прогноз системной склеродермии?

26.Симптоматология дерматомиозита.

1. Что такое дерматомиозит?
2. Причины возникновения дерматомиозита?
3. Клиническая картина дерматомиозита?
4. Патогенез дерматомиозита?
5. Дифференциальная диагностика дерматомиозита?
6. Эпидемиология дерматомиозита?
7. Классификация дерматомиозита?
8. Диагностика дерматомиозита?
9. Осложнения дерматомиозита?
10. Лечение дерматомиозита?
11. Профилактика дерматомиозита?
12. Дерматологические проявления дерматомиозита?
13. Причины поражения легких ,сердца и ж.к.т.при дерматомиозите?
14. Течение дерматомиозита?
15. Прогноз дерматомиозита?

Техника выполнения практических навыков.

Техника дуоденального зондирования.

Критерии оценки знаний студентов

86-100 отлично	Знает показания техники дуоденального зондирования, правильно выполняет, показывает практических навыков .Знает поэтапно выполнение практических навыков, Правильно выполняет последовательности этапы практических знание. Правильно даёт нужные рекомендации. Обобщает, оценивает, понимает, выполняет, анализирует, знает.
71-85 хорошо	Знает показания техники дуоденального зондирования, правильно выполняет, показывает практическое значение. Знает поэтапно выполнение практических навыков, ошибается при выполнении практических навыков допускает ошибки. правильно даёт нужные рекомендации. Выполняет, понимает, знает.
55-70 Удовлет.	Знает все показания выполняет техники дуоденального зондирования , правильно выполняет практическое знание. При правильного по этапного выполнение практических навыков не может выполнять. Понимает, знает.
0-54 неудов	Не знает показания к методике определения, не правильно выполняет, не показывает практические навыки, не может анализировать

Задание студенту № 1 Покажите технику дуоденального зондирования.

Ответ.

1. Правильно положить больного на стул.

2. Положить рядом с больным полотенце и поставить у ног, около колен посуду.
3. Психологически подготовить больного (объяснить дышать ровно и правильно, выполнять все указания мед сестры).
4. Приказывается больному открыть шире рот и высунуть язык.
5. Этим временем вы держа головную часть зонда в правой руке не дотрагиваясь до языка больного суете его в горло пациента.
6. Больному приказывается закрыть рот и потихоньку глотать зонд при этом не надавливая на него.
7. Глотание зонда продолжается до 3 й отметки зонда.
8. Уложить больного на кушетку правой стороной при низком положении головы (без подушки).
9. Под правую реберную дугу поставить твердый предмет, затем теплую грелку.
10. Дуоденальный зонд ставится в первую пробирку, которая находится в штативе (пробирки ставятся ниже положения больного), берется первая порция жидкости 12 перстной кишки.
11. Затем повернуть больного наоборот и с конца зонда отправить 50-60 мл 33 процентного раствора магnezая сульфата, подождать 10 мин сжимая конец зонда.
12. Снять сжиматель и собрать вот 2ю пробирку жидкость из желудочного пузыря.
13. По изменению цвета жидкости зонд переводится из 2 й пробирки в 3 ю, то есть берется 3 я порция жидкости.
14. После прекращения течения из дуоденального зонда жидкости поднять больного с места и посадить его на стул, затем с осторожностью вынести зонд. Взятые жидкости отправляются для исследования (в лабораторию).

Зондирование желудка

Критерии оценки знаний студентов

86-100 отлично	Знает технику зондирования желудка, правильно выполняет, показывает практических навыков .Знает поэтапно выполнение практических навыков, Правильно выполняет последовательности этапы практических знание. Правильно даёт нужные рекомендации. Обобщает, оценивает, понимает, выполняет, анализирует, знает.
71-85 хорошо	Знает технику зондирования желудка, правильно выполняет, показывает практическое значение. Знает поэтапно выполнение практических навыков, ошибается при выполнении практических навыков допускает ошибки. правильно даёт нужные рекомендации. Выполняет, понимает, знает.
55-70 Удовлет.	Знает все показания выполняет технику зондирования желудка, правильно выполняет практическое знание. При правильного по этапного выполнение практических навыков не может выполнять. Понимает, знает.
0-54 неудов	Не знает показания к методике определения, не правильно выполняет, не показывает практические навыки, не может анализировать

Задание студентам №2. Соберите все нужные принадлежности для зондирования желудка и посадите технику зондирования желудка.

Ответ.

1. Студент должен провести стерилизацию зонда.
2. Больному объясняется цель исследования и его безопасность.
3. Больной усаживается на стул, крепко прижимаясь к спинке.
4. Положить рядом с больным полотенце и поставить у ног, около колен посуду.
5. Студент проходит на правую сторону больного.
6. Грудь больного прикрывается клеенкой или фартуком.
7. До зондирования у каждого больного отмеряется расстояние от пупка до зубов (резцов). Глотается зонд.
8. Больной широко открыв рот издает голос «а» и глубоко дышит через нос.
9. Студент с быстротой сует зонд позади корня языка.
10. Больной закрывает рот и делает несколько глотательных движений.
11. В свободный конец зонда насаживается 20 гр шприц.
12. В течении 1 часа с интервалами по 15 мин в 4 пробирки собирается желудочный сок.
13. Через зонд проводится 200мл теплого бульона или больному проводят пентагастрин.
14. Затем опять в течении 1 часа с интервалами по 15 мин в 4 пробирки собирается желудочный сок повторно.
15. Собранные в 8 пробирок желудочный сок отправляется в лабораторию.
16. После окончания процедуры зонд с осторожностью снимается.

Очистительная клизма.

Критерии оценки знаний студентов

86-100 отлично	Знает показания к методике проведения очистительной клизмы, правильно выполняет, показывает практических навыков. Знает поэтапно выполнение практических навыков, Правильно выполняет последовательности этапы практических знание. Правильно даёт нужные рекомендации. Обобщает, оценивает, понимает, выполняет, анализирует, знает.
71-85 хорошо	Знает показания к методике проведения очистительной клизмы, правильно выполняет, показывает практическое значение. Знает поэтапно выполнение практических навыков, ошибается при выполнении практических навыков допускает ошибки. правильно даёт нужные рекомендации. Выполняет, понимает, знает.
55-70 Удовлет.	Знает все показания выполняет методику очистительной клизмы, правильно выполняет практическое знание. При правильного по этапного выполнение практических навыков не может выполнять. Понимает, знает.
0-54 неудов	Не знает показания к методике определения, не правильно выполняет, не показывает практические навыки, не может анализировать

Задание студенту № 3. Проведите очистительную клизму.

Ответ.

1. Собрать нужные инструменты и поставить рядом с кушеткой больного.
2. В кружку Эсмарха набирается теплая вода до 1-2 литров, 37-38 градусов.
3. Чтобы в трубке не осталось воздуха трубка наклоняется вниз, а кружка Эсмарха ставится выше.
4. После выпуска воздуха краник закрыть.
5. Постелить на кушетку клеенку.
6. Больной ложится на кушетку ближе к краю левым боком, при этом сгибает колени.
7. Трубка обрабатывается тонким слоем стерильного вазелина.
8. Пальцами левой руки отводятся ягодицы больного и в задний проход мажется вазелин.
9. Поставить наконечник на расстоянии 8-10см вверх и вперед от заднего прохода, затем отодвинуть чуть назад, после вращательными движениями внести его.
10. Открыть краник.
11. Приподняв держится кружка Эсмарха.
12. Когда в кружке останется мало воды краник закрывается.
13. Вынимается наконечник из заднего прохода.
14. Больной через несколько минут идет в уборную и освобождается.
15. Из резиновой трубки вынимается наконечник и обеззараживается.

Нужные инструменты: 1.Кружка Эсмарха 2.Резиновая трубка с краником

3.Вазелин 4.наконечник 5.Посуда 6.Клеенка 7.Кушетка 8.Термометр 9.Теплая вода

Исследование мочи по методу Зимницкого.

Критерии оценки знаний студентов

86-100 отлично	Знает показания к методике исследования мочи по методу Зимницкого, правильно выполняет, показывает практических навыков .Знает поэтапно выполнение практических навыков, Правильно выполняет последовательности этапы практических знание. Правильно даёт нужные рекомендации. Обобщает, оценивает, понимает, выполняет, анализирует, знает.
71-85 хорошо	Знает показания к методике исследования мочи по методу Зимницкого, правильно выполняет, показывает практическое значение. Знает поэтапно выполнение практических навыков, ошибается при выполнении практических навыков допускает ошибки. правильно даёт нужные рекомендации. Выполняет, понимает, знает.
55-70 Удовлет.	Знает все показания, выполняет методику исследования мочи по методу Зимницкого, правильно выполняет практическое знание. При правильного поэтапного выполнение практических навыков не может выполнять. Понимает, знает.
0-54	Не знает показания к методике определения, не правильно выполняет, не показывает практические навыки, не может анализировать

неудов	

Задание студенту №4. Техника исследования мочи по методу Земницкого.

Ответ.

1. Подготавливаются 8 чистых банок.
2. на каждую банку прикрепляется направление.
3. Утром в 6 часов больной освобождает мочевой пузырь, эта порция выбрасывается.
4. Дается 3 часовой перерыв, в 9 часов собирается первая порция.
5. Также в течении суток больной должен 8 раз освободить свой мочевой пузырь.
6. В 6 часов утра следующего дня собирается последняя порция.
7. 8 порций мочи отправляется в лабораторию.

Техника измерения температуры.

Критерии оценки знаний студентов

86-100 отлично	Знает показания к методики измерения температуры, правильно выполняет, показывает практических навыков. Знает поэтапно выполнение практических навыков, Правильно выполняет последовательности этапы практических знание. Правильно даёт нужные рекомендации. Обобщает, оценивает, понимает, выполняет, анализирует, знает.
71-85 хорошо	Знает показания к методике измерения температуры, правильно выполняет, показывает практическое значение. Знает поэтапно выполнение практических навыков, ошибается при выполнении практических навыков допускает ошибки. правильно даёт нужное рекомендации. Выполняет, понимает, знает.
55-70 Удовлет.	Знает все показания, выполняет методику измерения температуры, правильно выполняет практическое знание. При правильного по этапного выполнение практических навыков не может выполнять. Понимает, знает.
0-54 неудов	Не знает показания к методике определения, не правильно выполняет, не показывает практические навыки, не может анализировать

Задание студенту №6. Покажите технику измерения температуры.

Ответ.

1. Термометр сухо протирается.
2. Показатель градусника доводится до 34-35 градусов путем вбалтывания.
3. Больной усаживается в удобное ему положение – на стул или на кушетку.
4. Подмышки больного сухо протираются (в подмышках не должно быть никаких противопоказаний).
5. Рука больного поднимается чуть выше подмышек.
6. Ртутный конец градусника вставить в подмышку.
7. Больной опускает руку и прижимает термометр.

8. Через 8-10 мин термометр берется за наружный конец.
9. Снимается показания термометра не прикасаясь к ртутному концу.
10. Показатель термометра записывается в форме 004.
11. В форме 004 в отделе «Т» укажите температуру, дату и время.
12. Указатель термометра понижается до 34 градусов.
13. Термометр опускается на 20-30 мин в 3х процентный раствор хлорамина.
14. Затем сухо протирается и хранится в сухом месте.

Техника перкуссии печени по Курлову.

Критерии оценки знаний студентов

86-100 отлично	Знает показания к технике перкуссии печени по Курлову, правильно выполняет, показывает практических навыков. Знает поэтапно выполнение практических навыков, Правильно выполняет последовательности этапы практических знание. Правильно даёт нужные рекомендации. Обобщает, оценивает, понимает, выполняет, анализирует, знает.
71-85 хорошо	Знает показания к технике перкуссии печени по Курлову, правильно выполняет, показывает практическое значение. Знает поэтапно выполнение практических навыков, ошибается при выполнении практических навыков допускает ошибки. правильно даёт нужное рекомендации. Выполняет, понимает, знает.
55-70 Удовлет.	Знает все показания, выполняет технику перкуссии печени по Курлову, правильно выполняет практическое знание. При правильного по этапного выполнение практических навыков не может выполнять. Понимает, знает.
0-54 неудов	Не знает показания к методике определения, не правильно выполняет, не показывает практические навыки, не может анализировать

Задание студенту №7. Покажите технику перкуссии печени по Курлову.

Ответ.

1. Положить больного.
2. По правой срединной линии грудины провести перкуссию до тех пор пока не выводится тупой перкуторный звук.

3. Техника определения пульса.

4. Критерии оценки знания студентов

5.

86-100 отлично	Знает показания к методике определения пульса, правильно выполняет, показывает практические навыки. Знает поэтапно выполнение практических навыков. Правильно выполняет последовательность этапов практических знаний. Правильно даёт нужные рекомендации. Обобщает, оценивает, понимает, выполняет, анализирует, знает.

71-85 хорошо	Знает показания к методике определения пульса, правильно выполняет, показывает практические навыки. Знает поэтапно выполнение практических навыков, ошибается при выполнениях практических навыков допускает ошибки. Правильно даёт нужные рекомендации. Выполняет, понимает, знает.
55-70 Удовлетворительно	Знает показания к методике определения пульса, правильно выполняет практические навыки. Нарушает этапность выполнения практических навыков. Понимает, знает.
0-54 неудов	Не знает показания к методике определения пульса, не правильно выполняет практические навыки. Нарушает этапность выполнения практических навыков, не может анализировать.

- 6.
7. Задача студентам: Одновременно расскажите, что делаете в данный момент и прокомментируйте ваши действия.
8. 1.Показания: техника определения пульса для диагностики сердечно-сосудистых заболеваний.
9. 2.Нужные инструменты: больной, комната, секундомер, стол и стул.
10. 3.Объясните больному о способе исследования.
11. 4.Больной должен сидеть или лежать.
12. 5.Больному объясняют как вести себя при исследовании.
13. 6. Техника определения пульса.
14. 7. Прокомментируйте определения пульса.
15. 8. Изменения наблюдаемые при патологиях.
16. Примечание : ритмичность, наполнение, напряжение, сила.

Определение индекса Кетле.

Критерии оценки знаний студентов

86-100 отлично	Знает показания для определения индекса Кетле. Знает поэтапное выполнение практических навыков, Правильно демонстрирует практические навыки. Правильно даёт нужные рекомендации. Обобщает, оценивает, понимает, анализирует, использует, знает.
71-85 хорошо	Знает показания для определения индекса Кетле. Знает поэтапное выполнение практических навыков, ошибается при выполнении практических навыков и правильно даёт нужные рекомендации. Использует, понимает, знает.
55-70 Удовлет.	Знает показания для Определения индекса Кетле Знает поэтапное выполнение практических навыков,но ошибается при выполнении практических навыков, не может использовать, понимает, знает.
0-54 неудов	Не знает показания к методике определения , не правильно выполняет, не показывает практические навыки., не может анализировать.

Задача студентам: Одновременно расскажите что делаете в данный момент и прокомментируйте ваши действия.

1. Показание: определение индекса Кетле нужна для исследования заболевания внутренних органов.
2. Нужные инструменты: больничная комната, медицинские весы, ростометр, стол и стул.
3. Объясняется больному о методике проводимого исследования.
4. Правильное положение больного.
5. Больному объясняют как вести себя при исследовании.
6. Дайте определение о методе индекса Кетле
7. Изменения при патологии

Примечание : Вес и длина тела определяются и вычисляются по формуле.

Самостоятельная работа

Симптоматология хронического гепатита «С» и «Д».

1. Что такое хронический вирусный гепатит «С»?
2. Причины возникновения хронического вирусного гепатита «С»?
3. Клиническая картина хронического вирусного гепатита «С»?
4. Патогенез хронического вирусного гепатита «С»?
5. Дифференциальная диагностика хронического вирусного гепатита «С»?
6. Диагностика хронического вирусного гепатита «С»?
7. Что такое хронический вирусный гепатит «Д»?
8. Клиническая картина хронического вирусного гепатита «Д»?
9. Осложнения хронического вирусного гепатита «Д» и «С»?
10. Консервативное лечение хронического вирусного гепатита «Д» и «С»?
11. Профилактика хронического вирусного гепатита «Д» и «С»?
12. Патогенез хронического вирусного гепатита «Д»?
13. Частота встречаемости хронического вирусного гепатита «Д» и «С»?
14. Диагностика гепатита С в латентной фазе?
15. Факторы риска развития хронического вирусного гепатита «Д» и «С»?

13. Гастриты и язвенная болезнь.

1. Гастрит, определение, классификация.
2. Этиология и патогенез гастрита.
3. Клиническая симптоматология хронического гастрита типа А.
4. Клиническая картина хронического гастрита типа В.
5. Понятие об инструментальных методах исследования желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).
6. Понятие язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.
7. Этиология и патогенез язвенной болезни и 12-перстной кишки.
8. Жалобы характерные для язвенной болезни желудка.
9. Жалобы, характерные для 12-перстной кишки.
10. Основные признаки, выявляемые при общем осмотре больных с обострением язвенной болезни.
11. Симптомы выявляемые при физическом исследовании больных с язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки.

12. Рентгенологические критерии язвы желудка.
13. Эндоскопический метод диагностики язвенной болезни.
14. Осложнения язвенной болезни.
15. Симптомы, характерные для язвенного кровотечения.

14. Нефриты. Симптоматология хронической почечной недостаточности.

1. Что такое хроническая почечная недостаточность?
2. Этиология и патогенез хронической почечной недостаточности?
3. Клиническая картина при хронической почечной недостаточности?
4. Инструментальная диагностика хронической почечной недостаточности?
5. Лабораторная диагностика хронической почечной недостаточности?
8. Факторы риска развития хронической почечной недостаточности?
9. Осложнения хронической почечной недостаточности?
10. Лечение хронической почечной недостаточности?
11. Этиология и патогенез нефритов?
12. Частота хронической почечной недостаточности?
13. Факторы риска развития хронической почечной недостаточности?
14. Стадии заболевания хронической почечной недостаточности?
15. Основные клинические синдромы при хронической почечной недостаточности?

15. Симптоматология амилоидоза почек.

1. Что такое амилоидоз?
2. Причины возникновения амилоидоза почек ?
3. Клиническая картина амилоидоза почек?
4. Патогенез амилоидоза почек?
5. Дифференциальная диагностика амилоидоза почек?
6. Инструментальная диагностика амилоидоза почек?
7. Лабораторная диагностика амилоидоза почек?
8. Прогноз при амилоидозе почек?
9. Осложнения амилоидоза почек?
10. Лечение амилоидоза почек?
11. Профилактика амилоидоза почек?
12. Частота встречаемости амилоидоза почек?
13. Факторы риска развития амилоидоза почек?
14. Классификация амилоидоза почек?
15. Стадии амилоидоза почек?

16. Симптоматология анемий и лейкозов..

1. Лейкоз понятие.
2. Классификация лейкоза.
3. Патофизиология лейкоза .
4. Лейкоз. Понятие, этиология, патогенез.
5. Клинические признаки лейкозов.
6. Клиническая картина лейкозов, принципы лечения.
7. Общие признаки гемолиза эритроцитов.
8. Миелолейкоз, понятие, этиология, патогенез.
9. Лимфолейкоз, клиническая картина.
10. Лабораторные исследования, необходимые для подтверждения диагноза лейкозов.
11. Что такое анемия?
12. Классификация анемий?

13. Этиология ЖДА
14. Лабораторные признаки ЖДА
15. Анемический синдром.

17.Симптоматология хлороза.

- 1.Что такое хлороз?
- 2.Причины возникновения хлороза?
- 3.Клиническая картина хлороза?
- 4.Патогенез хлороза?
- 5.Критерии диагностики хлороза?
- 6.Профилактика хлороза ?
7. Лечение хлороза ?
8. Лабораторные изменения при хлорозе?
9. Распространенность хлороза?
10. Частота встречаемости хлороза?

18.Симптоматология эритремии.

1. Что такое эритремия?
2. Причины возникновения эритремии?
3. Клиническая картина эритремии?
4. Патогенез эритремии?
5. Дифференциальная диагностика эритремии?
6. Критерии диагностики эритремии?
7. Лабораторная диагностика эритремии?
8. Прогноз при эритремии?
9. Осложнения эритремии?
10. Лечение эритремии?

19. Сахарный диабет. Сравнительная диагностика гипер и гипогликемической ком.

1. Что такое гипергликемическая кома?
2. Причины возникновения гипергликемической комы?
3. Клиническая картина гипергликемической комы?
4. Патогенез гипергликемической комы?
5. Этиология сахарного диабета?
6. Диагностика гипергликемической и гипергликемической комы?
7. Что такое гипогликемическая кома?
8. Клиническая картина гипогликемической комы?
9. Осложнения гипогликемической комы?
10. Методы лечения гипогликемической комы ?
11. Методы лечения гипергликемической комы
11. Профилактика гипергликемической и гипогликемической комы?
- 12.Патогенез гипогликемической комы ?
13. Классификация сахарного диабета ?
14. Диагностика сахарного диабета?
15. Факторы риска развития гипергликемической и гипогликемической ком?

20. Тиреотоксикоз. Пальпация щитовидной железы.

1. Понятие о диффузно-токсическом зобе.
2. Этиология диффузно-токсического зоба.
3. Патогенез диффузно-токсического зоба.

4. Жалобы больных с гипертериозом.
5. Пальпация щитовидной железы
6. Назовите степен увеличения щитовидной железы
7. Перечислите глазные симптомы (по авторам)
8. Лабораторная и инструментальная диагностика гипертериоза.
9. Лечение гипертериоза.
10. Понятие о гипотериозе.
11. Причины гипотериоза.
12. Клинические симптомы гипотериоза.
13. Лечение гипотериоза.
14. Профилактика гипотериоза.

21. Симптоматология Аддисоновой болезни.

1. Что такое болезнь Аддисона?
2. Причины возникновения Аддисоновой болезни?
3. Клиническая картина Аддисоновой болезни?
4. Патогенез Аддисоновой болезни?
5. Дифференциальная диагностика Аддисоновой болезни?
6. ЭКГ диагностика Аддисоновой болезни?
7. Лабораторная диагностика Аддисоновой болезни?
8. Прогноз при Аддисоновой болезни?
9. Осложнения Аддисоновой болезни?
10. Лечение Аддисоновой болезни?
11. Профилактика Аддисоновой болезни?
12. Факторы риска развития Аддисоновой болезни?
13. Причины возникновения аддисонического криза?
14. Симптомы аддисонического криза?
15. Классификация Аддисоновой болезни?

22. Ревматоидный артрит . Симптоматология суставного синдрома.

1. Жалобы больных с заболеваниями суставов.
2. Осмотр больных с заболеваниями суставов.
3. Пальпация суставов.
4. Симптомы артритов
5. Понятие об ревматоидном артрите.
6. Клинические признаки ревматоидного артрита
7. Лечение ревматоидного артрита
8. Осложнения ревматоидного артрита
9. Особенности жалоб больных и характерные клинические проявления артритов.
10. Особенности жалоб больных при дегенеративно-дистрофических заболеваниях суставов.
11. Изменения в области суставов, выявляемые при осмотре больных с заболеваниями суставов.
12. Пальпация мышц и суставов при заболеваниях костно-мышечной системы.
13. Рентгенологические изменения, наблюдающиеся при артрозах, артритах.
14. Лабораторные тесты, применяемые при обследовании больных с заболеваниями суставов.
15. Профилактика возникновения ревматоидного артрита.

24. Симптоматология болезни Бехтерева.

1. Что такое болезнь Бехтерева ?
2. Причины возникновения болезни Бехтерева?
3. Клиническая картина болезни Бехтерева?
4. Патогенез болезни Бехтерева?
5. Дифференциальная диагностика болезни Бехтерева?
6. Эпидемиология болезни Бехтерева?
7. Лабораторная диагностика болезни Бехтерева?
8. Прогноз при болезни Бехтерева?
9. Осложнения болезни Бехтерева?
10. Лечение болезни Бехтерева?
11. Профилактика болезни Бехтерева?
12. Факторы риска развития болезни Бехтерева?
13. Инструментальная диагностика болезни Бехтерева?
14. Течение болезни Бехтерева?
15. Немедикаментозные методы лечения болезни Бехтерева?

24. Симптоматология системной красной волчанки.

1. Что такое системная красная волчанка?
2. Причины возникновения системной красной волчанки?
3. Клиническая картина системной красной волчанки?
4. Патогенез системной красной волчанки?
5. Дифференциальная диагностика системной красной волчанки?
6. Эпидемиология системной красной волчанки?
7. Лабораторная диагностика системной красной волчанки?
8. Диагностические критерии системной красной волчанки?
9. Осложнения системной красной волчанки?
10. Лечение системной красной волчанки?
11. Профилактика системной красной волчанки?
12. Дерматологические проявления системной красной волчанки?
13. Неврологические проявления системной красной волчанки?
14. Течение системной красной волчанки?
15. Сердечно сосудистые нарушения при системной красной волчанке?

25. Симптоматология системной склеродермии.

1. Что такое системная склеродермия?
2. Причины возникновения системной склеродермии?
3. Клиническая картина системной склеродермии?
4. Патогенез системной склеродермии?
5. Дифференциальная диагностика системной склеродермии?
6. Эпидемиология системной склеродермии?
7. Что такое синдром Рейно?
8. Диагностические критерии системной склеродермии?
9. Осложнения системной склеродермии?
10. Лечение системной склеродермии?
11. Профилактика системной склеродермии?
12. Дерматологические проявления системной склеродермии?
13. Что такое CREST- синдром?
14. Течение системной склеродермии?
15. Прогноз системной склеродермии?

26.Симптоматология дерматомиозита.

1. Что такое дерматомиозит?
2. Причины возникновения дерматомиозита?
3. Клиническая картина дерматомиозита?
4. Патогенез дерматомиозита?
5. Дифференциальная диагностика дерматомиозита?
6. Эпидемиология дерматомиозита?
7. Классификация дерматомиозита?
8. Диагностика дерматомиозита?
9. Осложнения дерматомиозита?
10. Лечение дерматомиозита?
11. Профилактика дерматомиозита?
12. Дерматологические проявления дерматомиозита?
13. Причины поражения легких ,сердца и ж.к.т.при дерматомиозите?
14. Течение дерматомиозита?
15. Прогноз дерматомиозита?

Вопросы к промежуточному контролю по ЖКТ

- 1 Расспрос больных с заболеваниями системы пищеварения. Основные жалобы, механизм их возникновения. Анамнез заболевания, анамнез жизни.
- 2 Осмотр живота. Методика поверхностной ориентировочной пальпации. Определение зон гиперчувствительности кожи, болезненных мест живота, резистентности и мышечной защиты. Симптом раздражения брюшины Щеткина-Блюмберга.
- 3 Пальпация органов брюшной полости. Глубокая методическая скользящая пальпация живота. Диагностическое значение. Роль Образцова В.П., Стражеско Н.Д., Василенко В.Х. в изучении методов исследования органов брюшной полости.
- 4 Исследование желудочной секреции. Методика фракционного желудочного зондирования. Понятие о базальной и стимулируемой секреции желудка (гистаминовый и пентагастриновый раздражители). Оценка кислотообразующей функции желудка по продукции соляной кислоты: понятие о дебит-часе HCl базальной, субмаксимальной и максимальной секреции и его подсчете. Понятие о pH-метрии.
- 5 Функциональное исследование секреторной функции желудка. Химическое исследование желудочного содержимого (определение общей, свободной и связанной соляной кислоты). Состояние секреторной функции желудка при язвенной болезни и раке желудка. Гиперсекреторный и гипосекреторный синдром.
- 6 Методы выявления *Helicobacter pylori* (цитологический, гистологический и иммунологические методы, уреазный тест). Диагностическое значение.
7. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. Этиологические и патогенетические факторы. Клинические симптомы. Гиперсекреторный синдром. Осложнения язвенной болезни.
- 8 Рак желудка. Этиология, патогенез. Симптоматология. Ранняя диагностика. Синдром нарушенной эвакуации из желудка.
- 9 Общая симптоматология заболеваний тонкого кишечника. Синдром поражения тонкой кишки. Хронический энтерит. Этиология, патогенез. Клиническая картина.
- 10 Симптоматология заболеваний толстого кишечника. Синдром поражения толстого кишечника. Хронический колит. Этиология, патогенез. Клиническая картина. Неспецифический язвенный колит. Симптоматология.

11. Синдром «острого живота», причины возникновения, клиническая картина.
- 12 Синдромы нарушения всасывания и экссудативной энтеропатии. Причины развития, симптоматология.
13. Синдромы недостаточности кишечного всасывания и пищеварения. Этиология, патогенез, симптоматология.
- 14 Инструментальные и лабораторные методы исследования кишечника. Диагностическое значение анализа кала. Основные копрологические синдромы.
15. Гастриты (острый и хронический). Этиология, патогенез. Клинические проявления.
- 16 Дуоденальное зондирование. Показания и противопоказания. Клиническая трактовка результатов исследования.
- 17 Пальпация и перкуссия печени и селезенки. Определение размеров печени и селезенки. Семиологическое значение изменения края и поверхности печени.
- 18 Лабораторные методы исследования функции печени, характеризующие ее участие в пигментном, углеводном, белковом, жировом и минеральном обмене. «Печеночные пробы». Понятие о лабораторных синдромах (цитоллиз, холестаз, воспаление, гепатоцеллюлярная недостаточность).
- 19 Иммунологические методы исследования печени. Понятие о маркерах вирусного гепатита.
- 20 УЗИ печени, селезенки, желчевыводящих путей. Диагностическое значение. Общее представление о пункционной биопсии печени и лапароскопии.
- 21 Рентгенологическое исследование желчевыводящих путей: понятие о холецистографии, внутривенной холеграфии, холангеографии. Понятие о радионуклидных методах исследования печени (гепатографии, радионуклидном сканировании печени).
- 22 Общая симптоматология заболеваний печени. Основные клинические синдромы.
23. Синдром портальной гипертензии. Механизм развития асцита и периферических отеков.
- 24 Методы исследования желчного пузыря. Пальпация желчного пузыря и выявление пузырных симптомов. Диагностическое значение УЗИ, дуоденального зондирования, холецистографии.
- 25 Механизм гипербилирубинемии. Характеристика различных типов желтухи (подпеченочной, печеночной, надпеченочной).
- 26 Клиническая, лабораторная, инструментальная диагностика желтух
- 27 Хронические гепатиты. Этиология и патогенез. Классификация. Основные клинические синдромы. Понятие об активности, стадии процесса.
- 28 Циррозы печени. Этиология и патогенез. Классификация. Клинические проявления.
29. Печеночная недостаточность. Формы. Симптоматология и диагностика.
- 30 Желчнокаменная болезнь. Этиология, патогенез, клиническая картина, течение и осложнения.
- 31 Холециститы (острый и хронический). Этиология, патогенез. Симптоматология и диагностика.
- 32 Панкреатиты (острый и хронический). Этиология, патогенез, симптоматология. Основные принципы лечения.

Вопросы к промежуточному контролю по мочевыделительной системе.

3. Расспрос больных с заболеваниями почек и мочевыводящих путей. Основные жалобы и их патогенез.
2. Осмотр больных с заболеваниями почек. Внешний вид больного с заболеваниями почек. Определение симптома Пастернацкого, его диагностическое значение. Методика пальпации почек.

3. Протеинурия. Патогенез. Виды протеинурии. Диагностическое значение. Методы выявления.
4. Общий анализ мочи: удельный вес, содержание белка, реакция, прозрачность, цвет, запах, микроскопическое исследование мочевого осадка. Диагностическое значение выявляемых изменений.
5. Функциональное исследование почек. Проба Зимницкого. Проба Реберга. Диагностическое значение.
6. Визуализирующие методы исследования мочевыделительной системы.
7. Микроскопическое исследование мочевого осадка. Его диагностическое значение. Исследование мочи по Нечипоренко, Аддис-Каковскому. Бактериологическое исследование мочи.
8. Механизм образования отеков при почечных заболеваниях. Особенности почечных отеков; их отличие от отеков другого происхождения.
9. Острый гломерулонефрит. Этиология, патогенез. Клинические проявления. Исходы.
10. Хронический гломерулонефрит. Этиология, патогенез. Клинические проявления. Исходы. Биопсия почек, диагностическое значение.
11. Пиелонефрит (острый и хронический). Этиология, патогенез. Клинические проявления.
12. Почечная эклампсия. Клинические проявления. Основные принципы лечения.
13. Нефротический синдром. Этиология, патогенез. Клинические проявления. Понятие об амилоидозе почек.
14. Хроническая почечная недостаточность: причины, клинико-биохимическая симптоматика. Стадии ХПН. Уремическая кома.
15. Острая почечная недостаточность. Варианты ОПН. Этиология, клинические проявления. Принципы лечения.
16. Мочекаменная болезнь. Этиология, патогенез. Клинические проявления. Синдром почечной колики. Диагностическое значение рентгенологического метода исследования и УЗИ.

Вопросы к промежуточному контролю по эндокринной системе.

1. Методы исследования при заболеваниях щитовидной железы. Гипотиреоз, основные клинические симптомы.
2. Диффузный токсический зоб. Этиология и патогенез. Клинические проявления.
3. Сахарный диабет. Этиология и патогенез. Клинические проявления. Осложнения. Качественные и количественные методы определения сахара в крови, моче.
4. Диабетическая и гипогликемическая комы. Клинические проявления. Основные принципы лечения.
5. Надпочечниковая недостаточность. Симптоматология.
6. «Острые аллергозы»: крапивница, ангионевротический отек, анафилактический шок.
7. Алиментарное и гипотизарное ожирение.
8. Общее представление о гипо- и авитаминозах.

Вопросы к промежуточному контролю по органам кроветворения.

1. Расспрос больных при заболеваниях органов кроветворения. Основные жалобы больных, их диагностическое значение.
2. Физические методы исследования при заболеваниях крови. Осмотр. Перкуссия и пальпация печени и селезенки. Пальпация лимфатических узлов, методика,

диагностическое значение выявляемых изменений.

3. Лабораторные и инструментальные методы исследования при заболеваниях системы крови. Диагностическое значение пункции костного мозга, лимфоузлов, трепанобиопсии.
4. Общий клинический анализ крови. Диагностическое значение изменений показателей гемограммы (изменение содержания гемоглобина, эритроцитов, цветового показателя, лейкоцитарная формула крови, увеличение СОЭ).
5. Счет эритроцитов. Определение гемоглобина и цветового показателя крови. Скорость оседания эритроцитов. Диагностическая ценность этих методов исследования крови.
6. Лейкоцитарная формула и ее изменения при различных заболеваниях внутренних органов. Лейкопения, лейкоцитоз и лейкомоидные реакции.
7. Основные методы исследования свертывающей и антисвертывающей системы крови. Аутоиммунные тромбоцитопении.
8. Геморрагический синдром. Основные заболевания, сопровождающиеся кровоточивостью. Симптоматология геморрагических васкулитов и гемофилии.
9. Анемии. Основные виды. Особенности жалоб при различных видах анемии. Симптоматология и диагностика острой и хронической постгеморрагической анемии.
10. Железодефицитные анемии. Патогенез. Симптоматология. Гематологическая картина. Основные принципы лечения.
11. В12-фолиево-дефицитная анемия. Патогенез. Симптоматология.
12. Основные синдромы, отражающие изменения системы крови. Миелопролиферативный и лимфопролиферативный синдромы. Клинические проявления.
13. Острый лейкоз. Этиология и патогенез. Классификация. Клинические проявления, картина периферической крови.
14. Гематологическая картина при хроническом лимфолейкозе и лимфогранулематозе. Значение пункции лимфатического узла.
15. Хронический миелолейкоз. Клиника, гематологическая картина. Значение стеральной пункции.
16. Хронический лимфолейкоз. Клиника, гематологическая картина. Значение стеральной пункции.
17. Основные клинические синдромы при ВИЧ-инфекции.
18. Меры профилактики ВИЧ-инфекции.

Вопросы к промежуточному контролю по костно-мышечной системе

3. Исследования больных с заболеваниями костно-мышечной системы и суставов. Расспрос. Физические методы исследования.
2. Суставной синдром. Его особенности при ревматизме и ревматоидном артрите.
3. Техника первой доврачебной помощи при остановке сердца и дыхания. Методы искусственной вентиляции легких.
4. Синдромы пищевода, желудка и кишечника. Неотложная помощь.

Критерии оценки знаний студентов на основании рейтинговой системы по предмету пропедевтики внутренних болезней

На первом занятии студентам предоставляется информации о рейтинговом контроле, о его видах, о дате проведения промежуточного и итогового контроля, данные о проходном балле.

В соответствии Государственным стандартом по предмету предусмотрено проведение следующих видов контроля:

- текущая оценка (ТО);
- самостоятельная работа студента (СРС);
- промежуточная оценка (ПО);
- итоговая оценка (ИО)

В течении цикла успеваемость студента оценивается по 100 бальной системе.

100 баллов в целом по дисциплине распределены следующим образом:

№	Вид контроля	Максимальный балл	Коэффициент	Проходной балл
1	Текущий контроль с учетом СРС	50	0,5	27,5
2	Промежуточный контроль	20	0,2	11,0
3	Итоговый контроль (ОСКЭ + тест)	30	0,3	16,5
	ВСЕГО	100	1	55,0

ТЕКУЩАЯ ОЦЕНКА (ТО)

ТО предусматривает определение и оценку знаний студентов по темам предмета и практическим навыкам. По предмету пропедевтики внутренних болезней ТО может проводиться в виде устного опроса, работа с обучающими программами, освоение практических навыков, выполнение СРС, проверка домашнего задания и другие формы контроля.

При оценке учитываются уровень знаний студентов, освоение материалов практического занятия, активность в обсуждении теоретического материала и интерактивных методах обучения.

На каждом занятии должны оцениваться все студенты.

При текущем контроле на основе модели образования уровень студентов оценивается по следующим частям: теоретическая часть, практическая часть и СРС (30:60:10)

	96-100	91-95	86-90	81-85	76-80	71-75	66-70	61-65	55-60	31-54	0-30
Теоретическая часть	28-30	27-28	23-25	21-22	18-20	16-28	13-25	11-23	18-20	15-17	0-10
Практическая часть	58-60	56-58	54-56	52-54	51-52	48-50	46-48	44-46	42-44	32-42	0-30

часть											
СРС	9-10	9	9	8-9	7-8	7	7	6	5-6	4-5	0

При оценке текущих знаний студентов учитываются следующие критерии:

Усвоение(%) и баллы	Оценка	Уровень знаний студента
96-100	Отлично «5»	Ответ студента по теме занятия полный, готовился по различным источникам, уровень знаний больше чем требуется по программе. Освоил литературу предложенную в рабочей программе, при подготовке к занятиям пользовался дополнительной литературой. Задания выполняет вовремя, качественно. При решении ситуационных задач имеет творческий подход, имеет клиническое мышление, свой ответ логично обосновывает. Активно участвует в обсуждении темы, обосновывает свой ответ. При обсуждении темы применяет фундаментальные знания, может самостоятельно принимать решение. Активно участвует в интерактивных играх.
		Практические навыки освоил полностью, по шагам выполняет правильно, во время курации больных умело применяет теоретические знания.
		Форма самостоятельной работы: самостоятельное усвоение темы, написание реферата, научной статьи, тезисов и лекций, творческая работа. Самостоятельное усвоение темы и написание конспекта. Конспект составлен логично и на все вопросы дан исчерпывающий ответ, систематизирован, указана основная и дополнительная литература использованная в конспекте. Подготовка реферата. При сборе материала студент пользовался наряду с учебной литературой еще и дополнительной (монографии, научные статьи, данные из Интернета), проводил анализ. Тема реферата всесторонне освещена, систематизирована. Творческая работа. Ситуационные задачи, графические органайзеры по теме занятия решил правильно, при их решении имел творческий подход, ответы обоснованные. Написание научных статей и тезисов. Студент проводил самостоятельное исследование в СНО и полученные данные статистически обработал, сделал обоснованные выводы. Студент сделал подробный литературный обзор из разных источников. В научной статье описал полученные данные.
91-95	Отлично «5»	По теме занятия ответ полный, в пределах

		программы, логически обоснованный, отвечает уверенно. Освоил литературу предложенную в рабочей программе, знаком с дополнительной литературой. Задания выполняет во время, качественно. Ситуационным задачам дает точный ответ, обосновывает. Активно участвует в обсуждении темы, может защищать свое мнение. Активно участвует в интерактивных играх.
		Практические навыки освоил полностью, во время курации больных умело применяет теоретические знания.
		Форма самостоятельной работы: самостоятельное усвоение темы, написание реферата, научной статьи, тезисов и лекций, творческая работа. Самостоятельное усвоение темы и написание конспекта. Конспект составлен логично и на все вопросы дан исчерпывающий ответ, систематизирован, указана основная и дополнительная литература, использованная в конспекте. Подготовка реферата. При сборе материала студент пользовался наряду с учебной литературой еще и дополнительной (монографии, научные статьи, данные из Интернета), проводил анализ. Текст изложен в определенной последовательности. Творческая работа. Ситуационные задачи, графические органайзеры по теме занятия решил правильно, при их решении имел творческий подход, ответы обоснованные. Написание научных статей и тезисов. Студент проводил самостоятельное исследование в СНО и полученные данные статистически обработал, сделал обоснованные выводы. Студент сделал подробный литературный обзор из разных источников. В научной статье описал полученные данные.
86-90	Отлично «5»	По теме занятия ответ полный, в пределах программы, логически обоснованный, отвечает уверенно. Освоил литературу предложенную в рабочей программе, с дополнительной литературой знаком частично. Во время практического занятия задания выполняет вовремя. Ситуационные задачи решает правильно, обосновывает. Активно участвует в обсуждении темы. Активно участвует в интерактивных играх.
		Практические навыки освоил полностью, во время курации больных умело применяет теоретические знания.
		Форма самостоятельной работы: самостоятельное усвоение темы, написание реферата, научной статьи, тезисов и лекций, творческая работа. Самостоятельное усвоение темы и написание конспекта. Конспект составлен логично и на все вопросы дан исчерпывающий ответ, систематизирован, указана

		основная и дополнительная литература, использованная в конспекте. Подготовка реферата. При сборе материала студент пользовался наряду с учебной литературой еще и дополнительной (монографии, научные статьи, данные из Интернета), проводил анализ. Текст изложен в определенной последовательности, сделан вывод. Творческая работа. Ситуационные задачи, графические органайзеры по теме занятия решил правильно, при их решении имел творческий подход, ответы обоснованные. Написание научных статей и тезисов. Студент проводил самостоятельное исследование в СНО и полученные данные статистически обработал, сделал обоснованные выводы. Студент сделал подробный литературный обзор из разных источников. В научной статье описал полученные данные.
81-85	хорошо «4»	По теме занятия ответ полный, в пределах программы, отвечает уверенно. Хорошо усвоил основную литературу по программе. Во время практического занятия задания выполняет вовремя. Ситуационные задачи решает правильно, обосновывает. При обсуждении темы, в дискуссиях участвует активно, свое мнение может защищать. Активно участвует в интерактивных играх. Практические навыки освоил полностью, во время курации больных умело применяет теоретические знания. Форма самостоятельной работы: самостоятельное усвоение темы, написание реферата, научной статьи, тезисов и лекций, творческая работа. Самостоятельное усвоение темы и написание конспекта. Конспект составлен логично и на все вопросы дан ответ, систематизирован, указана основная и дополнительная литература, использованная в конспекте. Подготовка реферата. При сборе материала студент пользовался наряду с учебной литературой еще и дополнительной (монографии, научные статьи, данные из Интернета), проводил анализ. Сущность темы раскрыта, только сделан вывод. Творческая работа. Ситуационные задачи, графические органайзеры по теме занятия решил правильно, при их решении имел творческий подход, ответы обоснованные.
76-80	Хорошо «4»	По теме занятия отвечает в пределах программы. Хорошо усвоил основную литературу. Во время практического занятия задания выполняет вовремя. Ситуационные задачи решает правильно, обосновывает. При обсуждении темы, в интерактивных играх участвует активно Практические навыки освоил полностью, во время

		курации больных умело применяет теоретические знания. Форма самостоятельной работы: самостоятельное усвоение темы, написание реферата, научной статьи, тезисов и лекций, творческая работа. Самостоятельное усвоение темы и написание конспекта. Конспект составлен логично и на все вопросы дан ответ, систематизирован, указана основная и дополнительная литература, использованная в конспекте. Подготовка реферата. При сборе материала студент пользовался наряду с учебной литературой еще и дополнительной (монографии, научные статьи, данные из Интернета). Сущность темы раскрыта, только сделан вывод. Творческая работа. Ситуационные задачи, графические органайзеры по теме занятия решил правильно, обоснованно.
71-75	хорошо «4»	По теме занятия отвечает в пределах программы. Усвоил основную литературу по программе. Задания выполняет вовремя. На ситуационные задачи дает правильный ответ, при обосновании испытывает затруднения. При обсуждении темы, в интерактивных играх участвует активно. Во время курации больных умело применяет теоретические знания, практические навыки выполняет правильно по шагам. Форма самостоятельной работы: самостоятельное усвоение темы, написание реферата, научной статьи, тезисов и лекций, творческая работа. Самостоятельное усвоение темы и написание конспекта. Конспект составлен логично и на все вопросы дан ответ, систематизирован, указана основная и дополнительная литература, использованная в конспекте. Подготовка реферата. При сборе материала студент пользовался наряду с учебной литературой еще и дополнительной (монографии, научные статьи, данные из Интернета). Сущность темы раскрыта, только сделан вывод. Творческая работа. Ситуационные задачи, графические органайзеры по теме занятия решил правильно, обоснованно.
66-70	удовлетв «3»	Ответ составляет 60-70% программы. Усвоил материалов основную литературу программы. При решении ситуационных задач допускает некоторые ошибки. В интерактивных играх участвует не активно. При по шаговом выполнении практических навыков допускает некоторые ошибки. Форма самостоятельной работы: самостоятельное усвоение темы, написание реферата, научной статьи,

		тезисов и лекций, творческая работа. Самостоятельное усвоение темы и написание конспекта. Конспект охватил все вопросы темы, но при описании нет системности, указана литературы источники. Подготовка реферата. Студент собрал материал использовав основную литературу, сделал анализ. Сущность темы раскрыта, но имеются незначительные ошибки. Творческая работа. Ситуационные задачи и графические органайзеры решил правильно, но затрудняется при обосновании ответа.
61-65	удовлетв «3»	Ответ составляет 55-60% программы. Основную литературу программы усвоил частично, на дополнительные вопросы отвечает частично. При решении ситуационных задач допускает некоторые ошибки. В интерактивных играх участвует не активно. При по шаговом выполнении практических навыков допускает ошибки. Форма самостоятельной работы: самостоятельное усвоение темы, написание реферата, научной статьи, тезисов и лекций, творческая работа. Самостоятельное усвоение темы и написание конспекта. Конспект охватил все вопросы темы, но при описании нет системности, указана литература. Подготовка реферата. Собрал материал по основной литературе, сделал анализ. Тема раскрыта, но имеется ряд ошибок. Творческая работа. При решении ситуационных задач и графических органайзеров допускает ошибки, не может обосновать свой ответ.
55-60	удовлетв «3»	Ответ составляет 50-55% программы, на дополнительные вопросы ответа нет. Основную литературу усвоил частично, на дополнительные вопросы дает частичный ответ. Ситуационные задачи самостоятельно решать не может. В интерактивных играх участвует не активно. Практические навыки усвоил частично, допускает ошибки. Форма самостоятельной работы: самостоятельное усвоение темы, написание реферата, научной статьи, тезисов и лекций, творческая работа. Самостоятельное усвоение темы и написание конспекта. В конспекты все вопросы не освещены, при описании нет системности, не указана литература и источники. Подготовка реферата. Для конспекта и реферата материалы не собраны, но анализ не проводил. Сущность темы не раскрыта.

		Творческая работа. Ситуационные задачи и графические органайзеры по теме занятия самостоятельно решать не может.
31- 54	неудовлетв «2»	Ответ составляет 30-40% программы, не имеет точного представления по теоретическим вопросам. На дополнительные вопросы ответа нет. Не усвоил основную литературу программы. Ситуационные задачи решать не может. Задания выполняет не во время. Во время курации больных допускает ошибки. Путает название препаратов. Форма самостоятельной работы: самостоятельное усвоение темы, написание реферата, научной статьи, тезисов и лекций, творческая работа. Для конспекта и реферата материал собирал, но не писал. Ситуационные задачи и графические органайзеры решать не может.
0-30	неудовлетв «2»	Ответ составляет 20-30% программы, на вопросы нет ответа. Не усвоил основную литературу программы. Не умеет решать ситуационные задачи. Задания во время не выполняет. Практические навыки не может выполнить Больных не может курировать. Форма самостоятельной работы: самостоятельное усвоение темы, написание реферата, научной статьи, тезисов и лекций, творческая работа. Для конспекта и реферата материалы не собраны, но анализ не проводил. Ситуационные задачи и графические органайзеры решать не может.

ПРОМЕЖУТОЧНАЯ ОЦЕНКА

При промежуточном контроле оцениваются знания студентов по пройденным темам 3 курса и уровень освоения практические навыки.

Промежуточный контроль проводится по предмету пропедевтики внутренних болезней. На промежуточный контроль допускаются студенты, не имеющие задолженности по практическим и лекционным занятиям.

По решению заседания кафедры ПК проводится в виде устного опроса и письменного задания. Студент, получивший менее 55%, считается академическим задолжником по предмету.

Процесс проведения ПК контролируется со стороны заведующего кафедрой и в случаях нарушения результаты ПК аннулируются и ПК проводится заново.

Критерии оценки промежуточного контроля по предмету пропедевтики внутренних болезней

Усвоение %	Оценка	Уровень знаний студентов
96-100%	Отл "5"	На вопросы билета ответ полный, уверенный. При решении ситуационной задачи имеет творческий подход, дает полный ответ, логически обосновывает свой ответ. Практические

		навыки выполняет правильно по шагам.
91-95%	Отл “5”	На вопросы билета ответ полный, уверенный. При решении ситуационной задачи имеет творческий подход, дает полный ответ и обосновывает ответ. Практические навыки выполняет правильно по шагам.
86- 90%	Отл “5”	На вопросы билета ответ полный, уверенный. При решении ситуационной задачи творчески мыслит, дает полный ответ и обосновывает свой ответ. Практические навыки выполняет правильно по шагам.
81-85%	Хорошо “4”	На вопросы билета ответ полный. При решении ситуационной задачи творчески мыслит, дает полный ответ. Практические навыки выполняет правильно по шагам.
76-80%	Хорошо “4”	На вопросы билета ответ полный, но при обосновании затрудняется. Ситуационную задачу решил, но при обосновании ответа затрудняется. Практические навыки выполняет правильно по шагам.
71-75%	Хорошо “4”	Студент дал ответ на 75-80% билета. Ситуационную задачу решил, но при обосновании ответа затрудняется. Практические навыки выполняет правильно по шагам.
66-70%	Удовлет. “3”	Студент дал ответ на 65-70% билета. Допустил некоторые ошибки при решении ситуационных задач. При пошаговом выполнении практических навыков допускает ошибки.
61-65%	Удовлет. “3”	Студент дал ответ на 60% билета. Допустил ошибки при решении ситуационных задач, не может обосновывать свой ответ. При пошаговом выполнении практических навыков допускает ошибки.
55-60%	Удовлет. “3”	При решении ситуационных задач и при пошаговом выполнении допускает грубые ошибки.
54% и ниже	Неудовлет “2”	Не знает особенности детского организма, ситуационные задачи не умеет решать. Практические навыки не усвоил.

ИТОГОВАЯ ОЦЕНКА

При итоговом контроле оцениваются знания, умения и навыки студента за весь год.

Итоговая оценка проводится в двух этапах: на кафедре в виде ОСКЭ и в тестовом центре.

На итоговый контроль допускаются студенты имеющие проходной балл по текущему контролю, СРС и промежуточному контролю.

В соответствии приказом ректора ТМА отдел мониторинга и внутреннего контроля периодически проводят контроль за проведением итогового контроля и при случаях выявления нарушения процесса приема и проведения итогового контроля результаты аннулируются и итоговый контроль проводится снова.

На кафедре OSKI проводится после окончания практических и лекционных занятий. На OSKI не допускаются студенты, которые имеют задолженности по практическим и лекционным занятиям.

OSKI состоит из 10 станций:

3. Практические навыки, составляют 70% итогового контроля– 55 баллов. Для этой части выделены 7 станций, на каждую станцию в зависимости от уровня сложности практического навыка выделено 5-10 баллов. Эти станции студент отвечает устно. Практические навыки выполняют по шагам, если студент пропустил какой то шаг, то получает 0 баллов.

4. Ситуационные задачи составляют 30% – максимально 45 и минимально 22,5 баллов. В этой части имеются 3 станции (для каждой задачи по 3 вопроса). На эти вопросы студент отвечает письменно.

Для ответа на каждую станцию выделено по 3 минуте, через 3 минуты по сигналу наблюдателя студенты переходят на другую станцию. Продолжительность экзамена 30 минут. Для проверки заданий подготовлены эталоны ответов.

Для каждой группы составляет отдельный вариант.

Критерии оценки итогового контроля:

100-86 баллов – отлично

85,9-71 баллов – хорошо

70,9-55 баллов – удовлетворительно

54,9 и ниже баллов – неудовлетворительно

Если студент получил менее 55 баллов по ОСКЭ то он недопускается на тестовый экзамен.

Глоссарий

Агония (греч) борьба	предсмертное терминальное
Амбулатория (лат) – подвижный, ходячий	лечебно-профилактическое учреждение, предназначенное для оказания внебольничной медицинской помощи и имеющее не более 5 врачебных должностей.
Акроцианоз (греч) – крайний, самый отдаленный, высокий	синюшная окраска дистальных частей тела, ногтей, мочек ушей, кончика носа.
Акромегалия (греч) - крайний, отдаленный, высокий	эндокринная болезнь, характеризующаяся увеличением размеров кистей, стоп, нижней челюсти, внутренних органов и нарушением обмена веществ.
Анасарка (греч)	приставка, означающая движение вверх, усиленное действие, обратное, противоположное действие. Греч (мясо) – распространенный отек.
Анамнез (греч)- воспоминание	расспрос больного о начале и развитии болезни
Антропометрия (греч) – человек. Греч (мера)	измерение различных частей тела.
Артрит (греч) – сустав, частица	воспаление сустава.

Астеник (греч) – бессилие, слабость	тип строения человеческого тела, характеризующийся значительным преобладанием продольных размеров тела над поперечными
Асцит (греч) – брюшная водянка	скопление жидкости в брюшной полости.
Аускультация (лат) – выслушивать	основной метод исследования внутренних органов, основанный на выслушивании звуковых явлений, связанных с их деятельностью
Болезнь (греч) – недуг, болезнь	Реакция организма на его поражение
Везикула (лат) – уменьшительно, пузырь	Первичный морфологический элемент сыпи в виде пузырька до 5 мм в диаметре, наполненного серозным экссудатом
Витилиго (лат) - порок, порча	появление на коже различного размера и форм депигментированных белых участков, пятен.
Гемиплегия (греч) – полуудар	паралич мышц одной половины тела, половинный односторонний
Параплегия	паралич обеих конечностей (поперечный).
Тетраплегия	паралич четырех конечностей
Герпес (греч) – ползучая	пузырьковое высыпание на коже и слизистых
Гигантизм (греч) – великан, гигант	клинический синдром, характеризующийся очень высоким ростом (выше 200 см для мужчин, 180 см – для женщин) или чрезмерным увеличением отдельных частей тела.
Гигиена (греч)	приносящий здоровье, целебный. Богиня здоровья (у древних греков). Медицинская наука, изучающая влияние факторов окружающей среды на здоровье человека, разрабатывающая мероприятия, направленные на оздоровление населенных мест, условий жизни и деятельности людей.
Гиперпигментация (греч)	приставка, над, сверх, чрезмерное повышение, увеличение чего – либо – усиленное окрашивание в темный цвет участков кожи, слизистой оболочки.
Гиперстеник (греч) – сила	- тип строения человеческого тела, характеризующийся относительным

	преобладанием поперечных размеров тела над продольными размерами и тупым надчревным углом.
Госпиталь (лат) – гостеприимный	лечебное учреждение, предназначенное для стационарного лечения военнослужащих.
Госпитализировать	– класть в больницу.
Гипертермия (греч) - теплота	перегревание организма из-за повышенной температуры тела.
Гипотермия (греч)	приставка, обозначающая: под, ниже, пониженное, слабая выраженность – понижение температуры тела.
Горб (лат) – бугор	– деформация грудного отдела позвоночника и грудной клетки, характеризующаяся резко выраженным кифозом
Деформация	изменение нормальной формы части тела, какого-либо органа
Диагноз-распознавание (греч.)	определение вида, формы и тяжести болезни.
Диагностика- способность распознавать (греч.)	процесс распознавания болезни.
Динамика-сила, действие (греч.)	имеющий силу или ход развития, например, болезни.
Дактилит	воспаление на кистях рук фаланг пальцев (туберкулезная этиология). Для заболевания характерно утолщение кости, её деструкция, припухлость, при движениях – болезненность.
Дисфагия	термин, общий для всех расстройств глотания
Дисфазия	нарушение речи.
Дивертикул	выпячивание стенки полого органа (кишки, мочевого пузыря др.), сообщающееся с его полостью. Наиболее часто встречается в толстой кишке.
ДВС (синдром, диссеминированного (внутрисосудистого) свертывания	патология свертывания крови, проявляющаяся одновременно и в повышении тромбообразования, и в виде геморагии.

Диастола	фаза сердечного цикла, в которую происходит расширение полостей сердца вследствие расслабления миокарда. В фазу Д. полости сердца наполняются кровью.
Диспепсия	нарушение пищеварения, проявляющееся изжогой, отрыжкой, тяжестью под ложечкой (желудочная диспепсия), вздутием живота, схваткообразными болями, поносом (кишечная диспепсия), срыгиванием, рвотой, интоксикацией (детская диспепсия).
Железодефицитная анемия	анемия (уменьшение абсолютного количества эритроцитов и гемоглобина в крови), обусловленная дефицитом железа в организме.
Желтуха	увеличенное содержание в сыворотке крови желчных пигментов, обуславливающее желтоватую окраску кожи, склеры и более глубоко расположенных тканей.
Живот острый	клинический термин, обозначающий тяжелое состояние больного при острых заболеваниях органов брюшной полости (кишечная непроходимость, перитонит, острый аппендицит, острый аднексит и др), требующих срочного хирургического вмешательства.
Иммунитет	естественное защитное свойство организма, заключающееся в невосприимчивости к чужеродным веществам, инфекциям и вирусам. Иммунитет обеспечивается защитными свойствами слизистых оболочек и кожных покровов.
Ирригоскопия	рентгенологическое исследование толстой кишки с контрастной клизмой.
Ишемия	уменьшение кровоснабжения участка тела, органа или ткани вследствие ослабления притока артериальной крови.
Кахексия - истощение, худосочные (греч.)	крайняя степень похудения.
Клиника (греч.)	лечебное стационарное учреждение, где помимо лечения проводят педагогическую и научно- исследовательскую работу

Клонический - смятение, сутолока (греч.)	быстрое сокращение мышц.
Койлонихия	изменение форм ногтей в виде ложек
Кома- спячка (греч.)	тяжелая степень угнетения сознания, обусловленная сильным угнетением центральной нервной системы, сопровождающаяся полной потерей сознания, отсутствием рефлексов и расстройством жизненно - важных функций
Кретинизм	эндокринное заболевание, сопровождающееся задержкой психического развития, доходящего до резкого слабоумия, расстройством роста и нарушением пропорции тела
Кризис – решение (греч.)	резкое изменение в течении патологического процесса (например, резкое падение температуры).
Крапивница	ограниченно или диффузно располагающиеся красные пятна на коже, реже на слизистых, сопровождающиеся зудом и возвышающиеся в виде пузыря.
Курация - ведение, пользование (лат.)	наблюдение за больным.
Криотерапия	метод лечения низкими температурами. Часто данный метод применяется для обезболивающего эффекта, во время воспалительных процессов или при кровотечениях.
Коагуляция	процесс свертывания белков под воздействием физических, химических и биологических факторов.
Кардиогенный шок	шок, развившийся на фоне инфаркта миокарда, при операциях на сердце и т.д.; характеризуется артериальной гипотензией (систолическое артериальное давление ниже 80-90 мм рт.ст.), нарушением периферического кровообращения, снижением мочеотделения, расстройствами сознания
Киста	патологическая полость в органе, стенка которой образована фиброзной тканью или выстлана эпителием или эндотелием. Кисты содержат газ, жидкость или другой субстрат
Коллапс	угрожающее жизни состояние,

	характеризующееся падением артериального и венозного давления и ухудшением кровоснабжения жизненно важных органов; у человека проявляется резкой слабостью, потерей сознания, падением, заостренными чертами лица, бледностью, похолоданием конечностей

Асосий адабиётлар

4. Гадаев А.; Каримов М.Ш.; “Ички касалликлар пропедевтикаси” Т. 2012;
5. Мухин Н.А., Моисеев В.И. "Пропедевтика внутренних болезней", М. 2000.
6. Василенко В.Х., Гребенев А.Л. “Пропедевтика внутренних болезней”, М.1989

Қўшимча адабиётлар

9. Гребенев А.Л. "Пропедевтика внутренних болезней", М. 2001.
10. Струтынский А.В. “Основы семиотики заболеваний внутренних органов” М. 2004. МЕДпресс-информ.
11. Карабаева Р.А. Практикум по пропедевтике внутренних болезней, 1992.
12. Терапия пер. с англ. \ под ред. Чучалина М. 1997.
13. Геотар М. Терапевтический справочник Вашингтонского университета, пер. с англ. -1996.
14. Textbook. Harrisons principles of internal medicine. Fauci A. Braunwald E ed. McGraw-Hill, 1998.
15. Textbook of internal medicine. William N. Kelley ed. Lippincott - Ravenpublishers, 1997.
16. Перевод с английского под редакцией акад. РАМН В.Т.Ивашкина “Внутренние болезни по Дэвидсону” Геотар М. 2009

Интернет сайтлари:

- 1.www.tma.uz
- 2.www.ziyonet.uz
- 3.www.medlincs.ru
- 4.www.medbook.ru.

