

**федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего
образования
Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.
Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский Университет)**

**Институт клинической медицины им.
Н.В. Склифосовского
Кафедра клинической фармакологии и пропедевтики внутренних болезней**

Методические материалы по дисциплине:

Пропедевтика внутренних болезней

**основная профессиональная образовательная программа высшего
образования - программа специалитета**

31.05.01

Тестовые задания для прохождения промежуточной аттестации

1) ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ВЫЯВЛЕНО: ВЫРАЖЕННОЕ УВЕЛИЧЕНИЕ ПЕРЕДНЕ-ЗАДНЕГО РАЗМЕРА ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ЗА СЧЁТ ВЫСТУПАЮЩЕЙ ВПЕРЁД В ВИДЕ КИЛЯ ГРУДИНЫ, РЁБЕРНЫЕ ХРЯЩИ В МЕСТЕ ПЕРЕХОДА В КОСТЬ УТОЛЩЕНЫ. КАКАЯ ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ФОРМА ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ПАЦИЕНТА?

- А) Эмфизематозная (бочкообразная)
- Б) Паралитическая +
- В) Рахитическая
- Г) Воронкообразная

2) ДЫХАНИЕ ГЛУБОКОЕ, РЕДКОЕ С БОЛЬШИМИ ДЫХАТЕЛЬНЫМИ ДВИЖЕНИЯМИ, СОПРОВОЖДАЮЩЕЕСЯ ГРОМКИМ ШУМОМ. КАКОЙ ТИП НАРУШЕНИЯ ДЫХАНИЯ ПРИВЕДЕН?

- А) Дыхание Куссмауля +
- Б) Дыхание Биота
- В) Дыхание Чейн-Стокса
- Г) Дыхание Грокка

3) ПРИ ОСМОТРЕ ОБНАРУЖЕНО ИСКРИВЛЕНИЕ ПОЗВОНОЧНИКА В СТОРОНУ И КЗАДИ. УКАЖИТЕ НАЗВАНИЕ ТАКОГО ИСКРИВЛЕНИЯ.

- А) Кифоз.
- Б) Сколиоз.
- В) Лордоз.
- Г) Кифосколиоз. +

4) В АНАМНЕЗЕ ЖИЗНИ УКАЗЫВАЕТСЯ ВСЁ, КРОМЕ:

- А) Перенесенные заболевания
- Б) Аллергологический анамнез
- В) Наследственность
- Г) Результаты ранее проведенного обследования +

5) ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА 31 СООТВЕТСТВУЕТ:

- А) Дефициту массы тела
- Б) Нормальной массе тела
- В) Избыточной массе тела
- Г) Ожирению +

6) ПОВЫШЕННОЙ МАССЕ ТЕЛА СООТВЕТСТВУЕТ ИМТ:

- А) Более 30
- Б) От 18 до 24
- В) Более 24
- Г) От 24 до 30 +

7) ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА ДО 40 ВЕЧЕРОМ, СОПРОВОЖДАЮЩЕЕСЯ ОЗНОБОМ, И СНИЖЕНИЕ ДО НОРМАЛЬНЫХ ЗНАЧЕНИЙ УТРОМ, СОПРОВОЖДАЮЩЕЕСЯ ВЫРАЖЕННОЙ ПОТЛИВОСТЬЮ И СЛАБОСТЬЮ. ОПРЕДЕЛИТЕ ТИП ЛИХОРАДКИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СУТОЧНЫХ КОЛЕБАНИЙ.

- А) Постоянная
- Б) Гектическая +
- В) Послабляющая
- Г) Фебрильная

8) ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ БОЛЬНОГО ВРАЧ ВЫСЛУШАЛ НАД ВСЕЙ ПОВЕРХНОСТЬЮ ЛЁГКИХ СУХИЕ СВИСТЯЩИЕ ХРИПЫ. ДЛЯ КАКОГО ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ОНИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ.

- А) Повышение воздушности легочной ткани.
- Б) Развитие соединительной ткани в легких.
- В) Застойные явления в легких.
- Г) Бронхоспазм. +

9) У БОЛЬНОГО ПРИ ОСМОТРЕ ВЫЯВЛЕНО НЕБОЛЬШОЕ ОТСТАВАНИЕ ПРАВОЙ ПОЛОВИНЫ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ПРИ ДЫХАНИИ, ГОЛОСОВОЕ ДРОЖАНИЕ УСИЛЕНО ПРИ ПАЛЬПАЦИИ НАД ВЕРХНЕЙ ДОЛЕЙ ПРАВОГО ЛЁГКОГО, ПРИ ПЕРКУССИИ В ЭТОЙ ОБЛАСТИ ТИМПАНИЧЕСКИЙ ЗВУК, ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ – АМФОРИЧЕСКОЕ ДЫХАНИЕ, КРУПНОПУЗЫРЧАТЫЕ ЗВУЧНЫЕ ВЛАЖНЫЕ ХРИПЫ, БРОНХОФОНΙΑ УСИЛЕНА) О КАКОМ ПАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ СЛЕДУЕТ ДУМАТЬ?

- А) Компрессионный ателектаз.
- Б) Обструкция бронхов вязким секретом.
- В) Закрытый пневмоторакс
- Г) Полость в легком, связанная с бронхом. +

10) ОСМОТР: ГРУДНАЯ КЛЕТКА БОЧКООБРАЗНОЙ ФОРМЫ, НАДКЛЮЧИЧНЫЕ И ПОДКЛЮЧИЧНЫЕ ЯМКИ ВЫБУХАЮТ. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ПЕРКУССИЯ: КОРОБОЧНЫЙ ЗВУК. ТОПОГРАФИЧЕСКАЯ ПЕРКУССИЯ: ОПУЩЕНИЕ НИЖНИХ ГРАНИЦ ЛЕГКИХ, ОГРАНИЧЕНИЕ ПОДВИЖНОСТИ НИЖНИХ КРАЕВ ЛЕГКИХ. АУСКУЛЬТАЦИЯ: НАД ОБОИМИ ЛЕГКИМИ ОСЛАБЛЕННОЕ ВЕЗИКУЛЯРНОЕ ДЫХАНИЕ. О КАКОМ ПРОЦЕССЕ НАДО ДУМАТЬ У БОЛЬНОГО?

- А) Скопление воздуха в плевральной полости.
- Б) Повышенная воздушность лёгочной ткани +
- В) Полость в легком, связанная с бронхом.
- Г) Долевое воспалительное уплотнение легкого

11) У БОЛЬНОГО ПРИ ОСМОТРЕ ВЫЯВЛЕНО НЕБОЛЬШОЕ ОТСТАВАНИЕ ПРАВОЙ ПОЛОВИНЫ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ В ДЫХАНИИ, ПРИ ПАЛЬПАЦИИ ГОЛОСОВОЕ ДРОЖАНИЕ УСИЛЕНО НАД ВЕРХНЕЙ ДОЛЕЙ ПРАВОГО ЛЕГКОГО, ПРИ ПЕРКУССИИ В ЭТОЙ ОБЛАСТИ ТИМПАНИЧЕСКИЙ ПЕРКУТОРНЫЙ ЗВУК, ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ В ЭТОЙ ОБЛАСТИ АМФОРИЧЕСКОЕ ДЫХАНИЕ, КРУПНОПУЗЫРЧАТЫЕ ВЛАЖНЫЕ ЗВОНКИЕ ХРИПЫ, БРОНХОФОНΙΑ УСИЛЕНА) О КАКОМ ПАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ СЛЕДУЕТ ДУМАТЬ?

- А) Компрессионный ателектаз.
- Б) Обструкция бронхов вязким секретом.
- В) Закрытый пневмоторакс.
- Г) Полость в легком, связанная с бронхом. +

12) ДЛЯ КАКОГО НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА НА ЭКГ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО УВЕЛИЧЕНИЕ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ КОМПЛЕКСА QRS?

- А) Желудочковая экстрасистолия +
- Б) Предсердная экстрасистолия.
- В) Атриовентрикулярная экстрасистолия.
- Г) Синусовая брадикардия.

13) КАКАЯ ПРИЧИНА, ГЛАВНЫМ ОБРАЗОМ, ОБУСЛОВЛИВАЕТ ПОЯВЛЕНИЕ СЕРДЕЧНОГО ТОЛЧКА?

- А) Гипертрофия левого желудочка
- Б) Гипертрофия правого желудочка+
- В) Гипертрофия левого предсердия.
- Г) Гипертрофия правого предсердия.

14) КАКОЙ ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ КОМПОНЕНТОВ НЕ ИМЕЕТ ОТНОШЕНИЯ К ОБРАЗОВАНИЮ I ТОНА СЕРДЦА?

- А) Предсердный.
- Б) Мышечный
- В) Сосудистый.
- Г) Колебания створок полулунных клапанов +

15) ПРИ КАКОМ ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЫЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМ СИСТОЛИЧЕСКОГО ДРОЖАНИЯ?

- А) Недостаточность митрального клапана.
- Б) Недостаточность аортального клапана
- В) Недостаточность трёхстворчатого клапана.
- Г) Стеноз устья аорты +

16) КАКОЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СВОЙСТВ ПУЛЬСА НА ЛУЧЕВОЙ АРТЕРИИ НЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ БОЛЬНЫХ С НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА?

- А) Большой.
- Б) Высокий.
- В) Малый. +
- Г) Скорый.

17) УКАЖИТЕ НЕСОМНЕННЫЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК СИНУСОВОГО РИТМА СЕРДЦА:

- А) Различные интервалы R - R.
- Б) Наличие положительных зубцов Р, находящихся на одинаковом расстоянии от желудочкового комплекса +
- В) Отсутствие деформации желудочкового комплекса.
- Г) Наличие положительного зубца Т во всех отведениях.

18) КОЖНЫЕ ПОКРОВЫ БЛЕДНЫЕ, ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ОТЁКОВ НЕТ. «ПЛЯСКА КАРОТИД», СИМПТОМ МЮССЕ. ВЕРХУШЕЧНЫЙ ТОЛЧОК ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ В 6-ОМ МЕЖРЕБЕРЬЕ ПО ПЕРЕДНЕЙ ПОДМЫШЕЧНОЙ ЛИНИИ РАЗЛИТОЙ, УСИЛЕННЫЙ, КУПОЛООБРАЗНЫЙ. ГРАНИЦЫ ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ТУПОСТИ СЕРДЦА СМЕЩЕНЫ ВЛЕВО. ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ: ОСЛАБЛЕНИЕ I ТОНА У ВЕРХУШКИ СЕРДЦА, ОСЛАБЛЕНИЕ II ТОНА НА АОРТЕ, ПРОТОДИАСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ В ТОЧКЕ БОТКИНА-ЭРБА) СИМПТОМЫ КАКОГО ПОРОКА ИМЕЮТСЯ У БОЛЬНОГО?

- А) Недостаточность аортального клапана +
- Б) Стеноз левого атриовентрикулярного отверстия.
- В) Стеноз правого атриовентрикулярного отверстия.
- Г) Недостаточность митрального клапана.

19) КАКОЙ ХАРАКТЕР ПУЛЬСА И АД МОЖНО ОЖИДАТЬ ПРИ ФИЗИКАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ БОЛЬНОГО С НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА?

- А) Pulsus differens; АД не изменено.

- Б) Пульс и АД патологически не изменены.
В) Pulsus altus, celer et magnus; высокое пульсовое АД +
Г) Pulsus parvus, tardus et rarus; пульсовое АД уменьшено.

20) ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ СЕРДЦА: I ТОН НА ВЕРХУШКЕ ОСЛАБЛЕН, ВЫСЛУШИВАЕТСЯ СИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ УБЫВАЮЩЕГО ХАРАКТЕРА, КОТОРЫЙ ПРОВОДИТСЯ В ЛЕВУЮ ПОДМЫШЕЧНУЮ ОБЛАСТЬ, АКЦЕНТ II ТОНА НАД ЛЁГОЧНЫМ СТВОЛОМ. КАКОЙ ПОРОК МОЖНО ПРЕДПОЛОЖИТЬ

- А) Стеноз устья аорты.
Б) Стеноз левого атриовентрикулярного отверстия.
В) Недостаточность митрального клапана +
Г) Стеноз правого атриовентрикулярного отверстия.

21) КАКУЮ АУСКУЛЬТАТИВНУЮ КАРТИНУ МОЖНО ВЫЯВИТЬ ПРИ СТЕНОЗЕ ЛЕВОГО АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОГО ОТВЕРСТИЯ?

- А) Ослабление I тона на верхушке, систолический шум на верхушке с проведением в подмышечную область, акцент II тона над лёгочным стволом
Б) Ослабление I тона на верхушке, ослабление II тона на аорте, грубый систолический шум на аорте, проводящийся на сонные артерии
В) Ослабление I тона у основания мечевидного отростка, систолический шум в этой же области, а также в третьем и четвёртом межреберье справа у грудины, интенсивность шума увеличивается при задержке дыхания на высоте вдоха
Г) На верхушке громкий «хлопающий» I тон, тон открытия митрального клапана, «ритм перепела», диастолический шум, акцент II тона над лёгочной артерией +

22) КАКИЕ ДАННЫЕ МОГУТ БЫТЬ ПОЛУЧЕНЫ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ И ПЕРКУССИИ ОБЛАСТИ СЕРДЦА ПРИ СТЕНОЗЕ УСТЬЯ АОРТЫ?

- А) Смещение верхушечного толчка влево и вниз; верхушечный толчок разлитой, усиленный, резистентный; смещение границ относительной тупости сердца вверх и влево
Б) Смещение верхушечного толчка влево и вниз; верхушечный толчок разлитой, усиленный; смещение границ относительной тупости сердца влево и вверх
В) Верхушечный толчок не выражен; смещение границ относительной тупости сердца вправо
Г) Смещение верхушечного толчка влево; верхушечный толчок разлитой, высокий, резистентный; «систолическое дрожание»; смещение границ относительной тупости сердца влево +

23) ОБЪЕКТИВНО: УМЕРЕННЫЙ ЦИАНОЗ ГУБ, «FACIES MITRALIS». ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ОТЁКОВ НЕТ. ЧДД 24 В МИН. ПРИ ОСМОТРЕ ОБЛАСТИ СЕРДЦА ВЕРХУШЕЧНЫЙ ТОЛЧОК НЕ ВИДЕН И НЕ ПАЛЬПИРУЕТСЯ. ЗАМЕТЕН СЕРДЕЧНЫЙ ТОЛЧОК. ПРИ ПАЛЬПАЦИИ В ОБЛАСТИ ВЕРХУШКИ СЕРДЦА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ДИАСТОЛИЧЕСКОЕ ДРОЖАНИЕ. ГРАНИЦЫ ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ТУПОСТИ СЕРДЦА РАСШИРЕНЫ ВВЕРХ И ВПРАВО. О КАКОМ КЛАПАННОМ ПОРАЖЕНИИ СЕРДЦА МОЖНО ДУМАТЬ У ДАННОЙ БОЛЬНОЙ?

- А) Недостаточность аортального клапана
Б) Стеноз левого атриовентрикулярного отверстия +
В) Стеноз правого атриовентрикулярного отверстия
Г) Недостаточность митрального клапана

24) БОЛЬНОЙ ОБРАТИЛСЯ К ВРАЧУ С ЖАЛОБАМИ НА ГОЛОВНЫЕ БОЛИ, ГОЛОВОКРУЖЕНИЯ И ШУМ В УШАХ. ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ОБРАЩАЮТ НА СЕБЯ ВНИМАНИЕ ЛЕГКАЯ ГИПЕРЕМИЯ ЛИЦА; УСИЛЕННЫЙ, РАЗЛИТОЙ ВЕРХУШЕЧНЫЙ ТОЛЧОК В 5 М/Р ПО ЛЕВОЙ СРЕДНЕКЛЮЧИЧНОЙ ЛИНИИ. ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ СЕРДЦА) ТОНЫ СЕРДЦА ЗВУЧНЫЕ РИТМИЧНЫЕ, АКЦЕНТ II ТОНА НАД АОРТОЙ. АД-

165/95ММ РТ.СТ. ПУЛЬС=ЧСС=78 В МИН, РИТМИЧНЫЙ, ХОРОШЕГО НАПОЛНЕНИЯ. ВЫБЕРИТЕ ИЗ ПРЕДЛОЖЕННОГО СПИСКА СИНДРОМ, ИМЕЮЩИЙСЯ У ДАННОГО БОЛЬНОГО.

- А) Стенокардия
- Б) Артериальная гипертензия+
- В) Недостаточность кровообращения
- Г) Нарушения ритма сердца

25) СИМПТОМ «ПЛЯСКА КАРОТИД» И СИМПТОМ МЮССЕ НАБЛЮДАЮТСЯ ПРИ:

- А) Артериальной гипертензии
- Б) Стенозе митрального клапана
- В) Недостаточности митрального клапана
- Г) Недостаточности аортального клапана+

26) В КЛИНИКУ ПОСТУПИЛА БОЛЬНАЯ С ЖАЛОБАМИ НА ОЩУЩЕНИЯ СЕРДЦЕБИЕНИЯ И ПЕРЕБОЕВ В РАБОТЕ СЕРДЦА. ПРИ ОСМОТРЕ ОБРАЩАЕТ НА СЕБЯ ВНИМАНИЕ: ТОНЫ СЕРДЦА АРИТМИЧНЫЕ. ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ - 155 В МИН. ДЕФИЦИТ ПУЛЬСА. 50 В МИН. РАССЧИТАЙТЕ ПУЛЬС У ПАЦИЕНТКИ.

- А) 155 уд в мин.
- Б) 105 уд в мин.+
- В) 50 уд в мин.
- Г) 100 уд в мин.

27) В ПОЛИКЛИНИКУ ОБРАТИЛАСЬ БОЛЬНАЯ К., 52 ЛЕТ С ЖАЛОБАМИ НА ПЕРЕБОИ В РАБОТЕ СЕРДЦА. ПРИ ОСМОТРЕ ОБРАЩАЕТ НА СЕБЯ ВНИМАНИЕ: ТОНЫ СЕРДЦА АРИТМИЧНЫЕ. ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ 110 УД В МИН. ПУЛЬС 85 УД В МИН, АРИТМИЧНЫЙ, ПУЛЬСОВЫЕ ВОЛНЫ РАЗНОГО НАПОЛНЕНИЯ. РАССЧИТАЙТЕ ДЕФИЦИТ ПУЛЬСА У ПАЦИЕНТКИ

- А) 120 уд в мин.
- Б) 86 уд в мин.
- В) 25 уд в мин. +
- Г) 140 уд в мин.

28) ЧТО ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ СЕРДЦА ПОДРАЗУМЕВАЮТ ПОД ТОЧКОЙ БОТКИНА-ЭРБА?

- А) Точка выслушивания митрального клапана
- Б) Точка выслушивания аортального клапан
- В) Точка выслушивания трикуспидального клапана
- Г) Дополнительная точка выслушивания аортального клапана +

29) ЖАЛОБЫ НА ПЕРЕБОИ В РАБОТЕ СЕРДЦА, СЕРДЦЕБИЕНИЕ. ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ОБРАЩАЕТ НА СЕБЯ ВНИМАНИЕ: ТОНЫ СЕРДЦА АРИТМИЧНЫЕ, ПУЛЬС=ЧСС=80-94/МИН. НА ЭКГ: НЕРЕГУЛЯРНЫЕ ЖЕЛУДОЧКОВЫЕ КОМПЛЕКСЫ, ОТСУТСТВУЕТ ЗУБЕЦ Р. О КАКОМ НАРУШЕНИИ РИТМА НАДО ДУМАТЬ?

- А) Предсердная экстрасистолия
- Б) Мерцание предсердий+
- В) Синусовая брадиаритмия
- Г) Синусовая тахикардия

30) УКАЖИТЕ ИЗМЕНЕНИЯ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ, НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ НАРУШЕНИЯ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА (ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ).

- А) Папулы, пустулы
- Б) Ксантомы и ксантеллазмы +
- В) Узловатая эритема
- Г) Петехиальная сыпь

31) УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЕ И ЯРКОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ СИМПТОМА КОРОНАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ.

- А) Разлитая сжимающая боль за грудиной с иррадиацией в левую руку+
- Б) Экспираторная одышка вне связи с физическими нагрузками
- В) Тяжесть в правом подреберье
- Г) Повышение артериального давления с потерей сознания

32) КАК РАССЧИТЫВАЕТСЯ ТАКОЙ ПОКАЗАТЕЛЬ, КАК ДЕФИЦИТ ПУЛЬСА?

- А) Из частоты сердечных сокращений вычитается частота пульса+
- Б) Из частоты пульса вычитается частота сердечных сокращений
- В) К частоте сердечных сокращений прибавляется частота пульса
- Г) Сумма частоты сердечных сокращений и частоты пульса делится на частоту дыхательных движений

33) УКАЖИТЕ НОРМАЛЬНОЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ ВЕРХУШЕЧНОГО ТОЛЧКА)

- А) Пятое межреберье на 1,5 – 2 см латеральнее от левой срединно-ключичной линии
- Б) Пятое межреберье по левой срединно-ключичной линии
- В) По правому краю грудины
- Г) Пятое межреберье на 1,5 – 2 см медиальнее от левой срединно-ключичной линии+

34) ДАЙТЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОЛОЖИТЕЛЬНОГО ВЕННОГО ПУЛЬСА.

- А) Пульсация подкожных вен верхней конечности
- Б) Ритмичное набухание шейных вен в период систолы, синхронное с верхушечным толчком+
- В) Набухание шейных вен в период диастолы
- Г) Набухание шейных вен асинхронное с верхушечным толчком

35) У БОЛЬНОГО, СТРАДАЮЩЕГО ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА, В ПЕРИОД ОЧЕРЕДНОГО ОБОСТРЕНИЯ ПОЯВИЛИСЬ ЖАЛОБЫ НА ОТРЫЖКУ «ТУХЛЫМ ЯЙЦОМ», РВОТУ, ПРИНЯТОЙ НАКАНУНЕ ПИЩЕЙ. КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ, ВЕРОЯТНЕЕ ВСЕГО, ВОЗНИКЛО У БОЛЬНОГО?

- А) Пенетрация
- Б) Перфорация
- В) Кровотечение
- Г) Стенозирование привратника+

36) БОЛЬНОЙ К., 43 ЛЕТ ПОСТУПИЛ В КЛИНИКУ С ЖАЛОБАМИ НА НОЮЩИЕ БОЛИ В ЛЕВОМ ПОДРЕБЕРЬЕ И ЭПИГАСТРИИ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ЧЕРЕЗ 1,5 – 2 ЧАСА ПОСЛЕ ПРИЕМА ПИЩИ И ПО НОЧАМ, ИРРАДИИРУЮЩИЕ В СПИНУ И ПРИНИМАЮЩИЕ ВРЕМЕНАМИ ХАРАКТЕР «ОПОЯСЫВАЮЩИХ», НА ТОШНОТУ И ПОХУДАНИЕ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 2 ГОДА НА 8 КГ, ПОНОСЫ. В АНАМНЕЗЕ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЕМ.

ПРИ ОСМОТРЕ ОТМЕЧАЕТСЯ ВЗДУТИЕ ЖИВОТА, БОЛЕЗНЕННОСТЬ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ В ЭПИГАСТРИИ, ПРЕИМУЩЕСТВЕННО СЛЕВА) КАКОВ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ У ЭТОГО БОЛЬНОГО?

- А) Язвенная болезнь с локализацией в луковице 12п. кишки. -
- Б) Хронический холецистит.
- В) Хронический энтероколит.

Г) Хронический панкреатит +

37) КРЕАТОРЕЯ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ НАРУШЕНИЯ ПЕРЕВАРИВАНИЯ:

А) Жиры.

Б) Белка +

В) Крахмала.

Г) Всех питательных веществ

38) МОЛОДОЙ МУЖЧИНА ОБРАТИЛСЯ К ВРАЧУ С ЖАЛОБОЙ НА БОЛИ В ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ ЧЕРЕЗ 2 ЧАСА ПОСЛЕ ЕДЫ. ЗАБОЛЕЛ 2 ГОДА НАЗАД. ПЕРИОДЫ ХОРОШЕГО САМОЧУВСТВИЯ СМЕНЯЛИСЬ ОБОСТРЕНИЯМИ БОЛЕЗНИ, ВОЗНИКАЮЩИМИ ВЕСНОЙ И ОСЕНЬЮ. ДЛЯ КАКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ХАРАКТЕРНО ПОДОБНОЕ ТЕЧЕНИЕ?

А) Хронический гастрит.

Б) Хронический дуоденит.

В) Язвенная болезнь. +

Г) Хронический панкреатит.

39) У БОЛЬНОГО, СТРАДАЮЩЕГО ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА, ВНЕЗАПНО ВОЗНИКЛА «КИНЖАЛЬНАЯ» БОЛЬ В ЖИВОТЕ И КОЛЛАПТОИДНОЕ СОСТОЯНИЕ. КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ РАЗВИЛОСЬ У БОЛЬНОГО?

А) Пенетрация

Б) Перфорация+

В) Кровотечение

Г) Стенозирование привратника

40) СТЕАТОРЕЯ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ НАРУШЕНИЯ ПЕРЕВАРИВАНИЯ:

А) Крахмала

Б) Белка.

В) Жиры +

Г) Всех питательных веществ

41) У МУЖЧИНЫ 25 ЛЕТ НЕДЕЛЮ НАЗАД ВПЕРВЫЕ СТАЛИ ВОЗНИКАТЬ ИНТЕНСИВНЫЕ НОЮЩИЕ БОЛИ В ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ ЧЕРЕЗ 2,5 ЧАСА ПОСЛЕ ЕДЫ И НОЧЬЮ, ИЗЖОГА, НАКЛОННОСТЬ К ЗАПОРАМ. ДЛЯ КАКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ЭТИ ЖАЛОБЫ?

А) Хронический гастрит.

Б) Язвенная болезнь желудка.

В) Язвенная болезнь 12 перстной кишки.+

Г) Хронический панкреатит.

42) У БОЛЬНОГО, СТРАДАЮЩЕГО ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА, В ПЕРИОД ОЧЕРЕДНОГО ОБОСТРЕНИЯ ПОЯВИЛИСЬ ЖАЛОБЫ НА ОТРЫЖКУ «ТУХЛЫМ ЯЙЦОМ», РВОТУ ПРИНЯТОЙ НАКАНУНЕ ПИЩЕЙ. КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ВЕРОЯТНЕЕ ВСЕГО ВОЗНИКЛО У БОЛЬНОГО?

А) Пенетрация.

Б) Перфорация.

В) Кровотечение.

Г) Стенозирование привратника +

43) ПРИЧИНОЙ ПОЯВЛЕНИЯ СВЕЖЕЙ ЯРКО-КРАСНОЙ КРОВИ В КАЛЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

А) Изъязвленный полип желудка

- Б) Язва 12 п.кишки.
- В) Язва желудка.
- Г) Наружный геморрой.+

44) У БОЛЬНОГО, СТРАДАЮЩЕГО ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА ВОЗНИКЛА ОБЩАЯ СЛАБОСТЬ, ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ, СЕРДЦЕБИЕНИЕ, МЕЛЕНА. КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ РАЗВИЛОСЬ У БОЛЬНОГО?

- А) Пенетрация.
- Б) Кровотечение+
- В) Перфорация
- Г) Стенозирование привратника

45) БОЛЬНАЯ 36 ЛЕТ ПОСТУПИЛА В ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР С ЖАЛОБАМИ НА БОЛИ В ОКОЛОПУПЧОНОЙ ОБЛАСТИ, ЖИДКИЙ СТУЛ С КИСЛЫМ ЗАПАХОМ 6-8 РАЗ В СУТКИ, ОБЩУЮ СЛАБОСТЬ, НЕПЕРЕНОСИМОСТЬ МОЛОКА) ОБЪЕКТИВНО: КОЖНЫЕ ПОКРОВЫ БЛЕДНЫЕ, СУХИЕ. ЯЗЫК В ГРЯЗНО-СЕРОМ НАЛЕТЕ. ЖИВОТ ВЗДУТ. ПРИ ПОВЕРХНОСТНОЙ ПАЛЬПАЦИИ БОЛЕЗНЕННОСТЬ В ЦЕНТРАЛЬНЫХ ОТДЕЛАХ ЖИВОТА) МИКРОСКОПИЯ КАЛА: СТЕАТОРЕЯ, НЕПЕРЕВАРЕННЫЕ МЫШЕЧНЫЕ ВОЛОКНА) АНАЛИЗ КРОВИ: ЛЕЙКОЦИТЫ – 9.0×10^9 , СОЭ – 22 ММ. В ЧАС. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ ПО ВАШЕМУ МНЕНИЮ?

- А) Колит.
- Б) Энтерит.+
- В) Холецистит.
- Г) Опухоль желудка

46) КАКОЙ ЗВУК БУДЕТ ОПРЕДЕЛЯТЬСЯ ПРИ ПЕРКУССИИ ЖИВОТА НАД ЗОНОЙ СКОПЛЕНИЯ ЖИДКОСТИ?

- А) Тимпанический
- Б) Тупой+
- В) Коробочный
- Г) Притупленно-тимпанический

47) КАКОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О НАЛИЧИИ ХОЛЕСТАЗА:

- А) Ксантомы и ксантелазмы.
- Б) Желтуха +
- В) Телеангиоэктазии.
- Г) «Голова медузы».

48) КАКАЯ ТРИАДА ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ СИМПТОМОВ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ОБСТРУКЦИИ КАМНЕМ ОБЩЕГО ЖЕЛЧНОГО ПРОТОКА?

- А) Постоянные боли в эпигастральной области, похудание, диарея.
- Б) Гематурия, боли в правом подреберье, болезненное мочеиспускание.
- В) Схваткообразные боли в эпигастральной области, лихорадка, желтуха.+
- Г) Боли в правом подреберье при дыхании, кашель, лихорадка

49) БОЛИ ПРИ ОБОСТРЕНИИ ПАНКРЕАТИТА:

- А) Всегда усиливаются при глубоком дыхании и кашле.
- Б) Носят коликообразный характер.
- В) Нередко сопровождаются рефлекторной рвотой+
- Г) Иррадиируют в правую лопатку.

50) КАКОЙ ХАРАКТЕР БОЛЕЙ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ОБОСТРЕНИИ ПАНКРЕАТИТА С ВОВЛЕЧЕНИЕМ В ПРОЦЕСС ВСЕХ ОТДЕЛОВ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ?

- А) Постоянные боли в левом подреберье, усиливающиеся натощак.
- Б) «Опоясывающие» боли в верхних отделах живота, усиливающиеся натощак и облегчающиеся после приема пищи.
- В) «Опоясывающие» боли в верхних отделах живота, усиливающиеся после приема пищи. +
- Г) Боли в эпигастральной области, облегчающиеся после приема пищи.

51) ВЫБЕРИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЙ РАЗВИТИЕ РВОТЫ ПРИ ОБОСТРЕНИИ ПАНКРЕАТИТА:

- А) Рвота вследствие гиперсекреции соляной кислоты. Рвота развивается на высоте болей и приносит облегчение.
- Б) Рефлекторная рвота вследствие повышения внутрипротокового давления. +
- В) Рвота вследствие стеноза привратника
- Г) Рвота возникает на высоте болей и приносит облегчение.

52) О ЧЕМ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ НАЛИЧИЕ ВАРИКОЗНО-РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕЧЕНИ?

- А) О развитии печеночной недостаточности.
- Б) О развитии гиперспленизма.
- В) О развитии портальной гипертензии +
- Г) О наличии печеночной энцефалопатии.

53) КАКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МОЖЕТ ПОДТВЕРДИТЬ ДИАГНОЗ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА?

- А) Ультразвуковое исследование органов брюшной полости
- Б) Компьютерная томография
- В) Ирригоскопия
- Г) Гастродуоденоскопия с исследованием на наличие инфекции *Helicobacter pylori* +

54) КАКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПОЗВОЛЯЕТ ДИАГНОСТИРОВАТЬ НАЧАЛЬНУЮ СТАДИЮ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ?

- А) Клинический анализ мочи.
- Б) Исследование мочи по Нечипоренко.
- В) Определение суточной протеинурии.
- Г) Проба Зимницкого. +

55) ЧТО ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ПОНЯТИЕ «НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ»?

- А) Сочетание протеинурии, гиперлипидемии, артериальной гипертензии.
- Б) Сочетание протеинурии, гипопротеинемии, отеков, гиперлипидемии +
- В) Сочетание гематурии, артериальной гипертензии, отеков
- Г) Сочетание гематурии, гипопротеинемии, протеинурии.

56) СНИЖЕНИЕ ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ МОЧИ НАЗЫВАЕТСЯ:

- А) Протеинурия
- Б) Изостенурия
- В) Гипостенурия +
- Г) Полиурия

57) ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ДИУРЕЗА:

- А) Учащенное, болезненное мочеиспускание
- Б) Метод измерения относительной плотности мочи

- В) Количество мочи, выделяемое за сутки +
- Г) Количество мочи, выделенное за ночной период

58) ЦВЕТ «МЯСНЫХ ПОМОЕВ» МОЧИ ПРИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ОБУСЛОВЛЕН?

- А) Макрогематурией +
- Б) Микрогематурией
- В) Кетонурией
- Г) Билирубинурией

59) КАКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МОЧЕВОГО ОСАДКА ПОЗВОЛЯЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ ЛОКАЛИЗАЦИЮ ИСТОЧНИКА ГЕМАТУРИИ?

- А) Проба Аддис-Каковского.
- Б) Проба Нечипоренко.
- В) Проба Томпсона (3-х стаканная) +
- Г) Проба Зимницкого.

60) КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА МОЖЕТ ПРОЯВЛЯТЬСЯ УМЕНЬШЕНИЕМ СУТОЧНОГО ОБЪЕМА МОЧИ ДО 200 МЛ ИЛИ ПОЛНЫМ ПРЕКРАЩЕНИЕМ МОЧЕОТДЕЛЕНИЯ:

- А) Острая почечная недостаточность +
- Б) Эклампсия
- В) Сердечная недостаточность
- Г) Асцит

61) КЛИНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ, РАЗВИВАЮЩИЙСЯ ПРИ ЗНАЧИТЕЛЬНОМ СНИЖЕНИИ ФУНКЦИИ ПОЧЕК, ОБУСЛОВЛЕННЫЙ ВОЗДЕЙСТВИЕМ ТОКСИЧЕСКИХ МЕТАБОЛИТОВ НА ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ СИСТЕМЫ ОРГАНИЗМА, ОБОЗНАЧАЕТСЯ КАК:

- А) Нефротический
- Б) Эклампсия
- В) Уремия+
- Г) Нефритический

62) ПРОЯВЛЕНИЕМ КАКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛУЖАТ СЛЕДУЮЩИЕ ЖАЛОБЫ: ВНЕЗАПНОЕ ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ДО 38-39° С, СОПРОВОЖДАЮЩЕЕСЯ ОЗНОБОМ, НОЮЩАЯ БОЛЬ В ПОЯСНИЦЕ, ДИЗУРИЧЕСКИЕ ЯВЛЕНИЯ, ГОЛОВНАЯ БОЛЬ:

- А) Острый цистит
- Б) Гипертоническая болезнь
- В) Острый гломерулонефрит
- Г) Острый пиелонефрит+

63) КАКАЯ ПРОБА ПРОВОДИТСЯ ДЛЯ КОЛИЧЕСТВЕННОЙ ОЦЕНКИ СОДЕРЖАНИЯ ФОРМЕННЫХ ЭЛЕМЕНТОВ КРОВИ В 1 МЛ МОЧИ:

- А) Зимницкого
- Б) Томпсона (проба трех стаканов)
- В) Нечипоренко+
- Г) Реберга

64) ДЛЯ КАКОГО СИНДРОМА ХАРАКТЕРНА СУТОЧНАЯ ПРОТЕИНУРИЯ БОЛЕЕ 3,5 г?

- А) Почечной эклампсии
- Б) Нефротического +

- В) Нефритического
- Г) Хронической почечной недостаточности

65) ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ КОНЦЕНТРАЦИОННОЙ СПОСОБНОСТИ ПОЧЕК ПРОВОДИТСЯ:

- А) Проба Зимницкого +
- Б) Проба 3-х стаканная
- В) Маршевая проба
- Г) Проба Нечипоренко

66) СКОРОСТЬ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ ОЦЕНИВАЕТСЯ В ПРОБЕ:

- А) Зимницкого
- Б) Аддис-Каковского
- В) Нечипоренко
- Г) Реберга+

67) ОДНИМ ИЗ ОСНОВНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ СЛУЖИТ:

- А) Кожный зуд
- Б) Желтуха +
- В) Отеки
- Г) Цианоз

68) ПРИ КАКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ ВСТРЕЧАЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕННАЯ СПЛЕНОМЕГАЛИЯ?

- А) Хронический лимфолейкоз +
- Б) Лимфогранулематоз
- В) Хронический миелолейкоз
- Г) Острый лейкоз

69) ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗА (БОЛЕЗНИ ХОДЖКИНА):

- А) Желтуха
- Б) Бледность видимых слизистых
- В) Полиартрит
- Г) Лимфаденопатия+

70) ДЛЯ КАКОЙ АНЕМИИ ХАРАКТЕРЕН СИДЕРОПЕНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ:

- А) В12 дефицитной
- Б) Гемолитической
- В) Железодефицитной +
- Г) Фолиеводефицитной

71) НАЗОВИТЕ ПРИЧИНУ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ:

- А) Недостаточное поступление железа с пищей
- Б) Недостаточное поступление фолиевой кислоты с пищей
- В) Недостаточное поступление витамина К с пищей
- Г) Недостаточное поступление витаминов группы В+

72) САМАЯ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА В12-ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ:

- А) Недостаточное поступление железа с пищей
- Б) Недостаточное поступление В12 с пищей+

- В) Недостаточное поступление витамина К с пищей
- Г) Хроническая кровопотеря

73) ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗ ОТНОСИТСЯ К:

- А) Острым лейкозам
- Б) Тромбопатиям
- В) Анемиям
- Г) Лимфоопролиферативным заболеваниям+

74) ПЕТЕХИАЛЬНЫЙ ТИП КРОВОТОЧИВОСТИ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ:

- А) Травмы артерий
- Б) Травмы вен
- В) Дефицита факторов свертывания
- Г) Тромбоцитопении+

75) ТЕРМИН «АНИЗОЦИТОЗ» ОЗНАЧАЕТ ИЗМЕНЕНИЕ:

- А) Диаметра эритроцитов
- Б) Количества эритроцитов+
- В) Осмотической резистентности эритроцитов
- Г) Формы эритроцитов

76) ТЕРМИН «ПОЙКИЛОЦИТОЗ» ОЗНАЧАЕТ ИЗМЕНЕНИЕ:

- А) Количества эритроцитов
- Б) Размеров эритроцитов
- В) Формы эритроцитов+
- Г) Осмотической резистентности эритроцитов

77) РЕГЕНЕРАТОРНЫЙ ОТВЕТ КОСТНОГО МОЗГА НА АНЕМИЮ ОЦЕНИВАЕТСЯ ПО СОДЕРЖАНИЮ В АНАЛИЗЕ КРОВИ:

- А) Лейкоцитов
- Б) Бластов
- В) Тромбоцитов
- Г) Ретикулоцитов+

78) НАЛИЧИЕ В АНАЛИЗЕ КРОВИ «ТЕНЕЙ БОТКИНА-ГУМПРЕХТА» (ЭЛЕМЕНТЫ ЛЕЙКОЛИЗА) ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:

- А) Острого лимфобластного лейкоза
- Б) Железодефицитной анемии
- В) Хронического миелолейкоза
- Г) Хронического лимфолейкоза +

79) ВРЕМЯ КРОВОТЕЧЕНИЯ СЛУЖИТ МЕТОДОМ ОЦЕНКИ:

- А) Тромбоцитарного звена гемостаза +
- Б) Белков свертывающей системы
- В) Фибринолитической системы
- Г) Функции печени

80) ДАЙТЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ АГРАНУЛОЦИТОЗА:

- А) Увеличение нейтрофилов
- Б) Снижение числа эозинофилов
- В) Снижение числа базофилов
- Г) Снижение числа нейтрофилов $< 0,5 \cdot 10^9/\text{л}$ +

81) КАКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ, НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ:

- А) Трепанобиопсия
- Б) Стернальная пункция
- В) Определение показателей обмена железа+
- Г) Определение содержания в крови фолиевой кислоты

82) ВИТАМИН В12 ВСАСЫВАЕТСЯ В:

- А) Тощей кишке
- Б) Желудке
- В) Терминальном отделе подвздошной кишки +
- Г) 12-ти перстной кишке

83) КАКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ, НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ХАРАКТЕРА АНЕМИИ:

- А) Определение содержания в крови витамина В12
- Б) Стернальная пункция+
- В) Определение сывороточного железа, процента насыщения трансферрина железом, ферритина в крови
- Г) Определение содержания в крови фолиевой кислоты

84) ДЛЯ ХАРАКТЕРИСТИКИ ФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНО:

- А) Сканирование щитовидной железы
- Б) Биопсия щитовидной железы
- В) УЗИ щитовидной железы
- Г) Определение в крови Т3, Т4, ТТГ+

85) ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ СТРУКТУРНЫХ НАРУШЕНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СЛУЖИТ:

- А) Термография
- Б) Сканирование щитовидной железы
- В) Определение тиреоидных гормонов в крови
- Г) Биопсия щитовидной железы+

86) БОЛЬНАЯ ЖАЛУЕТСЯ НА СНИЖЕНИЕ ПАМЯТИ, АППЕТИТА, ЗЯБКОСТЬ, СОНЛИВОСТЬ, ЗАПОРЫ. ПРИ ОБЪЕКТИВНОМ ИССЛЕДОВАНИИ ОБРАЩАЕТ НА СЕБЯ ВНИМАНИЕ МОНОТОННАЯ РЕЧЬ, ГОЛОС НИЗКИЙ, ЗАМЕДЛЕННЫЕ ДВИЖЕНИЯ. КОЖА БЛЕДНАЯ СУХАЯ, ШЕРОХОВАТАЯ, ЛИЦО ОДУТЛОВАТОЕ, ИМТ 28 КГ/МБ) ТОНЫ СЕРДЦА ПРИГЛУШЕНЫ, ЧСС 55 В 1 МИН, АД 130 И 80 ММ РТ СТ. ЖИВОТ ВЗДУТ. ПЛОТНЫЕ ОТЕКИ ДО КОЛЕН. РАЗВИТИЕ КАКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЖНО ПРЕДПОЛОЖИТЬ У БОЛЬНОЙ:

- А) Диффузный токсический зоб
- Б) Гипотиреоз+
- В) Хроническая сердечная недостаточность
- Г) В-12 дефицитная анемия

87) ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ У ПАЦИЕНТА ГЛЮКОЗУРИИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО:

- А) Определить уровень базального инсулина
- Б) Определить уровень глюкозы в крови натощак+

- В) Провести глюкозотолерантный тест
- Г) Назначить препараты сульфонилмочевины

88) НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ СЛЕПОТЫ У БОЛЬНОГО, ДЛИТЕЛЬНО СТРАДАЮЩЕГО САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ, СЛУЖИТ:

- А) Глаукома
- Б) Катаракта
- В) Диабетическая ретинопатия +
- Г) Атрофия зрительных нервов

89) КАКОЙ СИМПТОМ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ БОЛЬНЫХ С ГИПЕРФУНКЦИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ?

- А) Повышенная возбудимость и раздражительность+
- Б) Изжога.
- В) Запоры.
- Г) Повышение веса

90) У БОЛЬНОГО 54 ЛЕТ, ДОСТАВЛЕННОГО В ОТДЕЛЕНИЕ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ В КОМАТОЗНОМ СОСТОЯНИИ ЗРАЧКИ РАСШИРЕНЫ, КОЖНЫЕ ПОКРОВЫ БЛЕДНЫЕ, ВЛАЖНЫЕ, ТОНУС МЫШЦ ПОВЫШЕН, СУХОЖИЛЬНЫЕ РЕФЛЕКСЫ ВЫСОКИЕ, ЧАСТЫЕ КЛОНИЧЕСКИЕ СУДОРОГИ ИКРОНОЖНЫХ МЫШЦ, ГЛАЗНЫЕ ЯБЛОКИ ПЛОТНЫЕ. АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ 90х60 ММ.РТ.СТ. ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ КРОВИ ГЛЮКОЗА - 2,2 ММОЛЬ/Л (40 МГ%). ПРЕДПОЛАГАЕМЫЙ ДИАГНОЗ:

- А) Анафилактический шок.
- Б) Диабетическая кома.
- В) Гипогликемическая кома+
- Г) Эпилептическая кома

91) КАКОЙ МЕХАНИЗМ ЛЕЖИТ В ОСНОВЕ РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА I ТИПА?

- А) Относительный дефицит инсулина
- Б) Поражение передней доли гипофиза
- В) Поражение β -клеток островкового аппарата поджелудочной железы+
- Г) Поражение коры надпочечников

92) УРОВЕНЬ ГЛЮКОЗЫ КРОВИ СОСТАВИЛ 1,8 ММОЛЬ/Л. ЭТО СООТВЕТСТВУЕТ:

- А) Гипергликемии
- Б) Гипогликемии +
- В) Норме
- Г) Нарушению толерантности к углеводам

93) НОРМАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ГЛЮКОЗЫ КРОВИ НАТОЩАК СООТВЕТСТВУЕТ:

- А) 2,3 – 4,5 ммоль/л
- Б) 3,3 – 5,5 ммоль/л +
- В) 5,5 – 7,6 ммоль/л
- Г) 7,6 – 11,2 ммоль/л

94) ГЛЮКОЗУРИЯ –ЭТО:

- А) Концентрации глюкозы крови выше нормы
- Б) Концентрации глюкозы мочи выше нормы
- В) Появление глюкозы в моче+
- Г) Появление глюкозы в крови

95) КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ НА ЭКГ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ СИНДРОМА ГИПОФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ?

- А) Синусовая тахикардия
- Б) Синусовая брадикардия+
- В) Мерцательная аритмия
- Г) Патологический зубец Q и отрицательный зубец Т в III отведении

96) ЧЕМ ОБУСЛОВЛЕНО КРОВОХАРКАНИЕ?

- А) выпотом в плевральную полость
- Б) увеличенным воздухонаполнением легких
- В) распадом легочной ткани+
- Г) разрывом плеврального листка

97) ДЛЯ ЧЕГО ХАРАКТЕРНА ЛИХОРАДКА ГЕКТИЧЕСКОГО ТИПА?

- А. для обструктивных изменений в легких
- Б) для эмфиземы легких
- В) для гнойного распада легочной ткани+
- Г) для обтурационного ателектаза

98) ЧЕМ ОБУСЛОВЛЕНО ПОЯВЛЕНИЕ КРЕПИТАЦИИ?

- А) бронхореей
- Б) бронхиальной обструкцией
- В) разлизанием стенок альвеол, смоченных экссудатом+
- Г) распадом легочной ткани

99) НА ЧТО УКАЗЫВАЕТ ТЕМБР СУХИХ ХРИПОВ:

- А) характер патологического процесса
- Б) длительность существования патологического процесса
- В) наличие и степень выраженности интоксикации
- Г) локализацию патологического процесса в системе бронхиального дерева+

100) ЧТО ПРИВОДИТ К УКРОЧЕНИЮ ПЕРКУТОРНОГО ЗВУКА НАД ВСЕЙ ПОВЕРХНОСТЬЮ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ С ОБЕИХ СТОРОН:

- А) эмфизема легких
- Б) бронхиальная обструкция
- В) кахексия
- Г) ожирение 3 степени+

101) УКАЖИТЕ ПАТОГЕНЕЗ ПОЯВЛЕНИЯ СИМПТОМА «БАРАБАННЫХ ПАЛОЧЕК»:

- А) отек мягких тканей пальцев в условиях хронической гипоксии
- Б) аллергический отек мягких тканей пальцев
- В) гипертрофическая остеоартропатия при хронической гипоксии тканей +
- Г) воспалительный процесс мягких тканей пальцев

102) УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНОЕ ОПИСАНИЕ ТИПИЧНОГО УДУШЬЯ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ:

- А) удушье экспираторного характера со свистящими дистанционными хрипами на выдохе и вынужденным положением больного стоя с фиксированным верхним плечевым поясом+
- Б) удушье инспираторного характера, появляющееся во время приступообразного сухого кашля

- В) удушье смешанного характера, появляющееся у больного в положении лежа с низким изголовьем
Г) удушье смешанного характера с хлопочущими дистанционными хрипами и вынужденным положением ортопное у больного

103) ЧТО ПРИВОДИТ К РАСШИРЕНИЮ ВЕРХНЕЙ ГРАНИЦЫ ОБОИХ ЛЕГКИХ:

- А) бронхоэктазы в обоих легких
Б) выраженные рестриктивные изменения в легких
В) 2-х сторонняя пневмония
Г) эмфизема легких+

104) ДЛЯ ЧЕГО ХАРАКТЕРЕН КАШЕЛЬ С ОТДЕЛЕНИЕМ ГНОЙНОЙ МОКРОТЫ С НЕПРИЯТНЫМ ЗАПАХОМ:

- А. для рестриктивного синдрома
Б) для бронхообструктивного синдрома
В) бронхоэктатического синдрома+
Г) для экссудативного плеврита

105) УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ «СТУПОР»:

- А) больной хорошо ориентируется во времени пространстве, быстро и правильно отвечает на вопросы, тактильна и болевая чувствительность полностью сохранена
Б) больной в состоянии оглушения, плохо ориентируется в окружающей обстановке, медленно, с запозданием отвечает на вопросы, однако рефлексы сохранены+
В) глубокое угнетение сознания, будучи выведенный из него окриком, больной быстро вновь засыпает
Г) глубокое торможение высшей нервной деятельности с полной утратой сознания, потерей тактильной и болевой чувствительности, движений, рефлексов, в частности корнеальных

106) ДЛЯ БОЛЬНОГО С ЭМФИЗМОЙ ХАРАКТЕРЕН СЛЕДУЮЩИЙ ТИП ГРУДНОЙ КЛЕТКИ:

- А) паралитический
Б) рахитический
В) бочкообразный+
Г) ладьевидный

107) ВОВЛЕЧЕНИЕ В ПРОЦЕСС ПЛЕВРЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТ ПОЯВЛЕНИЕ СИМПТОМА:

- А) усиления везикулярного дыхания
Б) боли в грудной клетке при дыхании +
В) кровохарканья
Г) "ржавой" мокроты

108) КРОВОХАРКАНИЕ НЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:

- А) туберкулеза легких
Б) бронхоэктатической болезни
В) рака легких
Г) бронхиальной астмы +

109) ДЛЯ ЛЕГОЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ХАРАКТЕРНО ВСЕ, КРОМЕ:

- А) алого цвета крови
Б) примесь желудочного содержимого +
В) пенистого характера мокроты
Г) сопровождается кашлем

110) ДЛЯ ДОЛЕВОГО УПЛОТНЕНИЯ ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ ХАРАКТЕРНО ВСЕ, КРОМЕ:

- А. отстаивания в акте дыхания пораженной половины грудной клетки
- Б) усиления голосового дрожания
- В) притупленного перкуторного звука
- Г) амфорического дыхания+

111) ДЛЯ ОСТРОГО БРОНХИТА ХАРАКТЕРНО:

- А) ослабление бронхофонии
- Б) влажные звонкие хрипы
- В) жесткое дыхание +
- Г) бочкообразная грудная клетка

112) ДЛЯ СИНДРОМА ПОЛОСТИ В ЛЕГКОМ ХАРАКТЕРНО ВСЕ, КРОМЕ:

- А) усиления голосового дрожания
- Б) амфорического дыхания
- В) звонких крупнопузырчатых хрипов
- Г) крепитации+

113) ДЛЯ СИНДРОМА ОЧАГОВОГО УПЛОТНЕНИЯ ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ ХАРАКТЕРНО ВСЕ, КРОМЕ:

- А) тимпанического перкуторного звука +
- В) притупленного перкуторного звука
- В) усиления голосового дрожания
- Г) усиления бронхофонии

114) ПРИ СИНДРОМЕ ПОВЫШЕННОЙ ВОЗДУШНОСТИ ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ НЕ НАБЛЮДАЕТСЯ:

- А) Ослабление везикулярного дыхания
- Б) Усиление голосового дрожания +
- В) Выбухание межреберных промежутков
- Г) Коробочный перкуторный звук

115) ДЛЯ БОЛЬНЫХ С БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ХАРАКТЕРЕН КАШЕЛЬ:

- А) Кашель со «стекловидной» мокротой
- Б) Усиливающийся вечером
- В) Ночной
- Г) Утренний с выделением большого количества мокроты +

116) КАКОЙ АРТЕРИАЛЬНЫЙ СТЕВОЛ ОТХОДИТ НЕПОСРЕДСТВЕННО ОТ ДУГИ АОРТЫ?

- А) Ulnaris.
- Б) Subclavia.+
- В) Radialis.
- Г) Temporalis.

117) КАКАЯ АРТЕРИЯ РАСПОЛАГАЮЩАЯСЯ БЛИЗКО К ПОВЕРХНОСТИ ТЕЛА ДОСТУПНА ПАЛЬПАЦИИ.

- А) sulclavia.
- Б) axsillaris.
- В) Carotis. +
- Г) Cubitalis.

118) КАКОЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ СОСУДОВ ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ МЕТОДОМ?

- А) Миография.
- Б) Исследование крови.
- В) Перкуссия.
- Г) Пальпация+

119) ДЛЯ КАКОЙ ПАТОЛОГИИ ХАРАКТЕРЕН P. RARUS (РЕДКИЙ ПУЛЬС)?

- А) Трепетание предсердий .
- Б) Артериальная гипертония.
- В) Сердечная недостаточность.
- Г) Аортальный стеноз+

120) ПРИ КАКОЙ ПАТОЛОГИИ НАБЛЮДАЕТСЯ P. FREQUENS (ЧАСТЫЙ ПУЛЬС)?

- А) Гипертиреоз+
- Б) Микседема.
- В) Остеохондроз.
- Г) Желтуха.

121) ДЛЯ КАКОЙ ПАТОЛОГИИ ХАРАКТЕРЕН P. ALTUS (ВЫСОКИЙ ПУЛЬС)?

- А) Гипотиреоз.
- Б) Аортальная недостаточность+
- В) Уремия.
- Г) Бигеминия

123) КАКОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИСУЩ P. VACUUS (ПУСТОЙ ПУЛЬС)?

- А) Сердечная недостаточность.
- Б) Кровопотеря+
- В) Аортальная недостаточность.
- Г) Артериальная гипертензия.

124) ПРИ КАКОЙ ПАТОЛОГИИ ВСТРЕЧАЕТСЯ P. IRREGULARIS (НЕРЕГУЛЯРНЫЙ ПУЛЬС)?

- А) Коллапс.
- Б) Мерцательная аритмия +
- В) Апноэ.
- Г) Неполная блокада левой ножки пучка Гисса

125) КАКОМУ СИНДРОМУ ПРИСУЩ P. CELER (СКОРЫЙ ПУЛЬС)?

- А) Недостаточность митрального клапана.
- Б) Стеноз устья аорты.
- В) Аортальная недостаточность +
- Г) Гипотиреоз

126) ПРИ КАКОМ СИНДРОМЕ НАБЛЮДАЕТСЯ P. TARDUS (МЕДЛЕННЫЙ ПУЛЬС)?

- А) Гипертиреоз.
- Б) Артериальная гипертония.
- В) Кардиогенный шок.
- Г) Стеноз устья аорты +

127) ПРИ КАКОМ СОСТОЯНИИ НАБЛЮДАЕТСЯ P. DICROTICUS (ДИКРОТИЧЕСКИЙ ПУЛЬС)?

- А) Инфекционные отравления +
- Б) Гипотиреоз.
- В) Артериальная гипертензия.
- Г) Гипертиреоз.

128) КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ВИДОВ ПУЛЬСА ОПРЕДЕЛЕННО УКАЗЫВАЮТ НА ЗАБОЛЕВАНИЕ СОСУДОВ?

- А) 70 в мин.
- Б) Regularis.
- В) Mollis.
- Г) Differens +

129) КАКОЙ ВИД ПУЛЬСА ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА?

- А) Tardus.
- Б) Frequens.+
- В) Mollis.
- Г) Vacuus

130) КАКОЙ ВИД ПУЛЬСА ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ СИНДРОМА СУЖЕНИЯ УСТЬЯ АОРТЫ?

- А) Rarus.+
- Б) Irregularis.
- В) Magnus.
- Г) Dicroticus

131) КАКОЙ ВИД ПУЛЬСА ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ?

- А) Plenus.
- Б) Alternans.
- В) Parvus.
- Г) Durus+

132) КАКОЙ ВИД ПУЛЬСА ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ПАРАЖЕНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ НИЖНИХ И ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ?

- А) Saliens.
- Б) Differens.+
- В) Vacuus.
- Г) Mollis

133) КАКОЙ ВИД ПУЛЬСА ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ЗДОРОВОГО ЧЕЛОВЕКА?

- А) Aequalis.
- Б) Inaequalis.
- В) Alternans.
- Г) Plenus+

134) КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ ДАННЫХ СИСТОЛИЧЕСКОГО, ДИАСТОЛИЧЕСКОГО И ПУЛЬСОВОГО ДАВЛЕНИЙ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА?

- А) АД сист. / диас.= 120/20 мм. рт. ст.; АД пульс.= 100 мм. рт. ст.+
- Б) АД сист. / диас.= 200/120 мм. рт. ст.; АД пульс.= 80 мм. рт. ст.
- В) АД сист. / диас.= 150/80 мм. рт. ст.; АД пульс.= 70 мм. рт. ст.
- Г) АД сист. / диас.= 100/70 мм. рт. ст.; АД пульс.= 30 мм. рт. ст.

135) КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ ДАННЫХ СИСТОЛИЧЕСКОГО, ДИАСТОЛИЧЕСКОГО И ПУЛЬСОВОГО ДАВЛЕНИЙ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ СУЖЕНИЯ УСТЬЯ АОРТЫ?

- А) АД сист. / диаст.= 120/20 мм. рт. ст.; АД пульс.= 100 мм. рт. ст.
- Б) АД сист. / диаст.= 200/120 мм. рт. ст.; АД пульс.= 80 мм. рт. ст.
- В) АД сист. / диаст.= 150/80 мм. рт. ст.; АД пульс. = 70 мм. рт. ст.
- Г) АД сист. / диаст.= 100/70 мм. рт. ст.; АД пульс.= 30 мм. рт. ст. +

136) КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ ДАННЫХ СИСТОЛИЧЕСКОГО, ДИАСТОЛИЧЕСКОГО И ПУЛЬСОВОГО ДАВЛЕНИЙ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ?

- А) АД сист. / диаст.= 120/20 мм. рт. ст.; АД пульс.= 100 мм. рт. ст.
- Б) АД сист. / диаст.= 200/120 мм. рт. ст.; АД пульс.= 80 мм. рт. ст. +
- В) АД сист. / диаст.= 150/80 мм. рт. ст.; АД пульс.= 70 мм. рт. ст.
- Г) АД сист. / диаст.= 100/70 мм. рт. ст.; АД пульс.= 30 мм. рт. ст.

137) КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ ДАННЫХ СИСТОЛИЧЕСКОГО, ДИАСТОЛИЧЕСКОГО И ПУЛЬСОВОГО ДАВЛЕНИЙ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА АОРТЫ?

- А) АД сист. / диас.= 120/20 мм. рт. ст.; АД пульс.= 100 мм. рт. ст.
- Б) АД сист. / диас.= 200/120 мм. рт. ст.; АД пульс.= 80 мм. рт. ст.
- В) АД сист. / диас.= 150/80 мм. рт. ст.; АД пульс.= 70мм. рт. ст.+
- Г) АД сист. / диас.= 100/70 мм. рт. ст.; АД пульс.= 30 мм. рт. ст.

138) КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ ДАННЫХ СИСТОЛИЧЕСКОГО, ДИАСТОЛИЧЕСКОГО И ПУЛЬСОВОГО ДАВЛЕНИЙ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ЗДОРОВОГО ЧЕЛОВЕКА?

- А) АД сист. / диас.= 120/20 мм. рт. ст.; АД пульс.= 100 мм. рт. ст.
- Б) АД сист. / диас.= 200/120 мм. рт. ст.; АД пульс.= 80 мм. рт. ст.
- В) АД сист. / диас.= 150/80 мм. рт. ст.; АД пульс.= 70 мм. рт. ст.
- Г) АД сист. / диас.= 120/80 мм. рт. ст.; АД пульс.= 40 мм. рт. ст. +

139) ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ СИНДРОМА ЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ?

- А) Повышение АД.
- Б) Редкий сухой кашель.
- В) Р. Rarus.
- Г) Внезапная одышка +

140) ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ СИНДРОМА ВАРИКОЗНОГО РАСШИРЕНИЯ ВЕН?

- А) Снижение работоспособности.
- Б) Болевые ощущения в пальцах ног.
- В) Внезапная нарастающая боль в конечности.
- Г) Жалобы на чувство тяжести и усталости в ногах к вечеру. +

141) ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ СИНДРОМА ОБЛИТЕРИРУЮЩЕГО АТЕРОСКЛЕРОЗА?

- А) Быстрое развитие заболевания.
- Б) Симптом «перемежающейся» хромоты +
- В) Растройство кожной чувствительности.
- Г) Быстрое прогрессирование трофических расстройств.

142) ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ СИНДРОМА РЕЙНО?

- А) Головные боли.
- Б) Трофические изменения на конечностях. +

- В) Ассиметричные боли в пальцах конечностей.
- Г) Быстрое развитие заболевания.

143) КАКОВ МЕХАНИЗМ ОСТРОЙ КОРОНАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ИБС?

- А) Спазм коронарной артерии.
- Б) Стеноз коронарной артерии атеросклеротического генеза.
- В) Тромбоз коронарной артерии.
- Г) Возможен любой из приведенных выше механизмов +

144) КАКОЙ ИЗ ПРИВЕДЕННЫХ НИЖЕ ПРИЗНАКОВ НЕ ТИПИЧЕН ДЛЯ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ?

- А) Приступы давящих или сжимающих болей за грудиной.
- Б) Иррадия болей в левое плечо и руку.
- В) Приступы провоцируются физической или эмоциональной нагрузкой.
- Г) Продолжительность приступов составляет более 20 мин. +

145) ПРИ КАКОМ ВАРИАНТЕ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ ТИПИЧЕН РЕЗКИЙ ПОДЪЕМ СЕГМЕНТОВ ST В НЕСКОЛЬКИХ ОТВЕДЕНИЯХ ЭКГ?

- А) При впервые возникшей стенокардии.
- Б) При прогрессирующей стенокардии напряжения.
- В) При появлении затяжного (до 30 мин.) приступа стенокардии.
- Г) При спонтанной (вазоспастической) стенокардии. +

146) ПРИ КАКОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ПРЯМЫЕ ЕГО ПРИЗНАКИ ПОЯВЛЯЮТСЯ В ОТВЕДЕНИЯХ III, AVF, II?

- А) При инфаркте верхушки левого желудочка.
- Б) При инфаркте нижней стенки левого желудочка. +
- В) При инфаркте передней стенки левого желудочка
- Г) При инфаркте боковой стенки левого желудочка

147) КАКОЙ МЕТОД ПОЗВОЛЯЕТ НАИБОЛЕЕ ТОЧНО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ РАЗЛИЧНЫЕ НАРУШЕНИЯ РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ СЕРДЦА?

- А) Оценка жалоб больных.
- Б) Исследование пульса и артериального давления.
- В) Электрокардиография. +
- Г) Оценка анамнеза.

148) ВЫБЕРИТЕ ОДНУ НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНУЮ ЖАЛОБУ БОЛЬНОГО СИНДРОМОМ ОБСТРУКЦИИ ПИЩЕВОДА:

- А) Ощущение выраженного «тепла» за грудиной во время приема пищи
- Б) Неприятный вкус во рту
- В) Снижение аппетита
- Г) Боли за грудиной во время еды в момент прохождения полужидкой пищи +

149) КАКАЯ МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ ПИЩЕВОДА ЯВЛЯЕТСЯ «ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА НЕДОСТАТОЧНОСТИ КАРДИИ:

- А) рентгеноскопия пищевода с бариевой взвесью
- Б) Эзофагогастроскопия
- В) Фракционное исследование желудочной секреции
- Г) Суточное мониторирование pH в нижней трети пищевода +

150) КАКОЙ ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ПИЩЕВОДА ПРИГОДЕН ДЛЯ ВИЗУАЛИЗАЦИИ РАСШИРЕННЫХ ВЕН В НИЖНЕЙ ТРЕТИ ПИЩЕВОДА:

- А) Исследование pH слюны
- Б) Р-скопия пищевода с бариевой взвесью
- В) Эндоскопическая эзофагоскопия +
- Г) Суточное мониторирование pH в нижней части пищевода

151) НАЙДИТЕ КЛАССИЧЕСКУЮ ТРИАДУ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ:

- А) Боль в эпигастрии (или в пилорoduоденальной области), рвота, кровотечение +
- Б) Изжога, тошнота, боль в эпигастрии
- В) Боль в эпигастрии, снижение аппетита, рвота
- Г) Нерегулярный стул, боли в пилорoduоденальной области, тошнота

152) НАЙДИТЕ ТИПИЧНОЕ СОЧЕТАНИЕ СИМПТОМОВ, ХАРАКТЕРНЫХ ДЛЯ СИНДРОМА ЖЕЛУДОЧНОЙ ГИПЕРСЕКРЕЦИИ:

- А) Снижение аппетита, отрыжка воздухом и пищей, тяжесть в эпигастрии, плохая переносимость мяса
- Б) Тошнота, рвота со слизью и желчью, заеды в углах рта, кровоточивость десен
- В) Полужидкий стул, переливание и урчание в животе после еды, метеоризм
- Г) Боли в эпигастрии через несколько часов после еды или ночью, кислая отрыжка, изжога, рвота кислым содержимым утром, приносящая облегчение +

153) НАЙДИТЕ ТИПИЧНОЕ СОЧЕТАНИЕ СИМПТОМОВ, ХАРАКТЕРНЫХ ДЛЯ СИНДРОМА ЖЕЛУДОЧНОЙ ГИПОСЕКРЕЦИИ:

- А) Рвота кислым содержимым, приносящая облегчение (ослабляющая боли в эпигастрии)
- Б) Боль в эпигастрии, слюнотечение, рвота, вызванная “ресторанным способом”, после которой боли купировались
- В) Боль в пилородуоденальной области через полтора два часа после еды, прошедшая после приема антацидов и холинолитиков
- Г) Тяжесть в эпигастрии, плохая переносимость мяса, урчание и переливание в животе, метеоризм, кашицеобразный стул +

154) ВЫБЕРИТЕ СОЧЕТАНИЕ СИМПТОМОВ, ХАРАКТЕРНЫХ ДЛЯ ЛОКАЛИЗАЦИИ ЯЗВЫ В ЛУКОВИЦЕ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ:

- А) Боль ощущается за грудиной - во время еды -
- Б) Боль ощущается под мечевидным отростком и в магистральной области вскоре после приема пищи (через 20-30 мин) – ранние боли, иррадирует в область сердца, левое плечо, под левую лопатку, купируются приемом щелочей -
- В) Боли возникают через 30-40 минут после еды с локализацией в подложечной области выше пупка -
- Г) Боли отмечаются через 5-8 часов после еды, т.е. натощак или “голодные боли” и в ночное время (“ночные боли”), проходящие после приема антацидов, а также после молока или еды +

155) КАКОЕ СОЧЕТАНИЕ СИМПТОМОВ УКАЗЫВАЕТ НА ПИЛОРОСПАЗМ?

- А) У больного появились сильные боли в эпигастриальной области и возникла рвота кислым содержимым (по запаху и вкусу), которая принесла облегчение
- Б) У больного появились сильные боли в эпигастрии, в связи с чем больной вызвал рвоту “ресторанным способом”, после чего боли прошли
- В) У больного несколько раз после тошноты периодически возникали эпизоды рвоты с небольшой примесью крови к рвотным массам
- Г) У больного утром возникла рвота, в которой помимо кислого содержимого имелись остатки вчерашней пищи +

156) ВЫБЕРИТЕ КОМПЛЕКС ПОРАЖЕНИЙ ОРГАНОВ И ПРИЧИН, ПРИВОДЯЩИХ К НАРУШЕНИЮ ПОЛОСТНОГО ПИЩЕВАРЕНИЯ:

- А) Прием антибиотиков и энзимопатия
- Б) Резекция участка поперечно-ободочной кишки
- В) Резекция желудка и прием антибиотиков
- Г) Болезни поджелудочной железы, болезни печени и желчевыводящих путей с внешнесекреторной недостаточностью поджелудочной железы +

157) ВЫБЕРИТЕ КОМПЛЕКС ПОРАЖЕНИЙ ОРГАНОВ И ПРИЧИН, ПРИВОДЯЩИХ К НАРУШЕНИЮ МЕМБРАННОГО ПИЩЕВАРЕНИЯ:

- А) Хронический панкреатит с внешнесекреторной недостаточностью поджелудочной железы
- Б) Хронический калькулезный холецистит с частыми приступами желчной колики
- В) Хроническое воспалительное диффузное заболевание печени с синдромом холестаза и нарушением желчеобразовательной функции
- Г) Воспаление тощей и подвздошной кишки с атрофией слизистой и уменьшением числа кишечных ворсинок +

158) ВЫДЕЛИТЕ СИМПТОМОКОМПЛЕКС ВНЕКИШЕЧНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ СИНДРОМА МАЛЬАБСОРБЦИИ:

- А) Расстройства стула (диарея), урчание в животе, метеоризм, боли в околопупочной области
- Б) Боли в животе спастического характера в сочетании с запорами
- В) Нарушение акта дефекации с превалированием ускоренного опорожнения кишечника и периодическими схваткообразными болями в животе перед актом дефекации
- Г) У больного заеды в углах рта, язык красный со сглаженными сосочками, гемералопия, кровоточивость десен, жжение и покалывание в руках и ногах, хейлит, глоссит, положительный симптом “мышечного валика” +

159) НАЙДИТЕ КОМПЛЕКС СИМПТОМОВ, ХАРАКТЕРНЫХ ДЛЯ ДИНАМИЧЕСКОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ КИШЕЧНИКА:

- А) У больного после психоэмоциональной стрессовой ситуации возникли учащенные позывы на дефекацию и развилась нервная диарея с испражнениями кашицеобразного характера без примеси крови
- Б) У мужчины периодически отмечается коликообразные боли в животе, возникающие после еды, при волнении, физической нагрузке, при этом стул ежедневный, но со значительным усилием
- В) У больного после завтрака возникают боли в животе, несколько последовательных тенезмов на стул с 15- 20 минутным интервалом, при этом стул или оформленный, или кашицеобразный, после чего боли снижаются
- Г) У больного отмечаются рвота, вздутие живота, неотхождение кала и газов, боли в животе; живот равномерно вздут, мягкий, перистальтика отсутствует +

160) НАЙДИТЕ СОЧЕТАНИЕ СИМПТОМОВ ТИПИЧНЫХ ДЛЯ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОЙ КИШКИ.

- А) У больного периодически бывают приступы сильных болей в животе в сочетании с запорами в связи с чем принимает слабительные средства
- Б) Больного по утрам беспокоят раздражительность, периодические боли в кишечнике с позывами на стул и 3-4 актами дефекации с интервалом через 20-40 минут, после чего состояние больного улучшается +
- В) У больного часто отмечается урчание и вздутие во второй половине дня с кишечной диспепсией и блестящим обильным стулом, трудно смываемым с унитаза
- Г) У больного отмечается плохая переносимость мяса, сильное газообразование в кишечнике, слабооформленный кал “пятнистой” окраски

161) ВЫБЕРИТЕ КОМПЛЕКС СИМПТОМОВ, ХАРАКТЕРНЫХ ДЛЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ:

- А) У больного имеются жалобы на приступообразные боли в эпигастрии, левом подреберье, возникающие через 3-4 часа после еды (особенно жирной) с иррадиацией в спину +
- Б) Больной жалуется на боли за нижней третью грудины, возникающие ночью в горизонтальном положении
- В) Больной жалуется на боли, возникающие утром натощак, успокаивающиеся после еды или после приема антацидных препаратов
- Г) Больной предъявляет жалобы на боли спастического характера по всему животу, позы на стул; при этом боли успокаиваются после акта дефекации

162) ВЫБЕРИТЕ ПРИ ОБЪЕКТИВНОМ ИССЛЕДОВАНИИ ПРИЗНАКИ, НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫЕ ДЛЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.

- А) У больного при пальпации живота отмечается болезненность в пилорoduоденальной области, болезненность грудины и IX-XII остистых отростков позвоночника
- Б) У больного язвенной болезнью отмечается слабость, боли в эпигастрии, с. Менделя (+), с. Боаса (+). Накануне была “рвота кофейной гущей”
- В) У больного, давно страдающего болями в эпигастрии, отмечается похудание. При пальпации живота по линии, отмечается болезненность слева от срединной линии в положении пациента на спине и уменьшается при ощупывании в том же месте в положении на левом боку, т.е. симптом поворота (+) +
- Г) У больного, которого периодически беспокоят боли в животе, проходящие после приема спазмолитиков, при глубокой методической пальпации живота отмечается спастическое болезненное сокращение coesum, pars ascendens coli

163) В КАКОМ СЛУЧАЕ ПОЛУЧЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ ПОЗВОЛЯЮТ ОБНАРУЖИТЬ ПАТОЛОГИЮ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ:

- А) У больного с болями в эпигастрии во время ЭГДС была обнаружена язва малой кривизны желудка: при ультразвуковом сканировании: желчный пузырь с тонкой стенкой, в просвете его конкременты не обнаружены, рапсreas имеет ровные контуры, размеры ее в пределах нормальных значений
- Б) У больного с болями в эпигастрии при ЭГДС слизистая пищевода и желудка нормальной окраски. При УЗИ абдоминальных органов: поджелудочная железа (ПЖ) с неровными контурами, в области хвоста ПЖ – отмечается полостное образование с тонкими контурами и прозрачным содержимым +
- В) У больного с острыми внезапно развившимися болями в эпигастрии при рентгеновском обзорном исследовании живота в правом подреберье обнаружено наличие серповидной тени, обусловленной скоплением воздуха
- Г) У больного отмечаются периодические боли в животе, при ирригоскопии отмечается наличие гаустрации толстой кишки, правильное расположение ее петель и изгибов, в различных его отделах отмечаются спастические состояния кишок

164) КАКОЙ КОМПЛЕКС ИССЛЕДОВАНИЙ НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЕН У БОЛЬНЫХ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ЗАБОЛЕВАНИЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ?

- А) Ирригоскопия, колоноскопия, общий анализ крови
- Б) Эзофагогастроскопия, общий анализ крови, общий анализ мочи
- В) Исследование крови на амилазу, УЗИ поджелудочной железы, копрология +
- Г) Рентгеновское исследование желудка, исследование желудочной секреции, копрология

165) ДЛЯ КАКОЙ ПАТОЛОГИИ ПЕЧЕНИ И ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ КСАНТОМ И КСАНТЕЛАЗМ?

- А) Хронический гепатит
- Б) Острый гепатит
- В) Желчнокаменная болезнь
- Г) Биллиарный цирроз печени +

166) ЧТО СЛЕДУЕТ ОЖИДАТЬ У БОЛЬНОГО С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ?

- А) Положительный симптом Терье-Курвозье
- Б) Желтушная окраска кожи с положительной реакцией кала на стеркобилин (++++)

- В) Желтушное интенсивное окрашивание кожи и слизистых с наличием небольшого количества стеркобилина в кале (+—)
Г) Зелёный с тёмнооливковым оттенком цвет кожи с отрицательной реакцией на стеркобилин +

167) О КАКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ ИДЁТ РЕЧЬ, ЕСЛИ У БОЛЬНОГО ПАЛЬПИРУЕТСЯ УВЕЛИЧЕННЫЙ ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ ПЛОТНО-ЭЛАСТИЧЕСКОЙ КОНСИСТЕНЦИИ?

- А) Острый холецистит
Б) Хронический холецистит
В) Хронический холангит
Г) Дискенизия желчных путей +

168) ДЛЯ КАКОЙ ПАТОЛОГИИ ГЕПАТО-БИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ У БОЛЬНОГО КРАСНОГО ЛАКИРОВАННОГО ЯЗЫКА?

- А) Острый холецистит
Б) Хронический холецистит
В) Цирроз печени +
Г) Закупорка пузырного протока камнем или опухолью

169) ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ СИМПТОМА ТЕРЬЕ-КУРВОЗЬЕ?

- А) Резкая боль в точке желчного пузыря при его пальпации на выдохе
Б) Резкая боль в точке желчного пузыря при его пальпации на высоте вдоха
В) Болезненность в точке желчного пузыря при поколачивании ребром ладони правого подреберья (симптом Грекова-Ортнера)
Г) Пальпация увеличенного желчного пузыря +

170) ДЛЯ КАКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО РЕЗКОЕ ПОХУДАНИЕ БОЛЬНОГО?

- А) Хронический гепатит
Б) Острый гепатит
В) Портальный цирроз печени +
Г) Постнекротический цирроз печени

171) КАКОВ ПАТОГЕНЕЗ КОЖНОГО ЗУДА У БОЛЬНЫХ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ?

- А) Увеличение в крови фенолов
Б) Увеличение в крови гуанетединов
В) Увеличение в крови фенолов и гуанетединов
Г) Увеличение в крови желчных кислот +

172) КАКОЙ ИЗ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ПЕЧЕНИ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВЕН ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ПИОГЕННЫХ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ?

- А) сцинтиграфия печени с технецием
Б) сцинтиграфия печени с коллоидом
В) УЗИ печени
Г) компьютерная томография +

173) ДИСФАГИЯ – ЭТО

- А) нарушение пережевывания пищи в ротовой полости
- Б) нарушение глотания и прохождения пищи по пищевод +
- В) нарушение речи
- Г) заброс кислого содержимого желудка в пищевод

174) ПАРАДОКСАЛЬНАЯ ДИСФАГИЯ – ЭТО

- А) задержка при прохождении по пищеводу преимущественно мягкой и жидкой пищи, при этом пассаж твердой пищи страдает в меньшей степени +
- Б) задержка при прохождении по пищеводу преимущественно твердой пищи, при этом пассаж мягкой и жидкой пищи страдает в меньшей степени
- В) задержка при прохождении по пищеводу пищи, вне зависимости от её свойств
- Г) немотивированное преходящее нарушение проглатывания пищи, поперхивание

175) ЖАЛОБЫ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ВЫРАЖЕННЫМ ОРГАНИЧЕСКИМ СУЖЕНИЕ ПИЩЕВОДА- ЭТО

- А) изжога, отрыжка кислым
- Б) повышение аппетита, булемия
- В) пищеводная рвота, срыгивание, потеря массы тела +
- Г) чувство переполнения в эпигастрии, тошнота

176) ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА ИЗЖОГИ – ЭТО

- А) спазм кардиального сфинктера
- Б) заброс кислого содержания желудка в пищевод +
- В) перерастяжение желудка
- Г) снижение моторной функции желудка и пищевода

177) РВОТА ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА ИМЕЕТ

- А) висцеральное происхождение +
- Б) центральная происхождение
- В) гематогенно-токсический генез
- Г) смешанный генез

178) РВОТА ПРИ ПЕРЕДОЗИРОВКЕ СЕРДЕЧНЫМИ ГЛИКОЗИДАМИ ИМЕЕТ

- А) висцеральное происхождение
- Б) центральная происхождение
- В) гематогенно-токсический генез +
- Г) смешанный генез

179) РВОТА ПРИ МЕНИНГИТЕ ИМЕЕТ

- А) висцеральное происхождение
- Б) центральная происхождение +
- В) гематогенно-токсический генез
- Г) смешанный генез

180) РВОТА ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОМ КРИЗЕ ИМЕЕТ

- А) висцеральное происхождение
- Б) центральная происхождение +
- В) гематогенно-токсический генез
- Г) смешанный генез

181) РВОТА ПРИ ОПУХОЛИ МОЗГА ИМЕЕТ

- А) висцеральное происхождение
- Б) центральная происхождение +
- В) гематогенно-токсический генез
- Г) смешанный генез

182) РВОТА ПРИ УРЕМИИ ИМЕЕТ

- А) висцеральное происхождение
- Б) центральная происхождение
- В) гематогенно-токсический генез +
- Г) смешанный генез

183) РВОТА ПРИ ДЕЙСТВИИ ПСИХОГЕННЫХ РАЗДРАЖИТЕЛЕЙ (НЕПРИЯТЫЙ ЗАПАХ, НЕПРЯТЫЙ ВКУС) ИМЕЕТ

- А) висцеральное происхождение
- Б) центральная происхождение +
- В) гематогенно-токсический генез
- Г) смешанный генез

184) РВОТА ЦЕНТРАЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

- А) возникает на высоте церебральных расстройств (головные боли, головокружения) +
- Б) возникает на высоте пищеварения (через 0,5 – 1,5 часа после приёма пищи)
- В) возникает на фоне болей в животе
- Г) обильная, приносит облегчение

185) ВИСЦЕРАЛЬНАЯ РВОТА

- А) возникает на высоте церебральных расстройств
- Б) возникает на высоте пищеварения (через 0,5 – 1,5 часа после приёма пищи) +
- В) возникает без предшествующей тошноты
- Г) не приносит облегчения

186) РВОТА ГЕМАТОГЕННО-ТОКСИЧЕСКОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

- А) возникает на высоте церебральных расстройств (головные боли, головокружения)
- Б) обычно возникает на высоте пищеварения (через 0,5 – 1,5 часа после приёма пищи)
- В) сопровождает экзогенные и эндогенные интоксикации, а также метаболические нарушения +
- Г) обильная

187) СОГЛАСНО СОВРЕМЕННОЙ КОНЦЕПЦИИ, В ПОНЯТИЕ «ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИСПЕПСИЯ» ВКЛАДЫВАЕТСЯ:

- А) нарушение аппетита
- Б) расстройства стула
- В) неприятные ощущения (боль, жжение, вздутие, чувство переполнения после приёма пищи, чувство быстрого насыщения), локализуемые в эпигастральной области при отсутствии органического заболевания ЖКТ +
- Г) метеоризм

188) НЕПРОИЗВОЛЬНОЕ ВЫДЕЛЕНИЕ ИЗ ЖЕЛУДКА В ПОЛОСТЬ РТА ГАЗОВ ИЛИ ЖИДКОГО СОДЕРЖИМОГО НАЗЫВАЕТСЯ

- А) тошнотой
- Б) изжогой
- В) отрыжкой +
- Г) икотой

189) ПО МЕХАНИЗМУ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ВИСЦЕРАЛЬНАЯ БОЛЬ ВОЗНИКАЕТ ПРИ

- А) раздражении рецепторов стенок полых органов ЖКТ (спазм, перерастяжение) +
- Б) возбуждении рецепторов париетальной брюшины
- В) поражении органов, получающих иннервацию из одного сегмента спинного мозга
- Г) поражении тканей, формирующих брюшную стенку

190) ПЕРИТОНЕАЛЬНАЯ (СОМАТИЧЕСКАЯ) БОЛЬ ВОЗНИКАЕТ ПРИ

- А) раздражении рецепторов стенок полых органов ЖКТ (спазм, перерастяжение)
- Б) возбуждении рецепторов париетальной брюшины +
- В) поражении органов, получающих иннервацию из одного сегмента спинного мозга
- Г) поражении тканей, формирующих брюшную стенку -

191) ОТРАЖЕННЫЕ (ИРРАДИИРУЮЩИЕ, РЕФЕРЕНТНЫЕ) БОЛИ ВОЗНИКАЮТ ПРИ

- А) раздражении рецепторов стенок полых органов ЖКТ (спазм, перерастяжение)
- Б) возбуждении рецепторов париетальной брюшины
- В) поражении органов, получающих иннервацию из одного сегмента спинного мозга +
- Г) поражении тканей, формирующих брюшную стенку

192) НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ СВОЙСТВА ВИСЦЕРАЛЬНЫХ БОЛЕЙ

- А) приступообразный или периодический характер, отсутствие мышечной защиты при пальпации +
- Б) боли четко локализованы
- В) ощущаются поверхностно на коже
- Г) наличие мышечной защиты, положительные симптомы раздражения брюшины

193) НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ СВОЙСТВА ПАРИЕТАЛЬНЫХ БОЛЕЙ

- А) больной беспокоен, часто меняет положение тела, ищет положение, в котором боль стихает
- Б) приступообразный или периодический характер
- В) боли четко локализованы, носят постоянный характер +
- Г) отсутствие мышечной защиты при пальпации

194) НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА В СЛУЧАЕ ЖГУЧИХ БОЛЕЙ ЗА ГРУДИНОЙ, ВОЗНИКАЮЩИХ ПРИ НАКЛОНАХ ТУЛОВИЩА ВПЕРЁД И В ГОРИЗОНТАЛЬНОМ ПОЛОЖЕНИИ ТЕЛА, ИЗЖОGE И ОТРЫЖКЕ КИСЛЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) пищевод +
- Б) желудок
- В) двенадцатиперстная кишка
- Г) тонкий кишечник

195) ОСТРЫЕ ИНТЕНСИВНЫЕ ПРИСТУПООБРАЗНЫЕ РЕЖУЩИЕ БОЛИ, КУПИРУЮЩИЕСЯ ТЕПЛОМ – ЭТО ХАРАКТЕРНЫЕ ЧЕРТЫ

- А) перитонельных болей
- Б) спастических болей +
- В) дистензионных болей
- Г) отраженных болей

196) ТУПЫЕ, РАСПИРАЮЩИЕ, ДЛИТЕЛЬНЫЕ, РАЗЛИТЫЕ БОЛИ, НЕ КУПИРУЮЩИЕСЯ ТЕПЛОМ И СПАЗМОЛИТИКАМИ – ЭТО ХАРАКТЕРНЫЕ ЧЕРТЫ

- А) спастических болей
- Б) перитонельных болей
- В) отраженных болей
- Г) дистензионных болей +

197) ПОСТОЯННЫЕ, НАРАСТАЮЩИЕ, УСИЛИВАЮЩИЕСЯ ОТ МЕХАНИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ (КАШЕЛЬ, ДВИЖЕНИЕ, ПАЛЬПАЦИЯ), СОПРОВОЖДАЮЩИЕСЯ НАПРЯЖЕНИЕМ МЫШЦ И ОСЛАБЛЕННОЙ ПЕРИСТАЛЬТИКОЙ – ЭТО ХАРАКТЕРНЫЕ ЧЕРТЫ

- А) спастических болей
- Б) отраженных болей
- В) перитонельных болей +
- Г) дистензионных болей

198) НАРУШЕНИЕ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ, ОБУСЛОВЛЕННОЕ РЕЗКИМ ОГРАНИЧЕНИЕМ КОЛИЧЕСТВА ПРИНИМАЕМОЙ ПИЩИ, ПРИВОДЯЩЕЕ К РАЗВИТИЮ ТЯЖЕЛОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПИТАНИЯ И ИСТОЩЕНИЮ, НАЗЫВАЕТСЯ

- А) булимия
- Б) кахексия
- В) анорексия +
- Г) сомнамбулизм

199) НАРУШЕНИЕ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ, ДЛЯ КОТОРОГО ХАРАКТЕРНЫ ЭПИЗОДЫ НЕКОНТРОЛИРУЕМОГО ПРИЁМА БОЛЬШИХ КОЛИЧЕСТВ ПИЩИ, ПРЕКРАЩАЮЩИЕСЯ ТОЛЬКО ПОСЛЕ ПОЯВЛЕНИЯ БОЛЕЙ В ЖИВОТЕ, ЗАСЫПАНИЯ ИЛИ САМОПРОИЗВОЛЬНОЙ РВОТЫ, НАЗЫВАЕТСЯ

- А) булимия +
- Б) кахексия

- В) анорексия
- Г) сомнамбулизм

200) КАХЕКСИЯ – ЭТО

- А) частый стул
- Б) отсутствие аппетита
- В) повышение аппетита
- Г) резкое истощение +

201) В ЭПИГАСТРАЛЬНУЮ ОБЛАСТЬ ПРОЕЦИРУЕТСЯ ВОСПРИЯТИЕ ВИСЦЕРАЛЬНОЙ БОЛИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

- А) поперечно-ободочной кишки +
- Б) тонкой кишки
- В) слепой кишки
- Г) сигмовидной кишки

202) В ПАРАУМБИЛИКАЛЬНУЮ ОБЛАСТЬ ПРОЕЦИРУЕТСЯ ВОСПРИЯТИЕ ВИСЦЕРАЛЬНОЙ БОЛИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

- А) желудка
- Б) поджелудочной железы
- В) сигмовидной кишки
- Г) тонкой кишки +

203) В НАДЛОБКОВУЮ ОБЛАСТЬ ПРОЕЦИРУЕТСЯ ВОСПРИЯТИЕ ВИСЦЕРАЛЬНОЙ БОЛИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

- А) тонкой кишки
- Б) сигмовидной кишки +
- В) слепой кишки
- Г) поперечно-ободочной кишки

204) НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА В СЛУЧАЕ НОЮЩИХ ГОЛОДНЫХ БОЛЕЙ В ЭПИГАСТРИИ, ВОЗНИКАЮЩИХ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПО НОЧАМ, КУПИРУЮЩИХСЯ ПРИЕМОМ ПИЩИ И АНТАЦИДАМИ, ПРИ ЭТОМ ИМЕЮТСЯ ЗАПОРЫ, ЯВЛЯЕТСЯ

- А) желудок
- Б) двенадцатиперстная кишка +
- В) желчевыводящие пути
- Г) поджелудочная железа

205) НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА В СЛУЧАЕ ОСТРЫХ ИНТЕНСИВНЫХ БОЛЕЙ В ЭПИГАСТРИИ, ВОЗНИКАЮЩИХ ЧЕРЕЗ 30 МИНУТ ПОСЛЕ ЕДЫ, ПРОХОДЯЩИХ ПОСЛЕ РВОТЫ, ЯВЛЯЕТСЯ

- А) желудок +
- Б) двенадцатиперстная кишка
- В) желчевыводящие пути
- Г) поджелудочная железа

206) НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА В СЛУЧАЕ ОСТРОЙ ИНТЕНСИВНОЙ БОЛИ В ВЕРХНЕЙ ПОЛОВИНЕ ЖИВОТА С ИРРАДИАЦИЕЙ В СПИНУ «ОПОЯСЫВАЮЩЕГО» ХАРАКТЕРА, СОПРОВОЖДАЮЩЕЙСЯ КОЛЛАПСОМ, РВОТОЙ, НЕ ПРИНОСЯЩЕЙ ОБЛЕГЧЕНИЯ, ЯВЛЯЕТСЯ

- А) желудок
- Б) двенадцатиперстная кишка
- В) тонкий кишечник
- Г) поджелудочная железа +

207) ОСНОВНЫМИ КРИТЕРИЯМИ ДИАРЕИ ЯВЛЯЮТСЯ

- А) появление алой крови в стуле
- Б) появление слизи в стуле
- В) увеличение суточной массы кала (свыше 200 г), более высокое, чем в норме содержание воды в кале (с 60 – 75% при твердом, оформленном стуле до 85 – 95% при жидком +
- Г) болезненные ощущения при дефекации

207) ПО МЕХАНИЗМУ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ДИАРЕЮ, ВОЗНИКАЮЩУЮ В СВЯЗИ С УСИЛЕННЫМ ВЫДЕЛЕНИЕМ НАТРИЯ И ВОДЫ В ПРОСВЕТ КИШЕЧНИКА (НАПРИМЕР: ПОД ВЛИЯНИЕМ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ТОКСИНОВ (ХОЛЕРА); ПРИ ОПУХОЛЯХ, ВЫДЕЛЯЮЩИХ ПОЛИПЕПТИДНЫЕ ГОРМОНЫ И ДР.) НАЗЫВАЮТ

- А) секреторной +
- Б) гиперосмолярной
- В) гиперкинетической
- Г) экссудативной

208) ПО МЕХАНИЗМУ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ДИАРЕЮ, ВОЗНИКАЮЩУЮ ПРИ ПОВЫШЕНИИ КОНЦЕНТРАЦИИ ОСМОТИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В ПРОСВЕТЕ КИШКИ (ПРИ ДЕФИЦИТЕ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНЫХ ФЕРМЕНТОВ, ПРИЁМЕ СОЛЕВЫХ СЛАБИТЕЛЬНЫХ, ДИСАХАРИДАЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ДР.), НАЗЫВАЮТ

- А) секреторной
- Б) гиперосмолярной +
- В) гиперкинетической
- Г) экссудативной

209) ПО МЕХАНИЗМУ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ДИАРЕЮ, ВОЗНИКАЮЩУЮ ВСЛЕДСТВИЕ УСИЛЕНИЯ ПЕРИСТАЛЬТИКИ КИШЕЧНИКА, НАЗЫВАЮТ

- А) секреторной
- Б) гиперосмолярной
- В) гиперкинетической +
- Г) экссудативной

210) ПО МЕХАНИЗМУ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ДИАРЕЮ, ВОЗНИКАЮЩУЮ ПРИ ВЫДЕЛЕНИИ В ПРОСВЕТ КИШЕЧНИКА ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ, НАЗЫВАЮТ

- А) секреторной

- Б) гиперосмолярной
- В) гиперкинетической
- Г) экссудативной +

211) ДИАРЕЮ СЧИТАЮТ ОСТРОЙ, ЕСЛИ ОНА ДЛИТСЯ

- А) до 1 месяца +
- Б) до 3 месяцев
- В) до 2 месяцев
- Г) до 4 месяцев

212) ХАРАКТЕРНЫЕ ЧЕРТЫ ЭНТЕРАЛЬНЫХ ПОНОСОВ:

- А) увеличение объема стула сопровождается болями вокруг пупка +
- Б) испражнения скудные, часто с примесью слизи
- В) уменьшение объема стула сопровождается тенезмами
- Г) каловые массы обесцвечены

213) ХАРАКТЕРНЫЕ ЧЕРТЫ КОЛИТИЧЕСКИХ ПОНОСОВ:

- А) увеличение объема стула
- Б) испражнения скудные, сопровождаются тенезмами +
- В) стул содержит остатки непереваренной пищи
- Г) каловые массы обесцвечены

214) ЗАПОРОМ СЧИТАЮТ

- А) задержку опорожнения кишечника до 24 часов и более
- Б) задержку опорожнения кишечника до 36 часов и более
- В) задержку опорожнения кишечника до 48 часов и более +
- Г) задержку опорожнения кишечника до 72 часов и более

215) ХАРАКТЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СПАСТИЧЕСКИХ ЗАПОРОВ:

- А) сочетаются с прогрессивно ухудшающимся состоянием больного
- Б) сочетаются с болями дистензионного характера, метеоризмом
- В) при пальпации определяются сокращенные и болезненные отделы толстой кишки +
- Г) при пальпации определяется увеличение размеров ободочной кишки, иногда плотные каловые массы в кишечнике

216) ХАРАКТЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ АТОНИЧЕСКИХ ЗАПОРОВ:

- А) сочетаются с коликами
- Б) при пальпации определяются сокращенные и болезненные отделы толстой кишки
- В) стул имеет вид «овечьего кала»
- Г) при пальпации определяется увеличение размеров ободочной кишки, иногда плотные каловые массы в кишечнике +

217) ПРИЧИНАМИ ПОЯВЛЕНИЯ РВОТЫ «КОФЕЙНОЙ ГУЩИ» И МЕЛЕНЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) язвенный колит
- Б) язвенная болезнь гастро-дуоденальной зоны, осложненная кровотечением +

- В) фиброзно-кавернозный туберкулез лёгких, осложненный кровотечением
- Г) геморрой

218) ПОЯВЛЕНИЕ НЕИЗМЕНЕННОЙ КРОВИ В СТУЛЕ СОПРОВОЖДАЕТ

- А) эрозивно-язвенные заболевания гастродуоденальной зоны
- Б) болезни пищевода, осложненные кровотечениями
- В) геморроидальное кровотечение +
- Г) опухоли поджелудочной железы.

219) К общим симптомам желудочно-кишечного кровотечения относят

- А) удушье экспираторного характера
- Б) цианоз
- В) возбуждение
- Г) снижение уровня артериального давления, коллапс +

220) КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ НИЖНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ВОЗНИКАЮТ ПРИ ПОРАЖЕНИЯХ:

- А) толстой кишки +
- Б) пищевода
- В) двенадцатиперстной кишки
- Г) десен

221) ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ ИСТОЧНИКОМ КРОВОТЕЧЕНИЯ В СЛУЧАЕ, КОГДА У БОЛЬНОГО НАЧАЛАСЬ РВОТА, РВОТНЫЕ МАССЫ ЖИДКИЕ, ТЁМНОГО ЦВЕТА, НАПОМИНАЮТ «КОФЕЙНУЮ ГУЩУ», ЯВЛЯЕТСЯ

- А) респираторный тракт и лёгкие
- Б) гастродуоденальная зона +
- В) прямая кишка
- Г) признаки кровотечения отсутствуют

222) ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ ИСТОЧНИКОМ КРОВОТЕЧЕНИЯ В СЛУЧАЕ, КОГДА У БОЛЬНОГО ВНЕЗАПНО ПОЯВИЛСЯ ЖИДКИЙ СТУЛ ЧЕРНОГО ЦВЕТА, ЯВЛЯЕТСЯ

- А) поджелудочная железа
- Б) пищевод и гастродуоденальная зона +
- В) толстая кишка
- Г) прямая кишка

223) ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ ИСТОЧНИКОМ КРОВОТЕЧЕНИЯ В СЛУЧАЕ, КОГДА В КОНЦЕ АКТА ДЕФЕКАЦИИ У БОЛЬНОГО ВЫДЕЛИЛОСЬ НЕБОЛЬШОЕ КОЛИЧЕСТВО АЛОЙ КРОВИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- А) пищевод
- Б) гастродуоденальная зона
- В) прямая кишка +
- Г) признаки кровотечения отсутствуют

224) В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ МЕЛЕНА ПОЯВЛЯЕТСЯ

- А) через 2 часа после начала кровотечения при кровопотере более 100 мл
- Б) через 4 часа после начала кровотечения при кровопотере более 50 мл
- В) через 8 часов после начала кровотечения при кровопотере более 50 мл +
- Г) через 24 часа после начала кровотечения при кровопотере более 150 мл

225) ЖИВОТ НЕ УЧАСТВУЕТ В АКТЕ ДЫХАНИЯ ПРИ

- А) гастрите
- Б) неосложненной язве желудка
- В) дуодените
- Г) перитоните +

226) АССИМЕТРИЧНОЕ УВЕЛИЧЕНИЕ ПРАВОЙ ПОЛОВИНЫ ЖИВОТА В ОБЛАСТИ ПРАВОГО ПОДРЕБЕРЬЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ

- А) гастроптозе
- Б) спленомегалии
- В) гепатомегалии +
- Г) острой задержке мочи

227) АССИМЕТРИЧНОЕ УВЕЛИЧЕНИЕ ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЫ ЖИВОТА В ОБЛАСТИ ЛЕВОГО ПОДРЕБЕРЬЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ

- А) гастроптозе
- Б) спленомегалии +
- В) гепатомегалии
- Г) острой задержке мочи

228) ВЫБУХАНИЕ ВНИЗУ ЖИВОТА В НАДЛОБКОВОЙ ОБЛАСТИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ

- А) гастроптозе
- Б) спленомегалии
- В) гепатомегалии
- Г) острой задержке мочи +

229) ПОВЕРХНОСТНАЯ ПАЛЬПАЦИЯ ПРОВОДИТСЯ С ЦЕЛЬЮ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

- А) положения внутренних органов
- Б) характеристики свойств внутренних органов
- В) болезненности живота +
- Г) ассиметрии живота

230) ПОВЕРХНОСТНАЯ ПАЛЬПАЦИЯ ПРОВОДИТСЯ С ЦЕЛЬЮ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

- А) положения внутренних органов
- Б) характеристики свойств внутренних органов
- В) ассиметрии живота
- Г) напряжения мышц передней брюшной стенки +

231) ГЛУБОКУЮ ПАЛЬПАЦИЮ ЖИВОТА ПРОВОДЯТ С ЦЕЛЬЮ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

- А) напряжения мышц передней брюшной стенки
- Б) наличия асимметрии живота
- В) положения внутренних органов и характеристики их свойств +
- Г) расхождения мышц передней брюшной стенки

232) БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ И ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ОБЫЧНО ЛОКАЛИЗУЕТСЯ

- А) в правом подреберье +
- Б) в околопупочной области
- В) в правой подвздошной области
- Г) в гипогастрии

233) ЖЕЛЧНАЯ КОЛИКА МОЖЕТ БЫТЬ СПРОВОЦИРОВАНА

- А) физической нагрузкой
- Б) приёмом жирной пищи +
- В) переохлаждением
- Г) приёмом большого количества жидкости

234) ПРИЗНАКОМ (СЛЕДСТВИЯМИ) СИНДРОМА ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) увеличение печени;
- Б) боли в правом подреберье;
- В) асцит +
- Г) желтуха

235) ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ СИМПТОМ ВОЛНЫ (ФЛЮКТУАЦИИ) ПРИ БИМАНУАЛЬНОЙ ПЕРКУТОРНОЙ ПАЛЬПАЦИИ ЖИВОТА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

- А) в брюшной полости имеется свободная жидкость; +
- Б) имеется стеноз привратника;
- В) имеется большое количество газов в толстом кишечнике (метеоризм у больного с колитом)
- Г) в толстом кишечнике имеется жидкое содержимое и скапливаются газы (например, у больного с острым энтеритом).

236) ПРИЗНАКОМ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) увеличение несвязанного (непрямого) билирубина в крови;
- Б) увеличение связанного (прямого) билирубина в крови +
- В) билирубин в моче отсутствует;
- Г) стеркобилин в кале есть.

237) ПРИЗНАКОМ ПАРЕНХИМАТОЗНОЙ ЖЕЛТУХИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) билирубин в моче отсутствует;
- Б) уробилина в моче нет;
- В) стеркобилин в кале отсутствует;
- Г) увеличение связанного и несвязанного билирубина в крови +

238) ПРИЗНАКОМ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) увеличение несвязанного (непрямого) билирубина в крови +
- Б) билирубин в моче есть;
- В) увеличение связанного (прямого) билирубина в крови;
- Г) стеркобилин в кале отсутствует.

239) ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ ПОХУДАНИЕ, АТРОФИЯ МЫШЦ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ О

- А) наличии дуодено-гастрального рефлюкса;
- Б) сердечной недостаточности на фоне выраженной сопутствующей миокардиодистрофии;
- В) нарушении синтетической (белковообразовательной) функции печени +
- Г) снижении дезинтоксикационной функции печени по отношению к продуктам распада белков

240) ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ ПЕЧЕНОЧНЫЙ ЗАПАХ ИЗО РТА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

- А) наличии дуодено-гастрального рефлюкса;
- Б) нарушении синтетической (белковообразовательной) функции печени;
- В) сердечной недостаточности на фоне выраженной сопутствующей миокардиодистрофии;
- Г) снижении дезинтоксикационной функции печени по отношению к продуктам распада белков+

241) КСАНТОМЫ И КСАНТЕЛАЗМЫ НА КОЖЕ ЯВЛЯЮТСЯ

- А) вариантом нормы
- Б) отложениями холестерина +
- В) отложениями мочевой кислоты
- Г) отложениями солей кальция

242) ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ ЗУД КОЖИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

- А) наличии дуодено-гастрального рефлюкса;
- Б) увеличении желчных кислот в крови на фоне выраженного холестаза +
- В) нарушении синтетической (белковообразовательной) функции печени;
- Г) снижении дезинтоксикационной функции печени по отношению к продуктам распада белков

243) ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИЕ ОТЕКИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ О

- А) наличии дуодено-гастрального рефлюкса;
- Б) нарушении синтетической (белковообразовательной) функции печени +
- В) сердечной недостаточности на фоне выраженной сопутствующей миокардиодистрофии;
- Г) снижении дезинтоксикационной функции печени по отношению к продуктам распада белков

244) ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ ГОРЕЧЬ ВО РТУ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О:

- А) наличии дуодено-гастрального рефлюкса +
- Б) увеличении желчных кислот в крови на фоне выраженного холестаза;
- В) нарушении синтетической (белковообразовательной) функции печени;
- Г) снижении дезинтоксикационной функции печени по отношению к продуктам распада белков

245) ДЛЯ СИНДРОМА ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ТИПИЧНО

- А) оливковый цвет кожи
- Б) кожный зуд
- В) увеличение селезенки +
- Г) ахиличный стул

246) ДЛЯ СИНДРОМА ГИПЕРСПЛЕНИЗМА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ

- А) лейкоцитоз;
- Б) эритроцитоз;
- В) желтуха;
- Г) тромбоцитопения +

247) ДЛЯ СИНДРОМА ПЕЧЕНОЧНОКЛЕТОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРНЫ

- А) портальная гипертензия;
- Б) печеночная энцефалопатия +
- В) спленомегалия;
- Г) гиперспленизм.

248) СОСУДИСТЫЕ ЗВЕЗДОЧКИ (ТЕЛЕАНГИОЭКТАЗИИ. И ПАЛЬМАРНАЯ ЭРИТЕМА (ПЕЧЁНОЧНЫЕ ЛАДОНИ) ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ СВЯЗАНЫ С

- А) развитием синдрома портальной гипертензии
- Б) снижением белковосинтетической функции печени
- В) снижением метаболизма эстрогенов в печени +
- Г) увеличением содержания билирубина в крови

249) СИНДРОМ ЦИТОЛИЗА ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- А) положительными маркёрами вирусных гепатитов
- Б) повышением активности трансаминаз (АСТ, АЛТ) в крови +
- В) гепатомегалией
- Г) увеличением содержания билирубина в крови

250) НИЖНЯЯ ГРАНИЦА ПЕЧЕНИ ПО ПРАВОЙ СРЕДИННО-КЛЮЧИЧНОЙ ЛИНИИ В НОРМЕ

- А) не выступает из-под края реберной дуги +
- Б) на 3 см выступает из-под края реберной дуги
- В) на 4 см выступает из-под края реберной дуги
- Г) на 2 см выступает из-под края реберной дуги

251) ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ РАЗМЕРОВ ПЕЧЕНИ ПО КУРЛОВУ РАЗМЕР ПО ПРАВОЙ СРЕДИННО-КЛЮЧИЧНОЙ ЛИНИИ СОСТАВЛЯЕТ

- А) 6-10 мм
- Б) 6-8 дм
- В) 7-11 см +
- Г) 2-4 см

252) В НОРМЕ СОДЕРЖАНИЕ ОБЩЕГО ХОЛЕСТЕРИНА КРОВИ СОСТАВЛЯЕТ

- А) 3,0 – 5,2 ммоль/л +
- Б) 3,3 – 5,5 мг/л
- В) 5,2 – 6,7 ммоль/л
- Г) более 6,4 г/л

253) В НОРМЕ СОДЕРЖАНИЕ ОБЩЕГО БЕЛКА КРОВИ СОСТАВЛЯЕТ

- А) 30 – 50 г/л
- Б) 100 + 20 г/л
- В) 60 – 80 г/л +
- Г) 70 – 90 мг/л

254) В НОРМЕ СОДЕРЖАНИЕ ОБЩЕГО БИЛИРУБИНА КРОВИ СОСТАВЛЯЕТ

- А) 3,0 – 15,0 мкмоль/л
- Б) 8,0 – 20,5 ммоль/л +
- В) до 10,0 условных единиц
- Г) 3,3 – 5,5 ммоль/л

255) В НОРМЕ СООТНОШЕНИЕ НЕПРЯМОГО И ПРЯМОГО БИЛИРУБИНА В КРОВИ СОСТАВЛЯЕТ

- А) 50% : 50%
- Б) 25% : 75% +
- В) 20% : 80%
- Г) 75% : 25%

256) В НОРМЕ АКТИВНОСТЬ В КРОВИ ПЕЧЕНОЧНЫХ ФЕРМЕНТОВ АСТ И АЛТ СОСТАВЛЯЕТ

- А) до 20 %
- Б) до 30 мл
- В) до 40 ЕД +
- Г) до 50 ммоль/л

257) ПОЧЕЧНАЯ КОЛИКА ВОЗНИКАЕТ ПРИ

- А) воспалительных заболеваниях паренхимы почек
- Б) воспалительных заболеваниях мочевого пузыря
- В) прохождении камня по мочеточнику+
- Г) воспалительных заболеваниях паранефрия

258) ВЕДУЩИМ МЕХАНИЗМОМ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ПИЕЛИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) растяжение почечной капсулы при увеличении размеров (набухании) почечной ткани
- Б) воспалительный отек слизистой оболочки почечной лоханки и/или растяжение почечной лоханки из-за затруднения оттока мочи по мочеточнику +
- В) спастические сокращения мочеточника
- Г) спастические сокращения мочевого пузыря

259) ВЕДУЩИМ МЕХАНИЗМОМ БОЛЕВОГО ПРИ «ЗАСТОЙНОЙ ПОЧКЕ» (ПРИ ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ) ЯВЛЯЕТСЯ

- А) растяжение почечной капсулы при увеличении размеров (набухании) почечной ткани +

- Б) воспалительный отек слизистой оболочки почечной лоханки и (или. растяжение почечной лоханки из-за затруднения оттока мочи по мочеточнику
- В) спастические сокращения мочеточника
- Г) спастические сокращения мочевого пузыря

260) ВЕДУЩИМ МЕХАНИЗМОМ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЧЕК (ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ, АМИЛОИДОЗ) ЯВЛЯЕТСЯ

- А) растяжение почечной капсулы при увеличении размеров (набухании) почечной ткани +
- Б) воспалительный отек слизистой оболочки почечной лоханки и (или. растяжение почечной лоханки из-за затруднения оттока мочи по мочеточнику
- В) спастические сокращения мочеточника
- Г) спастические сокращения мочевого пузыря

261) ВЕДУЩИМ МЕХАНИЗМОМ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) растяжение почечной капсулы при увеличении размеров (набухании) почечной ткани
- Б) воспалительный отек слизистой оболочки почечной лоханки и (или. растяжение почечной лоханки из-за затруднения оттока мочи по мочеточнику
- В) спастические сокращения мочеточника +
- Г) спастические сокращения мочевого пузыря

262) ВЕДУЩИМ МЕХАНИЗМОМ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ОСТРОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ

- А) растяжение почечной капсулы при увеличении размеров (набухании) почечной ткани и воспалительный отек слизистой оболочки почечной лоханки +
- Б) раздражение болевых рецепторов мочеиспускательного канала
- В) спастические сокращения мочеточника
- Г) спастические сокращения мочевого пузыря

263) ПОЧЕЧНАЯ КОЛИКА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- А) болевым синдромом в подреберных областях, эпигастрии
- Б) болевым синдромом в поясничной области с иррадиацией вниз +
- В) болями слабой и умеренной интенсивности
- Г) появлением желтухи после приступа

264) ДИУРЕЗ - ЭТО

- А) количество мочи, выделяемое в сутки;
- Б) термин, объединяющий в себе все расстройства мочеотделения;
- В) изменение (увеличение или уменьшение) образования мочи;
- Г) количество мочи, выделяемое в единицу времени +

265) СУТОЧНЫЙ ДИУРЕЗ В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ

- А) 400 – 600мл
- Б) 1,0 – 2,0 л +
- В) 2,0 – 2,5 л
- Г) 100 – 150 мл

266) В норме суточный диурез характеризуется

- А) общим количеством 1 – 2 л, соотношением дневного и ночного диуреза 2:1 – 3: 1 +
- Б) общим количеством 400 – 600 мл, соотношением дневного и ночного диуреза 1:4

- В) общим количеством 2,5 – 3 л,
соотношение дневного и ночного диуреза 4:1
- Г) общим количеством 100 – 150 мл,
соотношение дневного и ночного диуреза 2:1

267) ОЛИГОУРИЯ – ЭТО

- А) появление почечных отеков
- Б) уменьшение выделения суточной мочи +
- В) повышение артериального давления при гломерулонефрите
- Г) верных утверждений нет

268) ПОЛИУРИЯ – ЭТО

- А) увеличение суточного диуреза свыше 2л +
- Б) снижение суточного диуреза менее 500 – 700 мл
- В) частое мочеотделение
- Г) преобладание дневного диуреза над ночным

269) БОЛЕЗНЕННОЕ МОЧЕИСПУСКАНИЕ НАЗЫВАЕТСЯ

- А) поллакизурией;
- Б) странгурией +
- В) ишурией;
- Г) никтурией

270) ПОЛНОЕ ПРЕКРАЩЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ МОЧИ НАЗЫВАЕТСЯ

- А) странгурией;
- Б) ишурией;
- В) анурией +
- Г) никтурией.

271) НЕВОЗМОЖНОСТЬ ОПОРОЖНИТЬ МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ (ЗАДЕРЖКА МОЧИ) НАЗЫВАЕТСЯ

- А) странгурией;
- Б) ишурией +
- В) анурией;
- Г) никтурией

272) ПРЕОБЛАДАНИЕ НОЧНОГО ДИУРЕЗА НАД ДНЕВНЫМ НАЗЫВАЕТСЯ

- А) поллакизурией;
- Б) ишурией;
- В) полиурией
- Г) никтурией +

273) ДЛЯ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ХАРАКТЕРЕН ПРИЗНАК

- А) протеинурия выше 3 г/л +
- Б) протеинурия ниже 3 г/л;
- В) странгурия;
- Г) артериальная гипертензия

274) О СНИЖЕНИИ КОНЦЕНТРАЦИОННОЙ ФУНКЦИИ ПОЧЕК СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ

- А) гипостенурия +
- Б) поллакиурия;
- В) ишурия;

Г) протеинурия.

275) ДЛЯ ОТЕКОВ «ПОЧЕЧНОГО» ПРОИСХОЖДЕНИЯ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН ПРИЗНАК

- А) локализуются на ногах
- Б) локализуются на лице, верхних и нижних конечностях +
- В) увеличиваются к вечеру
- Г) сопровождаются цианозом

276) ДЛЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПОЧЕЧНОГО ГЕНЕЗА ХАРАКТЕРЕН ПРИЗНАК

- А) примерно равнозначное повышение систолического и диастолического давления
- Б) кризовое течение артериальной гипертензии
- В) более высокий уровень диастолического давления +
- Г) почечная недостаточность развивается редко

277) БЛЕДНОСТЬ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЧЕК ОБУСЛОВЛЕНА

- А) железодефицитная анемия
- Б) анемия вследствие токсического влияния на костный мозг
- В) анемия вследствие снижения эритропоэтической функции почек +
- Г) сдавление периферических сосудов отёками

278) УРЕМИЯ МОЖЕТ ОБУСЛАВЛИВАТЬ НАЛИЧИЕ

- А) желтухи
- Б) стридорозного дыхания
- В) запаха ацетона изо рта
- Г) сопора, комы +

279) ДЛЯ ОБЩЕГО АНАЛИЗА МОЧИ СОБИРАЮТ

- А) три порции мочи – начальная, средняя и финальная
- Б) среднюю порцию утренней мочи 150 – 200 мл +
- В) 10 – 15 мл мочи из утренней средней порции после подмывания с антисептиком. в стерильную пробирку мочу собирают в течение суток через каждые 3 часа
- Г) мочу собирают в течение суток через каждые 3 часа

280) СВЕЖЕВЫДЕЛЕННАЯ МОЧА ЗДОРОВОГО ЧЕЛОВЕКА ОБЫЧНО

- А) прозрачная цвета пива
- Б) прозрачная, соломенно-желтая +
- В) прозрачная с красноватым оттенком
- Г) мутная, цвет не имеет значения

281) В МОЧЕ ЗДОРОВОГО ЧЕЛОВЕКА САХАР (ГЛЮКОЗА)

- А) определяется в большом количестве
- Б) не превышает 0,1 г/л
- В) может присутствовать в следовых количествах
- Г) отсутствует +

282) МИКРОСКОПИЯ ОСАДКА МОЧИ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ

- А) определение цвета мочи,
- Б) определение относительной плотности мочи
- В) подсчет форменных элементов крови +

Г) определение белка

283) В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ МОЧИ СОДЕРЖАНИЕ ЛЕЙКОЦИТОВ НЕ ДОЛЖНО ПРЕВЫШАТЬ

- А) 4 – 6 (у мужчин) и 3 – 4 (у женщин) в поле зрения
- Б) 3 – 4 (у мужчин) и 4 – 6 (у женщин) в поле зрения +
- В) 7 – 9 в поле зрения
- Г) 10 и более в поле зрения

284) В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ МОЧИ СОДЕРЖАНИЕ ЭРИТРОЦИТОВ НЕ ДОЛЖНО ПРЕВЫШАТЬ

- А) 0 – 2 в поле зрения +
- Б) 3 – 4 (у мужчин) и 4 – 6 (у женщин) в поле зрения
- В) 7 – 9 в поле зрения
- Г) 10 и более в поле зрения

285) В АНАЛИЗЕ МОЧИ ПО НЕЧИПОРЕНКО В НОРМЕ КОЛИЧЕСТВО ФОРМЕННЫХ ЭЛЕМЕНТОВ КРОВИ СОСТАВЛЯЕТ

- А) лейкоциты до 4000, эритроциты до 2000 в 1 мл
- Б) лейкоциты до 2000, эритроциты до 1000 в 1 мл +
- В) лейкоциты до 8000, эритроциты до 4000 в 1 мл
- Г) лейкоциты до 1000, эритроциты до 500 в 1 мл

286) ПРОБА ЗИМНИЦКОГО ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ

- А) определения концентрационной функции почек +
- Б) определения количества лейкоцитов в суточной моче
- В) более точного определения бактериурии
- Г) определения количества креатинина в венозной крови

287) В НОРМЕ В ПРОБЕ ПО ЗИМНИЦКОМУ ОТНОСИТЕЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ МОЧИ ДОЛЖНА БЫТЬ

- А) 0,008-0,012 г/мл
- Б) 0,012-0,016 г/мл +
- В) 0,016-0,020 г/мл
- Г) 0,006-0,010 г/мл

288) АНЕМИЯ – ЭТО

- А) патологическое состояние, характеризующееся снижением тромбоцитов в единице объёма крови
- Б) патологическое состояние, характеризующееся снижением абсолютного количества лейкоцитов в единице объёма крови
- В) патологическое состояние, характеризующееся увеличением гемоглобина и количества эритроцитов в единице объёма крови за счёт их абсолютного увеличения в организме
- Г) патологическое состояние, характеризующееся снижением гемоглобина и количества эритроцитов в единице объёма крови за счёт их абсолютного уменьшения в организме +

289) В НОРМЕ СОДЕРЖАНИЕ ГЕМОГЛОБИНА В КРОВИ СОСТАВЛЯЕТ

- А) 120 – 140 (мужчины) и 130 – 160 (женщины) г/л
- Б) 130 – 160 (мужчины) и 120 – 140 (женщины) г/л +
- В) 110 – 130 (мужчины) и 100 – 120 (женщины) мг/л
- Г) не менее 120 мг/л не зависимо от пола

290) В НОРМЕ ЦВЕТОВОЙ ПОКАЗАТЕЛЬ СОСТАВЛЯЕТ

- А) 0,75 – 0,9
- Б) 1,15 – 1,99
- В) 0,85 – 1,05 +
- Г) 0,65 – 0,95

291) К АНЕМИЯМ ВСЛЕДСТВИЕ НАРУШЕНИЯ КРОВЕОБРАЗОВАНИЯ ОТНОСЯТ

- А) врожденные гемолитические анемии
- Б) острую постгеморрагическую анемию
- В) В12-(фолиево-дефицитную анемию) +
- Г) всё вышеперечисленное верно

292) ДЛЯ АНЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА НЕЗАВИСИМО ОТ КОНКРЕТНОГО ВИДА АНЕМИИ ХАРАКТЕРЕН КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК

- А) одышка и сердцебиения (тахикардия) +
- Б) парестезии конечностей
- В) глоссит
- Г) колоники, ломкость ногтей

293) ОСНОВНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ, ОТРАЖАЮЩИМ СОДЕРЖАНИЕ ГЕМОГЛОБИНА В ЭРИТРОЦИТЕ, ЯВЛЯЕТСЯ

- А) уровень гемоглобина
- Б) количество эритроцитов в единице объема крови
- В) цветовой показатель +
- Г) уровень СОЭ

294) ДЛЯ ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА В ОРГАНИЗМЕ (СИДЕРОПЕНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ) ХАРАКТЕРНО

- А) бледность кожи и видимых слизистых
- Б) ангулярный стоматит, дисфагия +
- В) одышка и сердцебиения (тахикардия)
- Г) шумы в сердце

295) ПРИЧИНОЙ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО СИНДРОМА МОЖЕТ ЯВЛЯТЬСЯ

- А) анемия
- Б) нарушение венозного и лимфотического оттока
- В) лейкопении
- Г) тромбоцитопении, тромбоцитопатии +

296) ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЛОМКОСТИ КАПИЛЛЯРОВ ПРОВОДИТСЯ НА ОСНОВАНИИ

- А) определение фактора Виллебранда
- Б) показателей содержания тромбоцитов в крови
- В) определения (проба щипка) +
- Г) определение активированного парциального тромбопластинового времени

297) ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ, ОБУСЛОВЛЕННЫЙ НАРУШЕНИЯМИ ТРОМБОЦИТАРНОГО ГЕМОСТАЗА, ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

- А) наличием мелкоточечных геморрагий (петехий) без воспалительных изменений кожи, положительный симптом Румпель-Леде-Кончаловского, увеличение времени кровотечения по Дюку, частыми кровотечениями из дёсен +
- Б) наличием обширных гематом, гемартрозов; отрицательный симптом Румпель-Леде-Кончаловского, нормальное время кровотечения по Дюку

В) мелкие геморрагии (петехии) на воспалительных изменениях кожи, положительный симптом Румпель-Леде-Кончаловского, нормальное время кровотечения по Дюку, определяются другие признаки воспаления и аллергии: лихорадка, крапивница
Г) нет правильного ответа

298) ДЛЯ ЛЕЙКОЗОВ ХАРАКТЕРЕН ПРИЗНАК

- А) синдром портальной гипертензии
- Б) геморрагический синдром +
- В) синдром гиперспленизма
- Г) обтурационной желтухи

299) ВНЕШНИЙ ВИД ЛИЦА ПАЦИЕНТА С УВЕЛИЧЕНИЕ РАЗМЕРОВ НОСА, СКУЛ, НАДБРОВНЫХ ДУГ, УВЕЛИЧЕНИЕМ ЯЗЫКА И НАЛИЧИЕМ МЕЖЗУБНЫХ ПРОМЕЖУТКОВ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- А) микседемы
- Б) лица нефритика
- В) лица при акромегалии +
- Г) лица при тиреотоксикозе

300) ЛИЦО ПАЦИЕНТА ВЫРАЖАЕТ ТРЕВОГУ, УДИВЛЕНИЕ ИЛИ ИСПУГ. ГЛАЗНЫЕ ЩЕЛИ РАСШИРЕНЫ, ИМЕЕТСЯ ЭКЗОФТАЛЬМ. ДАННЫЕ СИМПТОМЫ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- А) микседемы
- Б) лица нефритика
- В) лица при акромегалии
- Г) лица при тиреотоксикозе +

Вопросы для прохождения промежуточной аттестации

Вопрос 1. Синдром уплотнения легочной ткани.

Ответ. В результате этого синдрома. Уменьшается воздушность легочной ткани за счет заполнения альвеол - экссудатом. Физикально- отмечается при перкуссии укорочение перкуторного звука, усиление голосового дрожания. При аускультации выслушивается бронхиальное дыхание.

Рентгенологически отмечается гомогенное интенсивное затемнение соответственно пораженному участку легкого. Синдром уплотнений легочной ткани обычно отмечается при крупозной пневмонии (Стадия опеченения).

Вопрос 2. Синдром полости в легком. Жалобы. Данные осмотра, пальпации, перкуссии, аускультации.

Ответ. Жалобы: может быть, периодический кашель с выделением мокроты гнойного характера. При пальпации над полостью отмечается усиление голосового дрожания. Перкуторно отмечается тимпанит, иногда с характерным звуком. "Звук треснувшего горшка."

При аускультации - бронхиальное дыхание, иногда с характерным оттенком (амфорическое дыхание).

Вопрос 3. Синдром увеличенного воздухонаполнения легких: жалобы, данные осмотра, пальпации, перкуссии и аускультации.

Ответ. Этот синдром соответствует понятию эмфизема легких. Жалобы на одышку - инспираторного характера при физической нагрузке. Пальпаторно отмечается равномерное ослабление голосового дрожания над легочными полями. Перкуторно равномерно над легочными полями определяется коробочный звук. Может быть опущение нижних границ лёгкого, расширение полей Кренига, увеличение восстояния верхушек легких. Подвижность нижнего края легких при дыхании снижено. Аускультативно над легочными полями равномерное ослабленное везикулярное дыхание.

Вопрос 4. Синдром поражения плевры: жалобы, данные осмотра, пальпации, перкуссии и аускультации.

Ответ. Жалобы на боль в боку при дыхании на стороне поражения. Боль усиливается при глубоком вдохе. кашле, наклоне туловища в здоровую сторону. При осмотре на стороне поражения половина грудной клетки отстаёт при дыхании. При аускультации на стороне поражения выслушивается шум трения плевры, который усиливается при надавливании стетоскопом и при наклоне в "здоровую сторону."

Вопрос 5. Синдром скопления жидкости в плевральной полости: жалобы, данные осмотра, пальпации, перкуссии и аускультации.

Ответ. Жалобы на одышку, инспираторного характера при физической нагрузке в тяжелых случаях, в состоянии покоя. При осмотре на пораженной стороне может отмечаться сглаженность межреберных промежутков, отставание грудной клетки при дыхании. При измерении отмечается увеличение половины грудной клетки на стороне поражения.

Пальпаторно - значительное ослабление голосового дрожания на стороне поражения. На этой же стороне отмечается укорочение перкуторного звука. в виде, характерной косой линии, пик которой приходится на заднюю аксиллярную линию, эта линия спускается вниз, в сторону позвоночника (линия Эллиса-Дамуазо-Соколова}. Сзади, на нисходящей части линии Дамуазо между позвоночником и этой линией образуется т.н. треугольник Гарлянда. Перкуторно над ним определяется притупленно- тимпанический звук, а при аускультации ослабленное бронхиальное дыхание. Треугольник Гарлянда представляет собой компрессионный ателектаз при сдавлении части легкого жидкостью скопившейся в плевральной полости. На противоположной здоровой стороне определяется треугольник Рахфусо-Грокко ограниченный сверху линией Дамуазо, проведенной на здоровую сторону. Этот

треугольник образован смещением нижней части средостения в здоровую сторону. При перкуссии над этим треугольником тупой звук, а при аускультации дыхание не проводится. При перкуссии ниже линии Дамуазо отмечается выраженное укорочение перкуторного звука. Перкуторно а также рентгенологически отмечается смещение средостения в здоровую сторону.

Вопрос 6. Синдром скопления воздуха в плевральной полости: жалобы, данные осмотра, пальпации, перкуссии и аускультации. Ответ. Синдром скопления воздуха в плевральной полости возникает при пневмотораксе. Жалобы -внезапно возникает острая боль в грудной клетке на стороне поражения, которая обычно появляется сразу после физического напряжения или приступа кашля, иррадирует в шею, верхние конечности, эпигастральную область. Часто отмечается одышка и сухой кашель. При осмотре вынужденное положение больного: полусидя с наклоном в сторону поражения. Или лежа на больном боку. Кожа бледная, покрытая каплями холодного пота. Грудная клетка асимметричная, за счет ее выпячивания на стороне пневмоторакса. Дыхание у больного частое и поверхностное. Пораженная половина грудной клетки отстаёт при дыхании. При пальпации на стороне поражения отмечается ослабление или отсутствие голосового дрожания. При сравнительной перкуссии над пораженной стороной определяется коробочный звук или тимпанит. При аускультации над областью скопления воздуха определяется ослабленное везикулярное дыхание или полное отсутствие дыхательных шумов, а также отрицательная бронхофония.

Вопрос 7. Синдром обтурационного ателектаза: жалобы, данные осмотра, пальпации, перкуссии и аускультации. Ответ. Обтурационным ателектаз возникает при нарушении проходимости бронха. Воздух из соответствующего участка легкого полностью поглощается циркулирующей кровью. Эта часть легкого становится безвоздушной. Альвеолы спадаются под действием эластического каркаса легочной ткани и в следствии повреждения слоя сурфактанта. Больные предъявляют жалобы на инспираторную одышку и кашель (Сухой, с отделением слизистой или слизисто - гнойной мокроты). Иногда отмечается боль в грудной клетке на стороне поражения при дыхании или кашле. При осмотре: у больных с массивным ателектазом отмечается цианоз. Выявляется асимметричность грудной клетки за счет уменьшения объема и уплощения пораженной половины. При этом межреберные промежутки втянуты и сужены. Пораженная половина грудной клетки отстаёт при дыхании. При этом отмечается тахипноэ. Над областью ателектаза при пальпации голосовое дрожание резко ослаблено или не определяется, а при сравнительной перкуссии выявляется тупой перкуторный звук. Отмечается ограничение подвижности нижнего края

легкого на стороне поражения. При аускультации определяется ослабленное везикулярное дыхание либо дыхательные шумы совсем не проводятся, бронхофония отрицательная. При неполном обтурационном ателектазе (частичное закрытие просвета бронха) в начальной стадии патологического процесса могут выявляться такие особенности аускультативной симптоматики как ослабленное бронхиальное дыхание, крепитация и незвучные влажные мелкопузырчатые хрипы. Развитие обтурационного ателектаза чаще связано с бронхо-генным раком легкого.

Вопрос 8. Синдром компрессионного ателектаза: жалобы, данные осмотра, пальпации, перкуссии и аускультации.

Ответ. Компрессионный ателектаз развивается в результате сдавления легкого скоплением в плевральной полости значительного количества жидкости (Массивный плеврит, гидроторакс) или воздуха (клапанный пневмоторакс). Жалобы обусловлены, в основном, тем заболеванием на фоне которого возник компрессионный ателектаз. Классическим примером компрессионного ателектаза является треугольник Гарленда при синдроме скопления жидкости в плевральной полости. Физикально: перкуторно над областью компрессионного ателектаза отмечается притупленный темпанит, При аускультации ослабленное бронхиальное дыхание.

Вопрос 9. Синдром дыхательной недостаточности. Клиническая симптоматика: жалобы, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация, ФВД, рентгенологическое исследование. Классификация дыхательной недостаточности.

Ответ. Синдром дыхательной недостаточности обусловлен легочными заболеваниями, при которых нарушена нормальная вентиляция легких. Дыхательная недостаточность подразделяется на 2 основные формы:

1. По рестриктивному типу, когда отмечается нарушение вентиляции в связи с уменьшением активной дыхательной поверхности легких на фоне различных пневмосклеротических процессов, при пневмониях, при сдавлении легких на фоне скопления жидкости, в плевральных полостях, при пневмотораксе, при обструктивных ателектазах. Кроме того дыхательная недостаточность по рестриктивному типу может отмечаться при потере эластичности и повышенной воздушности альвеол при эмфиземе легких, что уменьшает эффективную вентиляцию легких.

2. Легочная недостаточность по обструктивному типу. Обусловлено нарушением бронхиальной проходимости, что отмечается при бронхообструктивном синдроме. Основные жалобы больных с дыхательной недостаточностью на одышку при физической нагрузке, что снижает толерантность к последней. В тяжелых случаях одышка беспокоит при незначительных физических нагрузках и в покое. При

легочной недостаточности по рестриктивному типу, одышка носит инспираторный характер. При легочной недостаточности по обструктивному типу одышка носит экспираторный характер (затруднен выдох). Физикальные данные будут соответствовать тем заболеваниям, которые вызвали ту или иную форму дыхательной недостаточности. Наиболее точные данные по легочной недостаточности и степени ее выраженности даёт такое исследование как ФВД. При ФВД определяются следующие показатели: ЖЕЛ, поглощение кислорода - $\dot{V}_{O_2}$, коэффициент использования кислорода. Эти показатели будут снижены при обеих формах лёгочной недостаточности. Кроме того, будут изменены апноэтические пробы, снижена МВЛ. Все эти показатели будут снижены при обеих формах дыхательной недостаточности. Что касается такого важного показателя как коэффициент Тиффно., то он при легочной недостаточности по обструктивному типу будет снижен (менее 70%). При дыхательной недостаточности по рестриктивному типу коэффициент Тиффно будет в пределах нормы.

Вопрос 10. Синдром поражения бронхиального дерева: жалобы, данные осмотра, пальпации, перкуссии и аускультации.

Ответ. Этот синдром, в основном, по существу является синдромом бронхита. При остром и хроническом бронхите больные жалуются на влажный или сухой кашель. При влажном кашле отмечается свободное отделение слизистой или слизистогнойной мокроты. Обще воспалительные симптомы обычно отсутствуют или выражены умеренно. Может быть субфебрильная лихорадка, признаки общей интоксикации (слабость, недомогание, ухудшение аппетита, нарушение сна). При исследовании системы органов дыхания методами осмотра, пальпации и перкуссии существенных изменений фактически не выявляют. При аускультации определяются жесткое дыхание а также сухие базовые или дискантовые хрипы. В ряде случаев при скоплении жидкой мокроты в мелких бронхах могут выслушиваться влажные мелкопузырчатые хрипы. В анализе мокроты повышение содержания лейкоцитов, преобладание мерцательного эпителия над альвеолярным, в общем анализе крови может быть небольшой лейкоцитоз с нерезким сдвигом. Небольшое увеличение СОЭ. Рентгенологические изменения при остром бронхите отсутствуют, а при хроническом бронхите обычно усилен легочный рисунок.

Вопрос 11. Синдром нарушения бронхиальной проходимости: жалобы, данные осмотра, пальпации, перкуссии и аускультации. ФВД.

Ответ. Бронхообструктивный синдром. Причины- нарушение проходимости мелких и мельчайших бронхов (бронхиол) вследствие спазма их гладкой мускулатуры,

воспалительного отека слизистой оболочки и скопления в просвете бронхиального дерева вязкого секрета.. Возникновение бронхообструктивного синдрома характерно для больных бронхиальной астмы и хроническим обструктивным бронхитом. Больные жалуются на экспираторную одышку, которая может переходить в приступы экспираторного удушья. При осмотре шумное дыхание с затрудненным выдохом, которое осуществляется с участием вспомогательной мускулатуры. При пальпации не выявляется каких либо особенностей, при перкуссии может быть перкуторный звук с коробочным оттенком. При аускультации обнаруживается жёсткое дыхание с удлинённым выдохом и сухие свистящие хрипы, которые выслушиваются, главным образом, на выдохе. При приступе бронхиальной астмы наблюдается вынужденное положение больного (сидя с фиксированным плечевым поясом-"поза кучера", а также диффузный цианоз. Бронхообструктивный синдром часто сочетается с признаками эмфиземы лёгких. При бронхиальной астме исследование мокроты выявляет "стекловидный" характер (бесцветная, прозрачная, и очень вязкая, не стекает с поверхности при наклоне). В мокроте содержатся эозинофилы, а также спирали Куршмана (спиралевидные нити слизи из мелких бронхов) и кристаллы Шарко-Лейдена(образуется при распаде эозинофилов). В случае сопутствующей эмфиземы легких при рентгенологическом исследовании отмечается равномерное повышение воздушности легочных полей. При ФВД у больных с обструктивным синдромом выявляется нарушение вентиляции по обструктивному типу.- при пневмотахометрии определяется преимущественное снижение мощности выдоха, а при спирографии-уменьшениежизненной ёмкости легких, главным образом, за счет преобладающего снижения резервного объёма выдоха и уменьшения форсированной ЖЕЛ со снижением коэффициента Тиффно менее 70%.

Вопрос 12. Методика расспроса кардиологического больного. Выявление и оценка жалоб больного с патологией сердечно-сосудистой системы. Выявление и конкретизация основных и наиболее часто встречающихся жалоб при заболеваниях сердца. Болевой синдром. Выяснить локализацию боли (за грудиной, предкардиальная область, область верхушки), иррадиация боли (в левую руку, лопатку, шею, челюсть и др.), характер боли (чувство дискомфорта, сжатия, давления, жжения, колющие, ноющие), интенсивность (слабые, сильные), частота возникновения (впервые, раз в день, раз в месяц и т.д.), условия возникновения (при ходьбе, физическом, эмоциональном напряжении, в покое), чем купируются. В первую очередь при расспросе исключить боли, связанные с коронарной недостаточностью: преходящей ишемией миокарда или развитием ангинозного статуса при инфаркте миокарда. Просим пациента показать, где болит. Четко определить кратковременные приступы болей при стенокардии от 1 минуты и не более 15 минут, возникающие при конкретной физической, эмоциональной

нагрузке, рефлекторно на ходод, ходьбе против ветра или в покое в виде давления, сжатия, дискомфорта за грудиной, сопровождающиеся чувством страха, нехватки воздуха и купирующиеся нитроглицерином в стандартной дозе. Отметить стабильность боли, впервые возникшие боли или прогрессирующий характер болей. При развитии полной окклюзии коронарной артерии при инфаркте миокарда отмечаем очень интенсивные боль за грудиной с более широкой зоной локализацией и иррадиацией, продолжительностью более 30 минут без эффекта от приема нитроглицерина (3 таблетки), признаками коллапса, одышкой. Это определяют срочность необходимых лечебных мероприятий. Кардиалгии при миокардитах, эндокардитах, пороках сердца, артериальной гипертензии не носят интенсивный характер, тупые, локализуются слева от грудины без характерной иррадиации. В области верхушки колющие боли при переутомлении, эмоциональном напряжении, длительные наблюдаются при дисгормональных и нейровегетативных нарушениях. Распирающие боли над областью сердца, уменьшающиеся сидя с наклоном вперед, или стреляющие, колющие, усиливающиеся на вдохе, это при экссудативном и сухом перикардите соответственно. Обращаем внимание на аортиты, аневризму аорты.

Одышка - затрудненное дыхание с чувством нехватки воздуха, нарушением его частоты, глубины или ритма. Определить характер, тип одышки, условия ее возникновения. Определяем одышку при физической нагрузке (отметив уровень нагрузки – значительная, умеренная, низкая), одышку в покое, постоянную одышку, приступообразную одышку. Приступ спонтанной одышки без связи с нагрузкой – удушье (астма). Это - сердечная астма, альвеолярный отек легких, являются проявление острой сердечной недостаточности. Выяснить наличие положения и состояния ортопноэ. Кашель. Может быть одной из первых жалоб. Кашель сухой или с мокротой и прожилками крови. Усиливается в горизонтальном положении ночью, уменьшается в вертикальном положении. Сопровождает приступ удушья. Кровохарканье. Возникает при острой левожелудочковой недостаточности при пороках сердца, инфаркте миокарда, миокардитах, а также при ТЭЛА, инфаркте легкого. Сердцебиение. Выяснить обстоятельства возникновения, какими симптомами сопровождается, чем облегчается. Различаем сердцебиение при физической нагрузке (отметить уровень нагрузки, при котором возникает сердцебиение), в покое, сердцебиение постоянное или внезапно возникающие приступы (пароксизмальная форма) с правильным и неправильным ритмом.

Нарушения ритма сердца. Обращаем внимание не периодичность их возникновения или постоянство, интенсивность (одиночные, групповые), продолжительность, частоту, чем провоцируются, сопровождаются и купируются. Обмороки. Возникают при физическом напряжении и в покое. Наблюдаются при пороках сердца, опухолях сердца, наличии тромбов в полостях сердца, при А-V блокаде. Отеки. Сердечные отеки отмечаются на ногах (стопы, голени, бедра), различной степени выраженности от легкой отечности (пастозности) до массивных отеков, возникают к вечеру и уменьшаются или исчезают к утру. Для отечного

синдрома характерно накопление жидкости в серозных полостях (плевральной, перикарде, в брюшной полости) с характерными симптомами. Тяжесть или длительные тупые боли в правом подреберье, связанные с венозным застоем в печени при сердечной недостаточности. Повышенная утомляемость при привычных нагрузках – важное проявление сердечной недостаточности. Лихорадка обычно сопровождает течение миокардитов, эндокардитов. Диспепсические явления в виде тошноты, рвота, нарушения стула, снижение аппетита. Головные боли, головокружение, бессонница, носовые кровотечения могут беспокоить при артериальной гипертензии.

Необходимо выделить группу жалоб, отражающих венозный застой по малому кругу кровообращения при снижении сократительной функции левого желудочка: одышка, удушье, сердцебиение, кашель, кровохарканье. Отеки, скопление жидкости в полостях, боли и тяжесть в правом подреберье, диспепсические явления связаны с венозным застоем по большому кругу кровообращения и правожелудочковой недостаточности.

Вопрос 13. Методика общего осмотра кардиологического больного. Значение общего осмотра для диагностики кардиологической патологии.

Ответ. При общем осмотре обращаем внимание на определение положения больного и признаков, связанных с застоем в малом или большом круге кровообращения. При левожелудочковой недостаточности характерно положение ортопноэ, которое занимает больной для облегчения одышки и при удушье – сидя, свесив ноги, упираясь руками о бедра. При развитии выпотного перикардита вынужденное положение – сидя, согнувшись вперед.

Обращаем внимание на цвет кожных покровов и видимых слизистых. Характерным при венозном застое и замедлении тока крови по большому кругу кровообращения появление акроцианоза – синюшное окрашивание губ, кончика носа, щек («митральная бабочка»), мочек ушей, подбородка, пальцев рук и ног, коленных суставов. Можно отметить бледность кожи у больных с аортальными пороками сердца. Присоединение желтухи свидетельствует о венозном застое в печени и кардиальном фиброзе печени. Показательно лицо Корвизара у больных с правожелудочковой или бивентрикулярной сердечной недостаточностью. При длительной гипоксии развивается гипертрофическая остеоартропатия с изменением концевой фаланги пальцев и формы ногтей по типу «барабанных палочек» и «часовых стекол».

Обращаем внимание на отеки, их распространенность и выраженность, сочетание с акроцианозом (при правожелудочковой недостаточности).

Сосуды шеи. Отмечаем усиленную пульсацию сонных артерий («пляска каротид») при аортальной недостаточности, гипертиреозе. Важным признаком застоя крови по большому кругу кровообращения и повышения центрального венозного давления

является набухание шейных (яремных) вен, которое выявляется в горизонтальном положении с приподнятым головным концом под 45 градусов и сохраняется в вертикальном положении. Также определение венозного пульса, который отрицательный в норме. Положительный венозный пульс чаще появляется при недостаточности трехстворчатого клапана, при положительном венозном пульсе пульсация вен совпадает с систолой желудочков и пульсом сонной артерии.

Выявление симптомов нарушения артериального и венозного кровообращения в виде резкой бледности конечности, мраморности кожи в сочетании с интенсивными болями и отсутствием артериального пульса при тромбозе или эмболии периферической артерии конечности, некроз тканей при развитии гангрены пальцев. Признаки варикозного расширения периферических вен ног со значительным местным цианозом и отеком при флеботромбозе или тромбофлебите.

Вопрос 14. Механизм образования и отличие I и II тонов сердца.

Ответ. При аускультации сердца выявляют 2 основных тона и дополнительные тоны. I (систолический) тон сердца возникает преимущественно в фазу изоволюметрического сокращения желудочков. В результате быстрого и резкого повышения внутрижелудочкового давления происходит колебание всей герметически замкнутой кардиогемической системы. С различной частотой колеблются атриовентрикулярные клапаны, мышечная стенка, сосочковые мышцы, хорды, начальные отделы магистральных сосудов, кровь, что и образует тон. Выделяют 4 компонента I тона: клапанный, мышечный, сосудистый. 4-ым является предсердный компонент, возникающий в систолу предсердий, с которого и начинается формирование тона.

II (диастолический) тон. Возникает в протодиастолический период, когда давление в желудочках становится меньше давления в магистральных сосудах, кровь в сосудах устремляется назад, полулунные клапаны захлопываются и в течение короткого времени колеблются вместе со стенками аорты и легочной артерии. Различают 2 компонента II тона: аортальный и легочный, каждый из которых включает колебание самого клапана и стенки магистрального сосуда.

Отличие I и II тона. Характеристику I тону даем при выслушивании 1-ой и 4-ой точек аускультации (проекция митрального и трикуспидального клапана соответственно), где I тон слышен первым после продолжительной паузы, он громче и продолжительнее II тона, I тон совпадает с верхушечным толчком и пульсом сонной артерии. II тон звучит после короткой паузы, он тише, не совпадает с верхушечным толчком и пульсом сонной артерии.

II тон – характеристику ему даем, выслушивая крупные сосуды на основании сердца, соответственно во 2-ой и 3-ей точках аускультации над аортой и легочной артерией.

II тон выслушивается после короткой паузы, он громче I тона, не совпадает с верхушечным толчком и пульсом сонной артерии.

Вопрос 15. Характер нарушения гемодинамики у больного с недостаточностью митрального клапана. Механизм ослабления I -ого тона на верхушке и одышки у больного.

Ответ. При митральной недостаточности происходит неполное смыкание створок митрального клапана и во время систолы левого желудочка часть крови возвращается в левое предсердие (регургитация). Количество крови в левом предсердии увеличивается, так как к обычному объему крови, поступившей из легочных вен, добавляется кровь при регургитации из левого желудочка. Давление в левом предсердии повышается, оно расширяется и гипертрофируется. Во время диастолы из левого предсердия также поступает увеличенный объем крови в левый желудочек, он переполняется и растягивается. Работа желудочка идет с большей нагрузкой, что ведет к его гипертрофии. Таким образом, появление регургитации увеличивает преднагрузку на левые отделы сердца, что сопровождается гипертрофией и тоногенной дилатацией левого предсердия и левого желудочка. Мощная работа гипертрофированного левого желудочка длительное время компенсирует порок. При снижении сократительной функции левого желудочка в нем повышается давление, что ведет к повышению давления в левом предсердии, а далее к увеличению давления в легочных венах, что в свою очередь вызывает рефлекторное сужение артериол малого круга кровообращения (рефлекс Китаева). Спазм артериол значительно повышает давление в легочной артерии, в связи с чем возрастает нагрузка на правый желудочек, который должен сокращаться с большей силой, чтобы изгнать кровь в легочный ствол. Возникает гипертрофия правого желудочка. Кроме того, при снижении сократительной функции левого желудочка увеличивается остаточный объем крови, что затрудняет опорожнение левого предсердия, это в свою очередь вызывает застой крови в венах малого круга кровообращения и появление характерных симптомов, в частности появление одышки.

Неполное смыкание створок митрального клапана исключает основной клапанный компонент формирования I тона, нет герметически замкнутой системы при сокращении сердца, что приводит к ослаблению I тона на верхушке.

Вопрос 16. Характер нарушения гемодинамики у больного со стенозом (сужением) левого атриовентрикулярного устья. Механизм диастолического «кошачьего мурлыканья» и ритма перепела.

Ответ. В результате сужения левого атриовентрикулярного отверстия и затруднения тока крови из левого предсердия в левый желудочек вся кровь во время диастолы не успевает перейти, часть крови остается в предсердии. К этому объему добавляется кровь из легочных вен. Левое предсердие переполняется, в нем повышается

давление. Усиленная работа левого предсердия приводит к его гипертрофии. Однако долго компенсировать порок левое предсердие не может из-за слабой мускулатуры, довольно быстро его сократительная способность падает, еще больше расширяется предсердие, растет давление в нем. Это влечет повышение давления в легочных венах, рефлекторный спазм артериол малого круга кровообращения и рост давления в легочной артерии и нагрузку на правый желудочек и его гипертрофию. Застой крови в левом предсердии затрудняет поступление крови из легочных вен, возникает венозный застой и появление симптомов сердечной недостаточности по малому кругу кровообращения. Левый желудочек получает меньше крови и выполняет меньшую нагрузку, размеры его уменьшаются.

Затруднение прохождения крови в диастолу из левого предсердия в желудочек создает турбулентный ток крови и формирование диастолического шума, который выслушивается над верхушкой. Шум может быть сильным и ощущаться при пальпации в виде дрожания, вибрации, такого «ручейка», когда гладят кошку. Феномен получил название диастолического «кошачьего» мурлыканья (пальпаторный эквивалент диастолического шума митрального стеноза над верхушкой).

Вследствие того, что в левый желудочек поступает мало крови, он сокращается быстро и I тон на верхушке становится громким, хлопающим. Там же выслушивается дополнительный тон – тон открытия митрального клапана. Громкий I тон, II тон и тон открытия митрального клапана создают типичную для митрального стеноза мелодию трехчленного ритма – «ритм перепела».

Вопрос 17. Характер нарушения гемодинамики у больного со стенозом устья аорты. Механизм синдрома ишемии (стенокардии) у больного. Механизм симптома систолического дрожания и симптома Сиротинина - Куковерова.

Ответ. Сужение аортального отверстия и затруднение тока крови из левого желудочка в аорту приводит к тому, что левый желудочек полностью не опорожняется, к остаточному объему добавляется еще и нормальное количество крови из левого предсердия, возникает переполнение левого желудочка, рост в нем давления. Увеличение постнагрузки на левый желудочек ведет к его гипертрофии, которая длительно компенсирует порок.

При выраженном сужении аортального отверстия недостаточный выброс крови в артериальную систему приводит к нарушению кровоснабжения гипертрофированного миокарда, в связи с чем у больных появляются боли в области сердца стенокардитического характера.

Главным аускультативным признаком аортального стеноза является грубый систолический шум на аорте, который проводится на сонные артерии.

Пальпаторным эквивалентом систолического шума является появление характерного феномена дрожания тканей над проекцией клапана при турбулентном токе крови через узкое аортальное отверстие в систолу, напоминающее мурлыканье кошки – систолическое «кошачье мурлыканье».

Систолический шум на аорте, усиливающийся или появляющийся при поднятых руках – симптом Сиротинина-Куковерова – обусловлен склеротическим изменением аорты и сужением аортального отверстия.

Вопрос 18. Характер нарушения гемодинамики у больного с недостаточностью аортального клапана. Положения больного, в которых лучше выслушивается шум недостаточности аортального клапана.

Ответ. Неплотное смыкание створок полулунного клапана аорты приводит к регургитации крови во время диастолы из аорты в левый желудочек, туда же поступает кровь и из левого предсердия, что приводит к его переполнению и растяжению. Увеличение преднагрузки на левый желудочек сопровождается его гипертрофией и тоногенной дилатацией. При ослаблении сократимости миокарда левого желудочка развивается застой в малом круге кровообращения, появляется одышка, сердцебиение, др. Аускультативным признаком аортальной недостаточности является диастолический шум, выслушиваемый на аорте и в точке Боткина-Эрба, мягкий, дующий, протодиастолический. Шум лучше выслушивается при задержке дыхания на выдохе в горизонтальном и вертикальном положении, нагнувшись вперед.

Вопрос 19. Характер нарушения гемодинамики у больного с недостаточностью трехстворчатого клапана. Механизм симптома Плеше.

Ответ. Неплотное смыкание створок трехстворчатого клапана приводит к регургитации части крови из правого желудочка в правое предсердие и увеличению преднагрузки на эти отделы сердца, что ведет к их гипертрофии и тоногенной дилатации. Компенсаторные возможности правых камер сердца невелики и довольно быстро развивается застой в большом круге кровообращения (отеки, цианоз, набухание шейных вен, увеличенная печень и др.). Характерен симптом Плеше – усиленное набухание шейных вен при надавливании на застойную увеличенную печень.

Вопрос 20. Методика аускультации сердца: алгоритм оценки внутри сердечных шумов. Клинические приемы для улучшения аускультации тонов и клиническое значение этих приемов.

Ответ. Общие требования к аускультации сердца: выслушивать больного в теплом помещении, при обнаженной грудной клетке, при соблюдении полной тишины. Если позволяет состояние, больного выслушивают в разных положениях: стоя, лежа, после физической нагрузки (например, приседания). Методика аускультации сердца

предусматривает выслушивание всех 4-х клапанов сердца в порядке убывающей частоты их поражения в точках наилучшего прослушивания клапана: 1-я точка аускультации – митральный клапан – область верхушечного толчка, 2-я точка – клапан аорты – 2-ое межреберье справа у края грудины, 3-я точка – клапан легочной артерии – 2-ое межреберье слева у края грудины, 4-я точка – трехстворчатый клапан – основание мечевидного отростка, 5-я точка – точка Боткина-Эрба – повторно клапан аорты – место прикрепления 3 и 4 ребер к левому краю грудины. Легче выслушивать сердце при задержке дыхания на выдохе, чтобы не мешали дыхательные шумы.

Аускультация сердца предусматривает выслушивание тонов и шумов сердца, определение ритма сердца, подсчет числа сердечных сокращений (ЧСС) в минуту. При этом выслушивание тонов и шумов производится над каждым клапаном сердца, подсчет ЧСС и определение ритма, как правило, над верхушкой или трехстворчатым клапаном.

Специальные правила выслушивания клапанов: митральный клапан выслушивается при задержке дыхания на выдохе в положении больного лежа на спине и левом боку, что улучшает проведение звуков сердца на грудную стенку. При этом тоны становятся громче, а шумы грубее и продолжительнее, что облегчает их оценку. Аортальный клапан выслушивается при задержке дыхания на выдохе в положении больного лежа не спине, правом боку, стоя или сидя с наклоном туловища вперед. Пульмональный клапан выслушивается при задержке дыхания на выдохе в положении больного лежа на спине и левом боку. Трехстворчатый клапан выслушивается в положении больного лежа на спине, правом боку при задержке дыхания на выдохе (при этом громкость шумов минимальная) и в момент глубокого вдоха или с задержкой на высоте вдоха (при этом наблюдается максимальная громкость шумов) вследствие ускорения кровотока через трехстворчатый клапан. Усиление систолического шума на высоте вдоха над мечевидным отростком – симптом Риверо-Корвалло.

Выслушивание сердца начинают с митрального клапана: сначала определяют 2 основных тона – I и II тон, затем дополнительные тоны – III и IV тоны. Выявляют изменение I тона (громкий, ослаблен, отсутствует, расщеплен), определяют ритм сердца по регулярности I тона – ритмичный или неритмичный или определяется трехчленный ритм, подсчитывают ЧСС. После выявления тонов выявляются шумы – систолический или диастолический по их отношению к систоле или диастоле. Затем выслушивают на основании сердца аортальный и пульмональный клапан, выявляют основные тоны, дается характеристика II тона, определяется наличие акцента II тона, выявляются шумы. Трехстворчатый клапан оценивается как митральный. При выслушивании точки Боткина-Эрба обращают внимание на наличие диастолического шума.

Вопрос 21. Методика выслушивания шумов сердца, клинические приемы.

Ответ. Для выслушивания шумов, как и тонов, применяются общие и специальные для каждого клапана правила. Подозрение на шум возникает в том случае, когда выявляем наличие в систолу или диастолу иных, отличных от тонов, звуков. Определяем: шум внутрисердечный или внесердечный. Внесердечные шумы: шум трения перикарда и плевроперикардальный шум. Внутрисердечные шумы могут быть органическими (пороки сердца) и функциональными. Отношение внутрисердечного шума к фазам сердечного цикла определяет шум как систолический или диастолический. Если начало шума или его максимум совпадает с подъемом верхушечного толчка, пульсом сонной артерии или если шум следует за I тоном, сливается с ним, то это систолический шум. Если шум начинается после 2-го тона, после добавочных тонов и максимум его отмечается в диастоле, то это диастолический шум., он не совпадает с верхушечным толчком и пульсом сонной артерии. Если шумы выслушиваются и в систолу и в диастолу, то у больного два шума – систолический и диастолический.

Шум будет выслушиваться над пораженным клапаном. Необходимо дать характеристику шума по громкости, тембру, характеру, продолжительности шума, проводимости шума и его локализация. Аускультативная симптоматика позволит сделать предположительный диагноз о патологии сердца.

Вопрос 22. Рентгенологические и эндоскопические методы исследования ЖКТ. Диагностическое значение.

Ответ: Рентген желудка, выявление ниши, её локализация и размеры. Эндоскопические: выявление наличия язвы, её локализация, размеры, глубина, возможность провести биопсию.

Проводится для уточнения диагноза.

Вопрос 23. Синдром острого живота. Клиническая картина. Симптом Щеткина-Блюмберга, симптом Воскресенского.

Ответ: Наличие острых болей по всему животу. Напряжённые мышцы живота. Усиление болей при поверхностной пальпации. Положительный симптом Щёткина-Блюмберга, положительный симптом Воскресенского означают наличие острого воспалительного процесса в брюшной полости.

Вопрос 24. Синдром пищевого, желудочного и кишечного кровотечения. Клиника диагностическое значение.

Ответ: Рвота тёмной кровью – пищеводное кровотечение Рвота кофейной гущей – желудочное кровотечение. Наличие чёрного стула (мелена) – желудочно-кишечное кровотечение

Вопрос 25. Мальабсорбции синдром. Симптомокомплекс. Механизм возникновения.

Ответ. Диарея, сначала нерегулярная, затем постоянная, выраженный метеоризм, жажда, сонливость, утомляемость, мышечная слабость. Нарушение усвоения основных питательных веществ, витаминов, минералов

Вопрос 26. Синдром диспепсии. Симптомокомплекс, механизм. Симптомы желудочной, кишечной и диспепсий, возникающей при заболеваниях печени и поджелудочной железы.

Ответ: Ощущение боли или дискомфорта в верхнем отделе живота, нарушение переваривания в желудке, избыточное газообразование, чувство раннего насыщения, тошнота, рвота

Вопрос 27. Синдром кишечной колики. Симптомокомплекс. Механизм возникновения.

Ответ: Боли в животе, чаще в подвздошных областях, тупые, ноющие, схваткообразные, метеоризм. Боли имеют спастический характер. Связаны с растяжением, спазмом и усиленными сокращениями стенки кишечника

Вопрос 28. Синдром стеноза привратника. Механизм. Клинические симптомы, их выявление.

Ответ: Сужение отверстия между пилорическим отделом желудка и начальным отделом двенадцатиперстной кишки. Может иметь врождённую или приобретённую форму (язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, опухоли). Снижение аппетита, вздутие живота, запоры, отрыжка, изжога, эпизоды рвоты непереваренной пищей. Диагностика -УЗИ органов брюшной полости, ЭГДС, рентгенография желудка с контрастом

Вопрос 29. Острые гастриты. Этиология, патогенез, клиника, осложнения. Основные принципы диагностики.

Ответ: Нарушение режима питания, качества принимаемой пищи, курение, приводящие к воспалению слизистой оболочки желудка. Отрыжка, тошнота, рвота, метеоризм, диарея, боли схваткообразного характера в эпигастральной области или по всему животу. Осложнения – переход в хроническую форму. Диагностика - ЭГДС

Вопрос 30 . Хронические гастриты. Этиология, патогенез, клинические формы. Осложнения. Особенности диагностики.

Ответ: Рецидивирующее воспаление слизистой оболочки желудка. Нарушение режима питания, качества принимаемой пищи, курение, приводящие к воспалению слизистой оболочки желудка. Отрыжка, тошнота, рвота, метеоризм, диарея, боли

схваткообразного характера в эпигастральной области или по всему животу. Осложнения – язвенная болезнь желудка. Диагностика - ЭГДС

Вопрос 31. Язвенная болезнь желудка и 12- перстной кишки. Этиология, патогенез, клинические проявления. Особенности диагностики. Рентгенологические признаки дефекта слизистой оболочки.

Ответ: Появление инфекции, вызванной наличием *H. pylori*, нарушение режима питания, качества принимаемой пищи, курение, постоянные стрессы. Болевые ощущения ноющего или схваткообразного характера натощак или после приёма пищи, постоянная изжога, тошнота, отрыжка, снижение аппетита. Диагностика – ЭГДС, КТ. При рентгенологическом исследовании наличие язвенной ниши.

Вопрос 32. Методика выявления и оценка жалоб, обусловленных патологией гепатобилиарной системы.

Ответ. Жалобы общего характера: плохой аппетит, утомляемость, раздражительность, головные боли, снижение потенции и либидо, нарушения менструального цикла, инверсия сна, снижение когнитивных способностей, как правило, связаны патологии печени (гепатит, цирроз). Рвота венозной кровью, как следствие варикозно расширенных вен пищевода при синдроме портальной гипертензии у больного с циррозом печени. Мелена. Кал с кровью при кровотечении из варикозно-расширенных вен прямой кишки. Тупые постоянные боли в правом подреберье не связанные с приемом пищи, вследствие растяжения капсулы печени при гепатите. Интенсивные, эпизодические боли, в правом подреберье, возникающие после приема жирной жареной пищи, алкоголя, иррадиирующие в правое плечо, правую лопатку, в шею справа свидетельствуют о наличии у пациента холецистита. Желтуха, как признак поражения печени. Кожный зуд, сопровождающий желтуху – проявление синдрома холестаза при гепатите, циррозе, ЖКБ. Увеличение размеров живота и связанная с этим прибавка массы тела за счет скопления жидкости в брюшной полости (асцит). Кроме того, пациент может предъявлять жалобы на диспепсию (отрыжку горьким, тошноту, рвоту, снижение аппетита, расстройство стула – диarreю)

Вопрос 33. Болевой синдром при остром и хроническом панкреатитах. Локализация, характер, механизм, продолжительность и иррадиация болей. Клиническое значение.

Ответ. Панкреатит бывает острый и хронический. Основным симптомом острого панкреатита считают боль, ее выраженность. Боль носит постоянный характер с локализацией в эпигастральной и подреберных областях, может иррадиировать в спину, такая боль носит название боль опоясывающего характера. Она сопровождается тошнотой, рвотой вздутием живота. Боль усиливается в положении лежа, поэтому для ее облегчения пациенты принимают вынужденное положение с наклоном вперед (поза эмбриона). Возможны признаки раздражения брюшины и

«острого живота». Хронический панкреатит - это воспалительное заболевание поджелудочной железы, характеризующееся постепенным развитием фиброза ткани железы с прогрессированием недостаточности экзокринной и эндокринной функций. Хронический панкреатит обычно протекает с умеренными болями, сменяющимися периодами обострения, возникающими, как правило, после приема жирной пищи и алкоголя.

Вопрос 34. Болевой синдром при остром и хроническом холециститах. Локализация, характер, механизм, продолжительность и иррадиация болей. Клиническое значение.

Ответ. Холецистит - воспаление желчного пузыря. Выделяют острый и хронический. Острый холецистит характеризуется сильными постоянными болями в правом подреберье, которые возникают внезапно, нередко после воздействия провоцирующих факторов в виде приёма жирной, острой, пряной пищи, употребления алкоголя, эмоциональных переживаний, часто сопровождаются тошнотой и рвотой, не приносящими облегчения. Боль может иррадиировать в нижний угол правой лопатки, в правую надключичную область, в правую половину шеи. В то время как боли при хроническом холецистите могут быть выражены слабо, за исключением периодов обострения, которые протекают, как и при остром холецистите. Выявление подобного болевого синдрома у пациента позволяет предположить наличие у больного острого холецистита или обострение хронического.

Вопрос 35. Синдром желчной колики- жалобы, данные осмотра, пальпации, перкуссии. Результаты лабораторных и инструментальных исследований.

Ответ. Синдром желчной – проявление калькулезного холецистита. Развивается вследствие перемещения камня в шейку желчного пузыря или пузырьный проток. Жалобы на интенсивную боль в правом подреберье, с иррадиацией в правую лопатку, правую руку, правую ключицу. Тошнота, рвота провоцируемая приемом жирной и острой пищи и неприносящая облегчения. Может быть механическая желтуха. Положительный симптом Курвуазье. При развитии механической желтухи в биохимическом анализе крови повыше уровень прямого билирубина, моча цвета пива, кал обесцвеченный. Для подтверждения диагноза используют ультразвуковое исследование, рентгенконтрастные методы исследования (ретроградную холангиографию и холецистграфию).

Вопрос 36. Синдром гиперспленизма. Симптомы, механизм, диагностическое значение.

Ответ. Синдром гиперспленизма — уменьшение числа форменных элементов в периферической крови и увеличение их в красном костном мозге. Почти всегда сочетается со спленомегалией. Развивается при циррозе печени, внепеченочной портальной гипертензии. Может протекать бессимптомно. Жалобы на тяжесть в левом подреберье. При физикальном обследовании (перкуторно) выявляется увеличение размеров селезенки. При пальпации селезенки может определяться болезненность. В клиническом анализе крови выявляют анемию (чаще нормоцитарную или макроцитарную), лейкопению с нейтропенией и лимфоцитопенией, тромбоцитопению – панцитопению. Для дифференциальной диагностики с апластической анемией проводят пункцию костного мозга (стерильная пункция), в которой выявляют компенсаторную гиперплазию костного мозга.

Вопрос 37. Синдром портальной гипертензии. Жалобы, данные осмотра, пальпации, перкуссии. Результаты лабораторных и инструментальных исследований.

Ответ. Синдром портальной гипертензии развивается вследствие повышения давления в воротной вене из-за нарушения оттока из неё. По механизму формирования выделяют: пресинуоидальную (подпеченочный блок) из-за окклюзии воротной вены, синусоидальную (внутрипеченочный блок) из-за цирроза печени, и постсинуоидальную (надпеченочный блок) при окклюзии печеночных вен. Жалобы: увеличение живота, тупая постоянная боль в правом подреберье, не связанная с приемом пищи, или тяжесть там же, возможна рвота с кровью при разрыве варикозно-расширенных вен пищевода. Данные осмотра: асцит, «голова Медузы» — расширенные вены передней брюшной стенки. Перкуторно выявляется увеличение размеров печени и селезенки, признаки наличия свободной жидкости в брюшной полости, положительный симптом флюктуации. ФГДС позволяет выявить расширенные и извитые вены пищевода, ретрогектороманоскопия - расширение геморроидальных вен прямой кишки, ультразвуковое исследование – увеличение размеров печени и селезенки, признаки портальной гипертензии.

Вопрос 38. Циррозы печени. Клинические варианты. Симптоматология. Значение клинического, биохимического исследования крови для диагностики этого заболевания.

Ответ. Цирроз печени – заболевание характеризующееся узловой регенерацией печени (возникает в результате дистрофических и некротических изменений печёночной паренхимы), диффузным разрастанием в ней соединительной ткани и глубокой перестройкой архитектоники органа. Выделяют билиарный цирроз печени (первичный и вторичный), алкогольный цирроз печени. Жалобы: желтуха, диспепсия (тошнота, рвота), увеличение живота на фоне общего похудения, боль или тяжесть в правом подреберье, возможно рвота с кровью или мелена. Признаки печеночной энцефалопатии вплоть до развития печеночной комы. Клинический

анализ крови: анемия, лейкопения, тромбоцитопения. Биохимический анализ крови: повышение АЛТ, АСТ, ГГТП, гипопротеинемия, гипоальбуминемия, повышение уровня билирубина (конъюгированного и неконъюгированного), снижение уровня холестерина. Инструментальные методы исследования: УЗИ, КТ, пункционная биопсия печени.

Вопрос 39. Синдром печеночной недостаточности \ печеночная кома\ . Клинический симптомокомплекс.

Ответ. Синдром печеночно-клеточной недостаточности развивается при острых и хронических поражениях печени в результате резкого снижения количества функционирующих гепатоцитов. Он включает в себя печеночную энцефалопатию, отечно-асцитический и геморрагический синдромы и прогрессирующую желтуху. Печёночная энцефалопатия — синдром, объединяющий ряд потенциально обратимых неврологических и психоэмоциональных нарушений, возникающих в результате острых и хронических заболеваний печени или вследствие формирования сообщений (шунтов) между сосудами системы воротной вены и общей системы кровообращения (т.е. в обход гепатоцитов), что приводит к поступлению в кровь токсичных веществ из кишечника. Выделяют 4 стадии печеночной энцефалопатии. I стадия (продромальный период) — переходящие нарушения эмоциональной сферы, инверсия сна. II стадия — более глубокие нейropsychические нарушения (неадекватное поведение, круглосуточная летаргия), «хлопающий» тремор пальцев рук (астериксис). III стадия — прекома с выраженным нарушением сознания: сопор, дизартрия, патологические рефлексy, нарастание «хлопающего» тремора, дыхание Чейна-Стокса и Куссмауля; сладковато-ароматный запах изо рта (печёночный запах), быстрое уменьшение размеров печени, нарастание желтухи без зуда, геморрагический синдром, гипоальбуминемия, лихорадка. IV стадия — печёночная кома с характерной арефлексией.

Вопрос 40. Методика проведения общего и местного осмотра больного с заболеваниями гепатобилиарной системы. Диагностическое значение этого метода.

Ответ. Выделяют большие и малые печеночные признаки. К «малым» печеночным признакам относятся: сосудистые звездочки, петехиальные высыпания, гинекомастия у мужчин, контрактура Дюпиитрена, кольцо Кайзера-Флейшера, пальмарная эритема, ксантомы и ксантелазмы, К «большим» печеночным признакам относят желтуху, гепатоспленомегалию. Кроме того, при осмотре можно выявить увеличение размеров живота (за счет асцита) на фоне общего истощения (вплоть до кахексии) пациента, расширенные вены на передней брюшной стенке, пупочную грыжу, экскориации. Кроме того, при осмотре можем увидеть *facies alcoholicus*, гигантский паротит, отсутствие зубов, пародонтит.

Вопрос 41. Синдром желтухи. Виды желтух. Значение анализа крови, мочи, кала для диагностики желтух.

Ответ. Желтуха- большой печеночный признак, обусловленный повышением содержания в крови желчных пигментов и проявляющийся окрашиванием в желтый цвет слизистых оболочек склер и кожи. По механизму развития выделяют надпеченочную (гемолитическую), печеночную (парехиматозную) и подпеченочную (механическую) желтухи. Гемолитическая желтуха обусловлена высоким содержанием в крови неконъюгированного билирубина. Развивается в результате повышенного распада эритроцитов. Кожные покровы лимонно-желтого цвета. Зуда нет. Селезенка увеличена. В клиническом анализе крови понижение уровня эритроцитов, снижение гемоглобина. В биохимическом анализе крови повышение уровня непрямого билирубина. Кал и моча окрашены. Паренхиматозная желтуха развивается вследствие поражения гепатоцитов (гепатит, цирроз). Кожные покровы желтого цвета. Возможен зуд. В биохимическом анализе крови повышение уровня прямого и непрямого билирубина. Кал слабо окрашен, моча интенсивно окрашена. Механическая желтуха развивается вследствие закупорки желчных протоков (ЖКБ). Цвет кожных покровов темно-желтый, сильный зуд кожных покровов, экскориации. Кал обесцвечен цвета «оконной замазки» из-за отсутствия стеркобилина. Моча темного цвета «цвета пива», в моче выявляют прямой билирубин, уробилин отсутствует.

Вопрос 42. Лабораторные и инструментальные методы диагностики при сахарном диабете.

Ответ. УЗИ брюшной полости, ЭХОКГ, ЭКГ, глазное дно. сахар крови натощак, гликемический профиль, проба с сахарной нагрузкой, гликозилированный гемоглобин, инсулин крови. сахар в моче. кетоновые тела в крови и моче

Вопрос 43. Лабораторные и инструментальные методы диагностики при гипертиреозе.

Ответ. УЗИ щитовидной железы, сцинтиграфия щитовидной железы, биопсия, ЭХОКГ, ЭКГ. гормоны щитовидной железы Т3, Т4, ТТГ, АТ-ТГ

Вопрос 44. Лабораторные и инструментальные методы диагностики при гипотиреозе.

Ответ. УЗИ щитовидной железы, скintiграфия щитовидной железы, биопсия, ЭХОКГ, ЭКГ. гормоны щитовидной железы Т3, Т 4, ТТГ, АТ-ТГ

Вопрос 45. Клинические проявления постгеморрагической анемии: жалобы, осмотр. Лабораторная диагностика.

Ответ. Жалобы: слабость, недомогание, одышка. Осмотр: бледность кожных покровов и слизистых, тахикардия, снижение АД. Систолический шум на верхушке, шум *волчка*. Лаборатория: снижение уровня гемоглобина, эритроцитов, ЦП в норме или снижен. Возможно снижение уровня железа.

Вопрос 46. Клинические проявления железодефицитной анемии: жалобы, осмотр. Лабораторная диагностика.

Ответ. Жалобы: извращение вкуса и обоняния, выпадение волос, сухость кожи, дисфагия, изменения ногтей. Осмотр: бледность кожных покровов, сухая шелушащаяся кожа, колониии, стоматогингивит, кариес. Лаборатория: снижение уровня гемоглобина, эритроцитов, ЦП. Микроцитоз. Снижение уровня трансферрина, фкритина, сывороточного железа

Вопрос 47. Клинические проявления В12-дефицитной анемии: жалобы, осмотр. Лабораторная диагностика.

Ответ. Жалобы: лихорадка, слабость одышка, жжение кончика языка, фуникулярный миелоз. Осмотр: бледность кожных покровов, хантеровский глоссит, увеличение л/у, печени. Лаборатория: снижение уровня Нв, эритроцитов. ЦП повышен, макроцитоз. Обнаружение телец Жолли, колец Кэбота.

Вопрос 48. Клинические проявления хроническом миелолейкозе: жалобы, осмотр. Лабораторная диагностика.

Ответ. Жалобы: лихорадка, потливость, частые инфекции, увеличение лимфоузлов, геморрагии, оссалгии. Осмотр: бледность кожных покровов, увеличение л/у, печени, + симптом поколачивания по костям. Геморрагические проявления. Лаборатория: миелобласты в крови, повышение СОЭ, эозинфильно-базофильная ассоциация

Вопрос 49. Клинические проявления при хроническом лимфолейкозе: жалобы, осмотр. Лабораторная диагностика.

Ответ. Жалобы: лихорадка, потливость, боли в костях, в правом подреберье. Значительное увеличение л/у. одышка, желтуха. Геморрагии. Частые инфекции. Кожный зуд.. Осмотр: бледность, желтушность кожи, геморрагии. Большие плотные л/у.. Увеличенные болезненные печень и селезенка. Воротник Стокса. Портальная

гипертензия. Следы расчесов.. Лаборатория: в крови лимфобласты, тени Боткина-Гумпрехта, повышение СОЭ

Вопрос 50. Клинические проявления при остром лейкозе: жалобы, осмотр. Лабораторная диагностика.

Ответ. Жалобы: лихорадка, потливость. Боли в горле, костях, правом подреберье, геморрагические проявления, частые инфекции. Осмотр: бледность кожных покровов, геморрагии, увеличенные л/у, печень, селезенка. Некротическая ангина. Боли в костях при поколачивании. Лаборатория: в крови недифференцированные и низкодифференцированные клетки. Лейкемический *провал*.

Вопрос 51. Клинические проявления при лимфогранулематозе: жалобы, осмотр. Лабораторная диагностика.

Ответ. Жалобы: лихорадка, потливость, увеличенные л/у, кожный зуд, одышка. Осмотр: бледность, следы расчесов на коже, *пакеты* лимфоузлов, синдром Горнера. Инспираторная одышка, возможны желтуха, портальная гипертензия. Лаборатория: в крови и при биопсии л/у - ретикулобласты, клетки Березовскрго-Штенберга.

Вопрос 52. Болевой синдром при заболеваниях опорно - двигательного аппарата - типы болей, механизм их возникновения, диагностическое значение.

Ответ. Боль в суставах – артралгия – наиболее частый и важный симптом для больного. Детализируя данную жалобу необходимо уточнить следующее: локализацию боли – для чего больной должен сам указать локализацию боли и площадь ее распространения; иррадиацию болей; характер боли - ноющие, острые, стреляющие и др., интенсивность – слабые, умеренно – выраженные и сильные; чем провоцируется боль; чем купируется боль. Различают боли воспалительного типа – постоянные, различной интенсивности, могут быть в покое, усиливающиеся в начале движений и ослабляющиеся в конце движений или после гимнастических упражнений. Патогенез боли – накопление медиаторов воспалительных реакций, которые воздействуют на болевые рецепторы, располагающиеся в фиброзной капсуле, связках, сухожилиях, в стенке сосудов и вызывают боль. Диагностическое значение. Боли воспалительного типа характерны для артритов различного генеза: например - для ревматоидного, псориатического, реактивного артритов. Боли механического типа – непостоянные, различной интенсивности, появляется вместе с физической нагрузкой или после нее, к концу рабочего дня. Боль обусловлена механическим давлением на хрящ, раздражением синовиальной оболочки остеофитами. Причинами болей могут служить и обменные нарушения в костном

остове сустава (остеопороз, остеомалация). Уменьшаются боли после окончания нагрузки, в покое. Сюда относят и «стартовые» боли, возникающие в начале движений и уменьшающиеся при дальнейшей ходьбе. Диагностическое значение. Боли такого типа наблюдаются при артрозах, остеохондрозе, спондилезе позвоночника.

Вопрос 52. Методика выявления симптомов методом осмотра больных с заболеваниями органов движения.

Ответ. Метод осмотра больных с заболеваниями органов движения включает общий и местный осмотр. При общем осмотре можно выявить: поза просителя, изменение походки анталгическая, Тренделенбурга, утиная походка, genu varum, genu valgus, Hallus valgus, эритема лица в виде «бабочки», узловатая эритема, кольцевидная эритема, тофусы в области ушных раковин, суставов, ревматоидные узелки, ревматические узелки, изменение ногтей - симптом «наперстка», гелиотропная сыпь при дерматомиозите, гипотрофия, атрофия мышц, узелки Гебердена, Бушара, с-м «плавника моржа», «гусиной шеи» и др.

Каждый сустав в норме имеет присущую ему форму и ее запоминают зрительно. Симметричные суставы сравнивают друг с другом.

При местном осмотре можно выявить: изменение формы сустава, гиперемию кожи над пораженным суставом, наличие сыпи, узелков, тофусов и др. в области суставов, атрофию мышц. Изменение формы сустава может быть в виде дефигурации и деформации сустава. Понятие дефигурация суставов включает в себя сглаженность контуров суставов и припухлость суставов. Сглаженность контуров сустава - легкая степень этих изменений, обусловлена отеком синовиальной оболочки или капсулы сустава. Припухлость – более выраженные изменения внешнего вида сустава за счет выпота в сустав, воспалительного отека тканей. Деформация сустава – изменение формы сустава – обусловлена хроническим воспалительным процессом, подвывихами суставов, например при ревматоидном артрите, при артрозе суставов кисти.

Вопрос 53. Суставной синдром при ревматическом артрите: жалобы, осмотр, пальпация, исследование движений. Рентгенологические и лабораторные исследования в диагностике этого синдрома.

Ответ. Ревматический артрит – один из клинических вариантов острой ревматической лихорадки (ревматизма). Суставной синдром имеет ряд особенностей: характерно поражение крупных суставов, симметричность поражения, летучесть, т.е. воспалительные проявления стихают в одном суставе и начинаются в другом. Воспалительные изменения бесследно проходят после

купирования ревматического процесса. Расспрос. Жалобы: боль воспалительного типа - постоянные, ноющие, длительные. Отмечается «симптом простыни» – резкая болезненность от обычного прикосновения ткани к пораженному суставу. Лихорадка, слабость, жалобы со стороны сердца. В анамнезе прослеживается связь с стрептококковой инфекцией. Осмотр: деформация сустава в виде припухлости и выпот в полости сустава, гиперемия. Пальпация и исследование функции движений: болезненность суставной щели (капсулы), гипертермия, выпот в полости сустава, снижение объема активных и пассивных движений. В крови: лейкоцитоз, ускоренное СОЭ, появление С-реактивного белка. Специфические показатели: антитела к антигенным структурам стрептококка - ASO, антистрептокиназа, антигиалуронидаза. Рентгенологические данные: патология не выявляется.

Вопрос 54. Суставной синдром при ревматоидном артрите.

Ответ. При ревматоидном артрите чаще процесс начинается с симметричного поражения мелких суставов кистей и стоп. Расспрос. Жалобы: боль воспалительного типа - постоянные, ноющие, длительные; утренняя скованность; лихорадка; слабость. Осмотр: гиперемия кожи над суставами; деформация сустава в виде припухлости; наличие ревматоидных узелков. Пальпация и исследование функции движений: болезненность суставной щели (капсулы); гипертермия, выпот в полости сустава; стрессовый характер боли при движении; снижение объема активных и пассивных движений. В крови: лейкоцитоз, ускоренное СОЭ, появление С-реактивного белка. Специфические показатели: РФ, ЦИК, и др. Суставная жидкость: увеличение количества, появление мутности, снижение вязкости, рыхлый муциновый сгусток, белка более 6%, лейкоцитоз (более $6 \times 10^9/\text{л}$); нейтрофилёз (25-90%). Рентгенологические данные: околосуставной остеопороз, сужение суставной щели, эрозии, узур.

Вопрос 55. Суставной синдром при подагрическом артрите.

Ответ. Острый подагрический артрит – это воспаление сустава вследствие накопления кристаллов моноурата натрия в околосуставных тканях и их последующего высвобождения под действием провоцирующих факторов. Чаще всего поражает I плюснефаланговый сустав. Расспрос. Жалобы: резкие боли возникающие чаще внезапно ночью или рано утром, которые быстро нарастают, становятся крайне интенсивными. Отмечается «симптом простыни» – резкая болезненность от обычного прикосновения ткани к пораженному суставу; локальный отек и гиперемия; лихорадка. Осмотр: деформация сустава в виде припухлости; гиперемия кожи над суставом, кожа приобретает блестящий «глянцевый» вид; наличие тофусов в области локтей, первых пальцев стоп, ушных раковин. Пальпация и исследование функции движений: болезненность суставной

щели (капсулы); гипертермия; снижение объема активных и пассивных движений. В крови: лейкоцитоз, ускоренное СОЭ, появление С-реактивного белка. Специфические показатели: повышение уровня мочевой кислоты. Суставная жидкость: определение уратов («золотой стандарт») в синовиальной жидкости с помощью поляризационной микроскопии. УЗИ сустава: визуализируются «двойной контур» сустава, картина «метели» в синовии. Иногда просматриваются тофусы, имеющие вид гетерогенных гиперэхогенных повреждений с анэхогенными краями.

Вопрос 56. Суставной синдром при анкилозирующем спондилоартрите (болезни Бехтерева).

Ответ. Расспрос. Жалобы: боли – цервикалгия, дорсалгия, люмбалгия, сакралгия – постоянные, ноющие, ночные, длительные; боли в грудной клетке при дыхании; утренняя скованность в позвоночнике. Осмотр: поза просителя, ограничение объема движений в шейном, грудном, поясничном отделах позвоночника (положительные симптомы подбородок – грудина, Форестье, Отта, Шобера, Томаера); положительные симптомы Кушелевского I, II, III. Пальпация: олезненность в области пояснично-крестцовых сочленений, болезненность паравертебральных зон, остистых отростков при поколачивании. В крови: ускоренное СОЭ, СРБ (+), HLA – B27(+). Рентгенологические данные: выпрямление шейного, поясничного лордоза, усиление грудного кифоза, оссификация связок, анкилозирование позвонков

Вопрос 57. Методика исследования объема движений в суставах верхних и нижних конечностей. Диагностическое значение симптомов - анкилоз, контрактура, паралич, парез, симптом бамбуковой трости.

Ответ. Активные движения в суставах совершает сам больной произвольно сгибая и разгибая суставы. Пассивные движения в исследуемом суставе совершает исследователь при полном мышечном расслаблении больного. Исследование функции суставов кисти и лучезапястного сустава. О функции кисти можно судить, если попросить больного крепко сжать кулак - «кистевой захват». Затем исследуют «щипковый хват». Для этого пациент должен дотронуться кончиком каждого пальца до кончика большого пальца этой же руки. Исследование грудинно-ключичного сустава. Положив 2-4 пальцы руки на грудинно-ключичный сустав, просят больного подвигать суставом, пожимая плечами вверх. Исследование плечевого сустава. Просят больного заложить руки за голову, при этом оценивается – отведение, приведение, наружная ротация и сгибание в плечевом суставе. Затем больного просят заложить руки за спину, при этом оценивается внутренняя ротация, отведение и разгибание в плечевом суставе. В норме при выполнении этих упражнений исследуемый боли не испытывает. Если же появляется боль при первых

2-х упражнениях, то оценивают «дугу болезненности». Просят больного медленно поднять руку через сторону и так же медленно ее опустить. Исследование локтевого сустава. В норме объем движений: сгибание –45 гр., разгибание 180 гр., супинация и пронация –140гр. Исследование тазобедренного сустава. При выявлении патологии т/б сустава обращают внимание на изменение походки (анталгическая, Тренделенбурга, утиная), появление хромоты. В т/б суставе в норме возможны: сгибание при согнутом колене –на 120 гр., при разогнутом – на 90 гр., отведение наружу – и кнутри на 40 гр., ротация на 30гр, разгибание – на 10 гр. К патологической подвижности коленного сустава приводит поражение крестообразных связок и появлению с-ма «выдвижного ящика. Исследование стопы и голеностопного сустава. Исследуют сгибание, разгибание, наружная и внутренняя ротация. Подвижность г/ст. сустава: сгибание –20, разгибание –45 гр. Пронация, супинация стопы –20-30гр. Анкилоз – это абсолютная потеря подвижности сустава. В большинстве случаев развивается на фоне перенесенных ранее травм или прогрессирующих заболеваний. Контрактура — ограничение движений в суставе, то есть состояние, при котором конечность не может быть полностью согнута или разогнута в одном или нескольких суставах, вызванное рубцовым стягиванием кожи, сухожилий, заболеваниями мышц, сустава, болевым рефлексом и другими причинами. Парез — снижение силы мышц, обусловленное поражением двигательного пути нервной системы или периферического нерва. Полное отсутствие произвольных движений мышц. Паралич – полная утрата движений в одной или нескольких частях тела, потеря мышц или группой мышц мышечной силы, неспособность к выполнению движений. «Бамбуковая палка» – изображение позвоночника на рентгенограмме, обусловленная оссификацией межостных связок.

Вопрос 58. Основные симптомы, выявляемые при осмотре больных с заболеваниями эндокринной системы.

Ответ. Осмотр. Голос больного не изменен/изменен (низкий, грубый).

Диабетический рубец – нет/есть. Наличие кожных изменений: дермопатия, бактериальные и грибковые инфекции кожи, стрии и др. Наличие локальной/диффузной гиперпигментации, стрий – нет/есть. Распределение подкожно-жирового слоя по мужскому типу/женскому типу. Кушингоидное ожирение – нет/есть. Характер оволосения по мужскому/женскому типу. Увеличение отдельных частей лица и тела (нос, подбородок, кисти, стопы и др.) – нет/есть. Гинекомастия у мужчин - нет/есть, односторонняя/двусторонняя. Тремор пальцев рук, век, языка – нет/есть. Щитовидная железа. Осмотр. Область щитовидной железы не изменена/изменена. Симптом «толстой шеи» – нет/есть. Глазные симптомы: экзофтальм, Штельвага, Дельримпля, Йелленека, Кохера, Грэфе, Мебиуса, Жофруа – нет/есть. Симптом Мари – нет/есть. Симптом «телеграфного столба» – нет/есть. Тиреоидная акропахия – изменение ногтей,

пальцы «барабанные палочки», ногти «часовые стекла». Претибиальная (прерадиальная) микседема - нет/есть.

Вопрос 59. Клиническая картина сахарного диабета. Расспрос. Осмотр.

Ответ. Расспрос. Жалобы на постоянную жажду, чувство голода, полидипсию, полиурию, полифагию, слабость, похудание, кожный зуд. В анамнезе указание на наличие сахарного диабета у ближайших родственников. Осмотр. Кожные покровы сухие, тургор снижен. Шелушение, трофические изменения, язвы. Ксантомы, ксантелазмы. Фурункулез, микозы. Диабетический рубец. Снижение массы тела при диабете 1-го типа. Повышение массы тела при диабете 2-го типа, абдоминальное ожирение. Гипотрофия, атрофия мышц.

Вопрос 60. Осложнения сахарного диабета: микроангиопатии и макроангиопатии.

Ответ. Диабетическая микроангиопатия – развивается вследствие индукции конечными продуктами гликирования окислительного стресса, эндотелиальной дисфункции и хронического воспаления, проявляется нарушением проницаемости сосудов, повышением их ломкости, повышением склонности к тромбозам, к развитию атеросклероза сосудов; диабетическая энцефалопатия – изменения психики и настроения, эмоциональная лабильность или депрессия; диабетическая офтальмопатия – раннее развитие катаракты (помутнения хрусталика), ретинопатии (поражения сетчатки); диабетическая нефропатия – поражение почек с появлением белка и форменных элементов крови в моче, а в тяжелых случаях – развитие почечной недостаточности; диабетическая полинейропатия – полиневриты периферических нервов, боли по ходу нервных стволов, парезы и параличи; Диабетическая макроангиопатия, развивающаяся на фоне нарушения липидного обмена. Клиника атеросклероза, ИБС. Коронарные боли, характерные изменения ЭКГ, ЭХОКГ, симптомы недостаточности кровоснабжения головного мозга, конечностей.

Вопрос 61. Осложнения сахарного диабета: гипоккома и гиперкома.

Ответ. Гипогликемическая кома. Резкое снижение уровня глюкозы в крови, которое возникает из-за избытка инсулина. Обычно так бывает, если человек ввёл неправильную дозу инсулина или произошла передозировка сахароснижающими препаратами, принял недостаточное количество углеводов. Развитие комы быстрое. Жалобы на ощущение сильного голода, дрожь в теле, слабость, потливость, головокружение, размытое зрение. Объективно. Беспокойство, возбуждение, переходящее в сопор и кому. Дыхание нормальное. Кожа влажная, тургор нормальный. Язык влажный. Тонус глазных яблок нормальный или повышен.

Гликемия низкая. Глюкозурии, кетонемии, кетонурии нет. Гипергликемическая кома. Резкое повышение уровня глюкозы в крови, которое возникает из-за недостатка инсулина. Жалобы на сильную жажду, отсутствие аппетита, сухость во рту, рвоту, частые позывы к мочеиспусканию, полиурию, слабость. Развитие комы постепенное. Объективно. Постепенная потеря сознания. В выдыхаемом воздухе чувствуется запах ацетона. Глубокое дыхание Куссмауля. Кожа сухая, тургор снижен. Язык сухой, обложен. Тонус глазных яблок снижен. Гликемия высокая. Глюкозурия есть. Кетонемия, кетонурия есть.

Вопрос 62. Лабораторные и функциональные методы исследования при заболеваниях почек (общий анализ мочи, проба Зимницкого, Нечипоренко).

Ответ. ЛАБОРАТОРНЫЕ МЕТОДЫ. ИССЛЕДОВАНИЯ МОЧИ.

Условия сбора мочи: 1) Утренняя порция мочи; 2) Средняя порция струи; 3) Микроскопирование проводится не позднее 2-х часов; а в случае низкого удельного веса (1,010) — непосредственно после сбора мочи; 4) У женщин при подозрении на патологию со стороны почек мочу желательно брать катетером; 5) Перед сбором мочи — тщательный туалет промежности.

Нормальная моча. Нормальная моча представлена единичными в поле зрения лейкоцитами (1-2 лейкоцита у женщин, 0-2 лейкоцита у мужчин).

Лейкоцитурия это увеличение количества лейкоцитов свыше нормы. А увеличение до цифр 60-100 лейкоцитов в поле зрения носит название пиурии или гной в моче.

Методы выявления лейкоцитурии: Общий анализ мочи; Анализ мочи по Нечипоренко; Анализ по Аддису-Каковскому; Трехстаканная проба; Изучение морфологии лейкоцитов мочи; Клетки Штернгеймера-Мальбина (активные лейкоциты); Провокационные пробы (преднизолоновый тест).

Лейкоцитурия (пиурия) характерна для следующих заболеваний:

- Воспалительные заболевания в почках и мочевыводящих путях (карбункул почки, апостематозный нефрит, пиелонефрит, цистит, уретрит).

Определение форменных элементов по Нечипоренко.

В 1 мл утренней свежесобранной средней порции мочи определяется количество лейкоцитов, эритроцитов и цилиндров.

Соотношение форменных элементов: лейкоцитов не более 4 000; эритроцитов не более 1000; цилиндров — нет.

Метод Каковского-Аддиса (количественный).

Проводится сбор мочи в течение суток с последующим определением форменных элементов в суточном количестве мочи.

В норме у здорового человека в сутки выделяется: лейкоцитов до 2 000 000; эритроцитов до 1 000 000; цилиндров до 2 000.

Оценка проведенного исследования по Каковскому-Аддису:

- Острый и хр. гломерулонефрит (гематурическая форма) — количество эритроцитов (сотни миллионов/сут);
- Острый пиелонефрит - количество лейкоцитов (миллиарды/сутки);

- Нефротический синдром (амилоидоз почек и др.) — количество цилиндров (сотни тысяч/миллионов в сутки).

Трехстаканная проба. Необходима для дифференциальной диагностики между гематурией и лейкоцитурией. Пациентом моча последовательно выделяется в три сосуда.

Оценка пробы:

1. Обнаружение в 1-ой порции мочи эритроцитов и лейкоцитов будет свидетельствовать о поражении мочеиспускательного канала;
2. При наличии форменных элементов во 2-ой порции — мочевого пузыря;
3. В случае равномерно кровавой или мутной мочи речь идет о других местах поражения мочевыделительной системы (мочеточники, почки).

ГЕМАТУРИЯ — это выделение эритроцитов с мочой. У здоровых они встречаются как единичные в поле зрения.

Виды гематурии: 1. Макрогематурия — моча в виде «мясных помоев» (более 1 мл крови на 1 литр мочи); 2. Микрогематурия — цвет визуально мочи не изменен, при микроскопии мочи менее 10 эритроцитов в поле зрения; 3. Ложная гематурия — к моче примешивается кровь из половых органов.

Причины макрогематурии: 1. острый гломерулонефрит; 2. камень мочеточника; 3. травма почки; 4. инфаркт почки; 5. рак паренхимы почки; 6. острый лейкоз, тромбоцитопения, гемофилия; 7. передозировка антикоагулянтов (гепарин, синкумар и др.).

В зависимости от места выделения различают:

0) эритроциты — свежие, которые сохранили пигмент (внепочечная гематурия).

Это заболевания мочевыводящих путей: мочеточниковая колика при почечнокаменной болезни, туберкулез мочевого пузыря и лоханок, гипертрофия простаты, поликистоз почки.

2) эритроциты — измененные, потерявшие пигмент, сморщенные, разбухшие, с неровными краями.

Последнее встречается: 1. острый и хронический гломерулонефрит; 2. инфаркт почки; 3. гипернефрома; 4. туберкулез почки.

ЦИЛИНДРОУРИЯ

Цилиндроурия — это выделение цилиндров с мочой.

Цилиндры могут быть: Клеточные (лейкоцитарные, эритроцитарные, эпителиальные); Зернистые (при поражении почечной паренхимы); Восковидные (при значительной протеинурии — амилоидоз почек, при нефротическом варианте хронического гломерулонефрита).

Неорганизованный осадок: 1. Плоский эпителий — встречается при поражении мочевых путей; 2. Эпителий почечный — при поражении почечных канальцев;

3. Атипичные эпителиальные клетки — обнаруживаются при опухолях мочевых путей.

БАКТЕРИИ

Выделение бактерий с мочой носит название бактериурии. В норме количество бактерий у здоровых лиц не превышает 50 000 в 1 мл (эти бактерии представлены передним сегментом уретры). При заболеваниях почек и мочевыводящих путей воспалительной природы количество бактерии достигает 100 000 в 1 мл. К достоверным способам определения инфекции в мочевыделительной системе относят:

- посев мочи на патогенную микрофлору с последующим определением чувствительности флоры к антибиотикам.

ГРИБЫ

Обнаружение грибов типа *Candida* в моче будет свидетельствовать о наличии дисбактериоза. Обычно это наблюдается при длительном применении антибиотиков.

Сахар в моче.

При выделении сахара с мочой говорят о гликозурии. В норме у здорового человека сахара в моче нет. Гликозурия возникает при повышении уровня сахара больше 16-18 г/л. Причиной возникновения глюкозурии является ограниченная способность канальцев реабсорбировать глюкозу.

Виды гликозурии: Временная (стресс, алиментарная, введение адреналина); Постоянная (сахарный диабет, гипер- и гипосекреция гормонов — введение АКТГ, глюкокортикостероидов, адреналина, тироксина); При сморщенной почке возникает гипергликемия без гликозурии. Это обусловлено нарушением фильтрации глюкозы через склерозированные клубочки;

Гликозурия без гипергликемии (почечный диабет) при сниженной способности канальцевого эпителия реабсорбировать глюкозу.

Выявление белка в моче.

У здорового человека моча не содержит белка. Выделение белка с мочой носит название протеинурии. В этих случаях качественные пробы на белок становятся положительными.

Протеинурия

Виды протеинурии: А) почечная (функциональная, органическая); Б) внепочечная (причиной этого вида протеинурии является белковые примеси при заболеваниях мочевых путей). Белковыми примесями могут быть: распавшиеся клетки, воспалительный экссудат.

Функциональная протеинурия: транзиторная (лихорадка, стресс, бег, повышенная мышечная работа); ортостатическая. Она возникает при переходе в вертикальное положение в условиях измененной почечной гемодинамики и при анатомическом нарушении клубочков.

Застойная. Эта форма имеет место у больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

Органическая протеинурия.

Причинами органической протеинурии являются поражения канальцевого и клубочкового аппарата почек: острый и хронический гломерулонефрит; амилоидоз почек и др.

ИССЛЕДОВАНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК

Относительная плотность мочи.

Информацию о концентрационной функции почек дает относительная плотность мочи. Последняя пропорциональна концентрации растворенных в ней веществ (мочевая кислота, креатинин, соли). В норме относительная плотность мочи составляет 1020-1026.

Для оценки относительной плотности мочи используется проба Зимницкого.

Выполнение пробы.

1. Количество выпитой жидкости не должно превышать 1 литр.
2. Собирается 8 порций мочи (т.е. через 3 часа) в течение суток с определением относительной плотности мочи или удельного веса.

Проба дает возможность определить следующие параметры функционального состояния почек:

1. Вычислить величину суточного диуреза, а также ночного и дневного диуреза;
2. Провести сравнительную оценку величины относительной плотности мочи в различных порциях.

Для оценки азотовыделительной функции почек используют содержание креатинина, мочевины в сыворотке крови и скорость клубочковой фильтрации.

Наибольшее значение имеет определение креатинина в сыворотке крови. У мужчин среднего возраста - 88-132 мкмоль/л. У женщин среднего возраста — около 100 мкмоль/л.

Клубочковая фильтрация

У здорового человека величина клубочковой фильтрации составляет 120-130 мл/мин. Она отражает количество первичной мочи, образующейся из крови в течение определенного участка времени.

Клиренс креатинина определяется с помощью реакции Кокрофта-Гаулта=

$$= 140 - \frac{\text{возраст}}{\text{годы}} \times \frac{\text{масса тела (кг)}}{72}$$

Креатинин (мкмоль/л) $\times 72$ (муж)

Для женщин концентрация креатинина умножается на 0,85.

ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПОЧЕК.

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ.

1. Обзорная рентгенография живота (включает в себя рентгенографию почек, мочеточников, мочевого пузыря). С её помощью в некоторых случаях у астеничных людей можно выявить расположение, контуры и размеры почек, а также наличие камней (коралловидных).

Экскреторная внутривенная урография.

После внутривенного введения контрастного вещества (натрий амидотриозат) можно контрастировать: тени почек; чашечно-лоханочную систему; мочевыводящие пути.

Кроме того, с помощью этого метода можно сделать выводы:

- О функциональном состоянии ПОЧЕК;
- Их размерах и контурах.

Тени почек у взрослых расположены (в норме):

- на уровне XI грудного - III поясничного позвонка.

Тени лоханок:

- на уровне II поясничного позвонка. Правая почка располагается ниже левой и более подвижна.

Последовательность снимков при урографии:

1. Обзорная урограмма (до введения контрастного вещества) — несет информацию о наличии камней в почках, мочеточниках и мочевом пузыре, позволяет оценить костные структуры;
2. 1-я минута (после введения контрастного вещества) — на нефрограмме визуализируется почечная паренхима;
3. 5-я минута — ранняя визуализация верхних мочевыводящих путей (чашечки, лоханка, верхняя треть мочеточника);
4. 5-20-я минуты — поздняя визуализация, должна включать нижние трети мочеточников и мочевого пузыря;
5. Отсроченные снимки — для определения уровня обструкции при гидро-нефротической трансформации почки.

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ.

1. Диагностические ультразвуковые аппараты работают с частотой 3-15 МГц. Они обеспечивают двухмерное клинически значимое изображение при заболеваниях, таких как: кисты почек, опухоли почек, раке предстательной железы, доброкачественной гиперплазии предстательной железы, а также камни включая их локализацию в почках, мочеточниках, мочевом пузыре и предстательной железе.
2. Доплеровские исследования позволяют определить состояние кровотока в сосудах семенного канатика.

РАДИОЦИОННЫЕ МЕТОДЫ

Радионуклидная ренография.

В основе этого метода лежит способность почек экскретировать радионуклидные гамма-излучающие препараты, которые вводятся внутривенно. Гамма-лучи улавливаются внешней гамма-камерой с последующим компьютерным анализом.

Исследование выполняется с целью:

1. определения функции каждой почки в отдельности (ранний нефросклероз);
2. состояния почечного кровотока (выраженность стеноза почечных артерий);
3. выявления обструкции мочевых путей.

АНГИОГРАФИЯ

1. Почечная ангиография

После введения в почечную артерию контрастного вещества проводят серии снимков.

Показания: 1) Стеноз почечной артерии; 2) Кровотечение; 3) Опухоли почек; 4) Выполнить баллонную дилатацию; 5) Ввести стент в почечную артерию и устранить кровотечение.

Почечная венография.

С помощью катетера через бедренную артерию и нижнюю вену диагностируют тромбоз почечных вен. Как ангиография, так и венография имеют существенный недостаток – при введении контрастного вещества и при наличии атеросклероза может развиваться холестериновая эмболия.

МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ.

Основой магнитно-резонансного исследования (МРИ) является химический элемент — водород. Сильный магнит упорядочивает атомы водорода в ткани, подлежащей исследованию. Возбужденные атомы выстраиваются вдоль оси магнитного поля и продуцируют электрический сигнал, который принимается в кольцевидном приемнике. Затухание сигнала по мере возвращения атомов в состояние равновесия постоянно регистрируется. Возвращение к равновесию называется магнитной релаксацией и является уникальной характеристикой каждого вида ткани.

Применение МРИ:

1. Определение стадии почечно-клеточного рака;
2. При объемных образованиях почек у пациентов с азотемией, которым нельзя вводить йодсодержащие контрастные препараты.
3. Для диагностики обструкции (обнаружение камней).

Компьютерная томография.

Применяется для диагностики объемных поражений почек, забрюшинного пространства, надпочечников.

БИОПСИЯ ПОЧКИ.

Применяются два способа: 1. Пункционная чрескожная биопсия почки с помощью специальной пункционной иглы; 2. Через операционный разрез (так называемая полуоткрытая биопсия).

Цель исследования: 1. Уточнение диагноза гломерулонефрита (гистологического морфологического); 2. Уточнение диагноза амилоидоза.

Биопсия слизистой оболочки десны и прямой кишки также может подтвердить диагноз амилоидоза.

Вопрос 63. Механизм образования отеков у почечных больных. Способы выявления отеков, их характеристика, контроль за их динамикой. Виды, характеристика. Диагностическое значение.

Ответ. ОТЕКИ Классификация почечных отеков: 1. Нефритические; 2. Нефротические; 3. Кахексические.

1. Нефритические (появляются в начале острого гломерулонефрита), из-за снижения почечного кровотока и клубочковой фильтрации происходит задержка жидкости в организме. Это приводит к увеличению объема циркулирующей крови и повышению артериального давления. В первую очередь отекают ткани, богатые сосудами и рыхлой клетчаткой. Формирование отека происходит быстро, это ткани лица, иногда нижние и верхние конечности.

2. Нефротические (амилоидоз, нефротическая форма хронического гломерулонефрита и др.):

- Отек развивается постепенно. После ночного отдыха вначале появляется отеки на лице.

- *Facies nephritica* (почечное лицо): одутловатое, веки отечны, глазные щели сужены, кожа бледная ("восковая бледность").

- Соответственно закону гидростатического давления отеки распространяются по всей подкожной клетчатке, при этом растягивая кожу вплоть до образования *striae*.

3. Кахексические: 1) Встречаются при опухолях почек; 2) Механизм развития отеков — гипопропротеинемический; 3) Напоминают по внешнему виду нефротические, но при пальпации более плотные

Вопрос 64. Мочевой синдром при заболеваниях почек: характеристика и диагностическое значение.

ПОЛИУРИЯ — это увеличение суточного количества мочи более 2000 мл.

Механизм:

1. Уменьшение реабсорбции в канальцах почек, профильтровывавшихся веществ (салурез);

2. Уменьшение реабсорбции в канальцах почек воды (диурез).

Классификация полиурии:

А) Почечная (хронический нефрит, хронический пиелонефрит, почечный артериосклероз и др.);

Б) Внепочечная (обильное питье — физиологическая, сходжение сердечных и почечных отеков, при несахарном и сахарном диабете, гиперальдостеронизме, энцефалите за счет повышения возбудимости центра жажды и др.).

ОЛИГОУРИЯ — это уменьшение количества выделенной мочи за сутки менее 500 мл.

Классификация:

А) Почечная («сулемовая почка», острый гломерулонефрит и др.);

Б) Внепочечная (при ограничении жидкости, при усиленном потоотделении, при частой рвоте и поносе, в период декомпенсации у сердечных больных, при нахождении в сухом и жарком помещении, при шоке с падением артериального давления и др.).

АНУРИЯ — это полное прекращение отделения мочи (менее 50 мл). Следует отличать задержку мочи от анурии. При анурии мочевого пузыря пуст в отличие от задержки мочи.

КЛАССИФИКАЦИЯ:

А. Предпочечная — возникает при снижении притока крови к почкам (падение артериального давления ниже 80 мм рт. {имеется в виду систолического давления}, тромбоз и сдавление почечных артерий, тяжелая недостаточность кровообращения, большая кровопотеря);

Б. Почечная (секреторная): 1. гломерулонефрит; 2. переливание несовместимой группы крови; 3. туберкулез почек; 4. отравление сулемой и другими нефротоксическими ядами; 5. тяжелая форма сердечной недостаточности.

В. Субренальная или экскреторная (обструктивная). Последняя возникает при наличии препятствия в мочевыводящих путях (двусторонняя закупорка камнем, прорастание злокачественной опухолью, обструкция мочеточника единственной функционирующей почки).

ИШУРИЯ.

Различают острую и хроническую форму. При острых формах Ишурии боли возникают в надлобковой области с сильными и частыми позывами. Больные вынуждены принимать различные положения, не находят себе места, чтобы выпустить мочу. При хронической форме больной, как правило, спокоен, хотя имеется значительное переполнение мочевого пузыря. А позывы при некоторых заболеваниях (поражение центральной нервной системы) могут отсутствовать или слабо выражены.

Причинами ишурии могут быть:

- 1) сдавление или повреждение спинного мозга;
- 2) бессознательное состояние, мозговые кровоизлияния;
- 3) воспалительные заболевания и опухоли органов малого таза;
- 4) заболевания предстательной железы, камни, стриктуры;
- 5) при тяжелых заболеваниях.

ПОЛЛАКИУРИЯ — это учащенное мочеиспускание. В норме у здорового человека 4-7 раз (мочеиспусканий) в сутки, ночью не более 1 раза.

Причинами поллакиурии могут быть:

1. Цистит (воспаление мочевого пузыря и предстательной железы (простатит);
2. Наличие камней в мочевом пузыре и аденома предстательной железы;
3. Уменьшение емкости мочевого пузыря (новообразование, сморщивание при хроническом цистите)

НИКТУРИЯ — количество выделенной мочи ночью больше, чем днем (в норме дневной диурез в 3-4 раза превышает ночной). Улучшение во время сна (ночью) работы системы кровообращения приводит к выделению большего количества

мочи. Это больные с сердечной декомпенсацией, хроническим гломерулонефритом, хроническим пиелонефритом, нефросклерозом.

СТРАНГУРИЯ — это затрудненное и болезненное мочеиспускание небольшими порциями (каплями). Отмечаются ложные позывы на мочеиспускание и ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря. Болезненные ощущения возникают из-за спазматического сокращения мочевого пузыря.

Причины: различные патологические процессы в области шейки мочеиспускательного канала и в области шейки мочевого пузыря.

Изменение цвета мочи.

1. Красный цвет или т.н. «мясные помои» - макрогематурия (когда более 1 мл крови в 1 литре мочи).

Эта патология встречается: острый гломерулонефрит; почечно-каменная болезнь; опухоль почки и мочевого пузыря; инфаркт почки.

2. Коричневый (цвет «мюнхенского пива»). Цвет меняется за счет желчных пигментов (билирубин и уробилин). Встречается при паренхиматозной (болезнь Боткина) и механической желтухе.

3. Буро-красный или черный за счет миоглобина.

Встречается: а) при синдроме длительного раздавливания или «краш-синдроме»; б) лизис (разрушение) эритроцитов при гемолитической анемии.

4. Мутного или беловато-молочного цвета. В моче имеется большое количество лейкоцитов (абсцесс почки, воспаление лоханок, туберкулез почки или/и большое количество различных солей при почечно-каменной болезни).

5. Красноватый цвет. Наблюдается при приеме лекарств (пирамидон, рифампицин, и др.), овощи (морковь, свекла).

6. Синеватый цвет. Встречается при приеме красок (морилка, метиленовая синька и др.).

7. Зеленоватого цвета: встречается при приеме александрийского листа, ревеня.

Изменение запаха мочи.

1. Фруктовый запах. Встречается при наличии кетоновых тел в моче при сахарном диабете.

2. Гнилостный запах. Наблюдается при процессах гниения или гангренозном процессе в мочевом пузыре.

3. Аммиачный запах. Имеет место при распадающихся раковых опухолях и тяжелых циститах.

4. Каловый запах. Встречается при наличии пузырно-ректального свища.

5. Зловонный запах. Обнаруживается при употреблении большого количества чеснока, спаржи и хрена.

Жалобы, неспецифические, связанные с почечными синдромами. 1. Синдром артериальной гипертензии.

Жалобы: на головокружения; головные боли; одышку; снижение остроты зрения. 2. Синдром анемии.

Жалобы: на слабость; обмороки, мушки перед глазами; сердцебиения одышка.

3. Синдром почечной недостаточности.

Жалобы на плохой сон, кожный зуд, неприятный запах изо рта, тошноту, рвоту и понос:

Вопрос 65. Синдром почечной колики: клиническая симптоматология, методы диагностики.

Ответ. СИНДРОМ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКИ- синдром, наблюдающийся при ряде заболеваний почек, основное проявление которых — острые боли в поясничной области.

Этиология и патогенез.

Причинами колики бывают почечнокаменная болезнь, гидронефроз, нефроптоз, обструкция мочеточника сгустком крови, казеозными массами при туберкулезе почек, опухолью, а также поликистоз почек. Ведущая роль в развитии боли принадлежит спазму мочевых путей с их ишемией, растяжению фиброзной капсулы почки и лоханочно-почечному рефлюксу.

Жалобы: боли чаще всего возникают внезапно после интенсивной физической нагрузки (бег, ходьба); после приема большого количества жидкости (пива); езда по тряской дороге.

Чаще всего боли локализуются в поясничной области. Наряду с этой локализацией боли могут быть и в животе (иногда напоминая острый аппендицит) или в области правого или левого подреберья. Локализация боли зависит от уровня поражения мочеточника. Боли носят режущий, острый характер. Сопровождаются учащенными позывами к мочеиспусканию.

Отмечаются периоды затишья и обострения.

Жалобы: Боли иррадиируют по ходу мочеточника в сторону мочевого пузыря и половых органов, в живот и в подреберье; Изменение цвета мочи — красный («мясные помои») из-за прохождения камня по слизистой мочеточника; Редко может наблюдаться рефлексорная анурия.

История настоящего заболевания:

0. Установить связь с подагрой, травмами почек и др.;

1. Уточнить возможное наличие в прошлом заболеваний почек и мочевыводящих путей: пиелонефрит, цистит, а также симптомов, подозрительных на таковые — кровавая моча, дизурические явления.

Клиническое исследование.

Общий осмотр.

Положение больного в постели: вынужденное — больные мечутся в постели, все время меняя положение. Кожные покровы — обычные. Отеки, изменения языка, судороги — отсутствуют.

Местный осмотр.

Осмотр брюшной стенки: при прохождении камня по мочеточнику может наблюдаться рефлекторное вздутие живота, задержка стула (дефекация).

Перкуссия.

Поясничная область.

Симптом Пастернацкого положительный.

Анализ мочи.

Обнаруживаются эритроциты и белок. Нередко камень выделяется наружу с мочой.

Инструментальные исследования.

1. Обзорная рентгенограмма органов брюшной полости (камни фосфаты, оксалаты, карбонаты) — при диаметре камня больше 5 мм.

0. УЗИ — расширение чашечек, лоханок и мочеточников.

1. Внутривенная экскреторная урография (уратные или рентгеногегативные камни).

2. КТ необходима при дифференциальной диагностике между камнями.

Вопрос 66. Характеристика нефротического синдрома: клиническая симптоматология, методы диагностики.

Ответ. НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ: ОТЕЧНЫЙ.

Основные (типичные) жалобы: Массивные и упорные отеки (характерно их медленное нарастание); нередко эта жалоба является основной и единственной; может иметь место быстрая утомляемость, общая слабость.

Роль анамнеза в диагностике синдрома: 1. Хр. гломерулонефрит; 2. Системные заболевания (геморрагический васкулит и др.); 3. Амилоидоз и сахарный диабет; 4. Лекарственные поражения почек; 5. Повышение венозного давления.

Общий осмотр

1. Положение больного в постели: активное.

2. У части больных из-за выраженной одышки положение может быть вынужденное - сидячее или полусидячее. Это больные с резко выраженным отечным синдромом, массивным выпотом в плевральную полость, брюшную полость и серозные оболочки сердца.

Характерный вид больного:

1) Кожные покровы: кожа бледная ("восковая бледность").

Общий осмотр.

Отеки располагаются в тех местах, где расположена рыхлая подкожная клетчатка. Это область век, лица, поясничной области, половых органов. Соответственно закону гидростатического давления отеки распространяются по всей подкожной клетчатке, при этом растягивая кожу вплоть до образования полос т.н. striae. Лучше всего отеки видны на лице.

Facies nephritica (почечное лицо): одутловатое, веки отечны, глазные щели сужены.

Патогенез отеков:

1. Повышение проницаемости стенки капилляров для белков плазмы из-за потери отрицательного заряда гломерулярным фильтром;

2. Тяжелая протеинурия (альбуминурия) ведет к уменьшению коллоидно-осмотического давления крови и аккумуляции жидкости в интерстициальных тканях;

3. Задержка ионов натрия и воды также возникает за счет увеличения секреции альдостерона и антидиуретического гормона, а также и уменьшения секреции натрийуретического пептида (атриального пептида).

Местный осмотр

1. При осмотре поясничной области, осмотре брюшной стенки и надлобковой области могут иметь место массивные отеки.

Пальпация.

Артериальное давление не изменено и даже может быть понижено. Поэтому признаков гипертрофии и перегрузки левого желудочка не отмечается. При развитии массивных отеков выявляется свободная жидкость (транссудат) во внутренних органах и серозных полостях. Симптом Пастернацкого, как правило, отрицательный с обеих сторон.

Аускультация легких.

При выраженном застое в малом круге - влажные хрипы.

Лабораторные исследования.

Анализ мочи:

Выраженная значительная протеинурия - более 3,0-3,5 г в сутки и более (до 20 г в сутки). В осадке мочи обнаруживают гиалиновые, зернистые и восковидные цилиндры, клетки почечного эпителия. Не характерно наличие лейкоцитов и эритроцитов.

Биохимия крови:

1. Гипопротеинемия (гипоальбуминемия);
2. Диспротеинемия (гипер-альфа 2-глобулинемия, гипо-гаммаглобулинемия);
3. Гиперлипидемия (гиперхолестеринемия и гипертриглицеридемия).

Осложнения.

Развитие вторичного иммунодефицита за счет потери иммуноглобулинов А, М и G с белками мочи. Последнее сопровождается склонностью больных к вирусным (герпес) и бактериальным инфекциям. Гиперкоагуляция ведет к повышенной свертываемости крови (ТЭЛА, тромбоз вен).

Вопрос 67. Клиническая симптоматика острого нефритического синдрома, методы диагностики.

Ответ. КЛИНИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК:

1. Нефритический; 2. Нефротический; 3. Синдром артериальной гипертензии; 4. Острая почечная недостаточность; 5. Хроническая почечная недостаточность (ХПН). Уремия. 6. Синдром воспаления почечных лоханок; 7. Синдром почечной колики.

Также выделяют:

1. Мочевой синдром (бессимптомная протеинурия, гематурия);
 2. Тубуло-интерстициальные нарушения (синдромы канальцевой дисфункции).
- Для их диагностики нужны лабораторно-инструментальные методы. Клинические проявления при этих двух Синдромах мало выражены.

НЕФРИТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

Синонимы - остронефритический синдром или синдром поражения клубочкового аппарата почек.

Основные (типичные) жалобы: 1. Боли в пояснице с обеих сторон; 2. Отеки на лице (характерно их быстрое нарастание с бледной одутловатостью); 3. Гематурия (моча цвета «мясных побоев»).

Жалобы, связанные с гипертензионным синдромом: головная боль; одышка; нарушение зрения (при нарастании артериальной гипертензии).

Роль анамнеза в диагностике нефритического синдрома.

1. Установить связь с инфекционными заболеваниями (ангина и др.) и неинфекционными заболеваниями (системные заболевания - системная красная волчанка и др.).

Общий осмотр.

1. Положение больного в постели:

А) Активное.

Б) У части больных при резко выраженном отечном синдроме, массивном выпоте в плевральную

полость и перегрузке левого сердца, вследствие повышенного артериального давления возникает сильная одышка. Поэтому у этой группы больных положение будет вынужденное – сидячее или полусидячее.

Характерный вид больного:

1) Кожные покровы - бледные; 2) Отечное лицо, распухшие, отечные веки, отеки на туловище. Отек формируется быстро, вне зависимости от времени суток. По консистенции отеки мягкие, рыхлые. Волдырная проба Мак-Клюра-Олдрича положительная (0,2 мл изотонического раствора натрия хлорида, введенного внутрикожно, рассасывается быстрее, чем за 40 минут).

3. Язык - без особенностей.

4. Судороги. При опасном осложнении – почечной эклампсии бывают фибриллярные подергивания или клонические или тонические судороги.

Местный осмотр.

1. При осмотре поясничной области, осмотре брюшной стенки и надлобковой области при тяжелом течении гломерулонефрита могут отмечаются различной выраженности отеки.

Пальпация.

С ее помощью выясняем характер и распространенность отека, а также пульс пациента. Пальпируется напряженный, нередко замедленный пульс. Верхушечный толчок смещен влево и усилен за счет рано возникшей гипертрофии миокарда.

Перкуссия.

При развитии массивных отеков выявляется свободная жидкость (транссудат) в плевральных полостях. Относительная левая граница сердца выходит за левую срединно - ключичную линию. С-м Пастернацкого положительный с обеих сторон. Аускультация легких.

При обычном течении синдрома - в легких дыхание везикулярное, может быть жесткое. При выраженном застое в малом круге - влажные хрипы.

Аускультация - при перегрузке сердца: Брадикардия; 1 тон ослаблен; Акцент 2 тона на аорте; Ритм галопа.

При развитии острой левожелудочковой недостаточности из-за резкого повышения артериального особенно диастолического давления и увеличения объема циркулирующей крови (ОЦК) нередко определяется протодиастолический ритм галопа.

Лабораторные исследования.

Оценка цвета мочи.

Визуально: красный цвет или т.н. «мясные помои» - макрогематурия (более 1 мл крови в 1 л мочи).

Удельный вес мочи, как правило, остается в пределах нормы.

Микроскопия осадка - эритроциты густо покрывают поля зрения (макрогематурия. Содержание

белка в моче (протеинурия) определяется от умеренных цифр до значительных (до 3,0 г в сутки).

Биохимия крови.

При тяжелом течении заболевания отмечается снижение клубочковой фильтрации и увеличение уровня креатинина.

Иногда возникают характерные осложнения:

- 1) ОПН (острая почечная недостаточность);
- 2) Острая сердечная недостаточность (сердечная астма, отек легких);
- 3) Почечная эклампсия (приступы судорог). Это проявляется быстрым повышением внутричерепного давления, спазмом сосудов мозга, потерей сознания, мышечными подергиваниями и клоническими судорогами (1-2 мин), багровым лицом, набухшими шейными венами, напоминающие эпилепсию. Больной в сопоре;
- 4) Переход в подострую злокачественную форму;
- 5) Все симптомы прогрессируют;
- 6) Исход в хронический гломерулонефрит.

Вопрос 68. Синдром артериальной гипертензии при заболеваниях почек. Методы исследования, уточняющие поражения почек при синдроме артериальной гипертензии.

Ответ. ПОЧЕЧНАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ.

Различают два вида:

1. Вазоренальная гипертензия:

А) Атеросклероз почечной артерии с образованием бляшки;

Б) Фибромускулярной дисплазия почечной артерии;

В) Закупорка сосуда тромбом или эмболом.

2. Ренопарехиматозная артериальная гипертензия:

А) Заболевания почек диффузного характера (гломерулонефриты, тубулоинтерстициальные нефриты, редко пиелонефриты).

Патогенез:

1. Активация прессорной системы. Ишемия паренхимы - гиперпродукция ренина – гипертензиноген -ангиотензин – альдостерон;

2. Увеличение альдостерона – усиление реабсорбции натрия и воды (т.е. задержка их);

3. Снижение функции депрессорной (простагландиновой и калликреин-кининновой систем).

Жалобы (типичные): 1) на головокружения, шум в ушах; 2) выраженные головные боли, нередко на высоте которых отмечается рвота и парестезии.

Также больные отмечают нарушение сна, снижение трудоспособности. В случаях прогрессирования заболевания и возникновения застоя в малом круге кровообращения у больных могут развиваться отек легких, приступы сердечной астмы и нередко кровохарканье. При пальпации у больных отмечается приподнимающийся верхушечный толчок (вследствие гипертрофии левого желудочка). Имеет место повышение артериального давления.

Перкуторно - расширение границ относительной тупости сердца влево.

Аускультативно - акцент 2 тона на аорте. При развитии острой левожелудочк. недостаточности из-за резкого повышения артериального особенно диастолического давления и увеличения объема циркулирующей крови (ОЦК) нередко определяется протодиастолический ритм галопа.

Рентгенологическое исследование:

Отмечается закругление верхушки сердца.

ЭКГ:

Электрическая позиция сердца - поворот сердца левым желудочком вперед и верхушкой влево. Сердце приобретает горизонтальную или полугоризонтальную позицию. Отклонение электрической оси сердца влево.

Глазное дно

При осмотре глазного дна:

- отмечается почечная ретинопатия - синдром Салюса I или II. Салюс I - сплюсненность вен на месте перекреста их с артериями.
- Салюс II-резко выражено ампуловидное расширение вен перед местом перекреста их артериями.

Вопрос 69. Клиническая симптоматика хронического гломерулонефрита. Методы диагностики.

Ответ. КЛИНИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК:

1. Нефритический; 2. Нефротический; 3. Синдром артериальной гипертензии;
4. Острая почечная недостаточность; 5. Хроническая почечная недостаточность (ХПН). Уремия. 6. Синдром воспаления почечных лоханок; 7. Синдром почечной колики.

Также выделяют:

1. Мочевой синдром (бессимптомная протеинурия, гематурия);
2. Тубуло-интерстициальные нарушения (синдромы канальцевой дисфункции).

Для их диагностики нужны лабораторно-инструментальные методы. Клинические проявления при

этих двух Синдромах мало выражены.

НЕФРИТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

Синонимы - остронефритический синдром или синдром поражения клубочкового аппарата почек.

Основные (типичные) жалобы: 1. Боли в пояснице с обеих сторон; 2. Отеки на лице (характерно их быстрое нарастание с бледной одутловатостью); 3. Гематурия (моча цвета «мясных побоев»).

Жалобы, связанные с гипертензионным синдромом: головная боль; одышка; нарушение зрения (при нарастании артериальной гипертензии).

Роль анамнеза в диагностике нефритического синдрома.

1. Установить связь с инфекционными заболеваниями (ангина и др.) и неинфекционными заболеваниями (системные заболевания - системная красная волчанка и др.).

Общий осмотр.

1. Положение больного в постели:

А) Активное.

Б) У части больных при резко выраженном отеочном синдроме, массивном выпоте в плевральную

полость и перегрузке левого сердца, вследствие повышенного артериального давления возникает

сильная одышка. Поэтому у этой группы больных положение будет вынужденное - сидячее

или полусидячее.

Характерный вид больного: 1) Кожные покровы - бледные; 2) Отечное лицо, распухшие, отечные веки, отеки на туловище. Отек формируется быстро, вне зависимости от времени суток. По консистенции отеки мягкие, рыхлые. Волдырная проба Мак-

Клюера-Олдрича положительная (0,2 мл изотонического раствора натрия хлорида, введенного

внутрикожно, рассасывается быстрее, чем за 40 минут).

3. Язык - без особенностей.

4. Судороги. При опасном осложнении – почечной эклампсии бывают фибриллярные подергивания или клонические или тонические судороги.

Местный осмотр.

1. При осмотре поясничной области, осмотре брюшной стенки и надлобковой области при тяжелом течении гломерулонефрита могут отмечаться различной выраженности отеки.

Пальпация.

С ее помощью выясняем характер и распространенность отека, а также пульс пациента. Пальпируется напряженный, нередко замедленный пульс. Верхушечный толчок смещен влево и усилен за счет рано возникшей гипертрофии миокарда.

Перкуссия.

При развитии массивных отеков выявляется свободная жидкость (транссудат) в плевральных полостях. Относительная левая граница сердца выходит за левую срединно - ключичную линию. С-м Пастернацкого положительный с обеих сторон.

Аускультация легких.

При обычном течении синдрома - в легких дыхание везикулярное, может быть жесткое. При выраженном застое в малом круге - влажные хрипы.

Аускультация - при перегрузке сердца: Брадикардия; 1 тон ослаблен; Акцент 2 тона на аорте; Ритм галопа.

При развитии острой левожелудочковой недостаточности из-за резкого повышения артериального особенно диастолического давления и увеличения объема циркулирующей крови (ОЦК) нередко определяется протодиастолический ритм галопа.

Лабораторные исследования.

Оценка цвета мочи.

Визуально: красный цвет или т.н. <<мясные помои>> - макрогематурия (более 1 мл крови в 1 л мочи).

Удельный вес мочи, как правило, остается в пределах нормы.

Микроскопия осадка - эритроциты густо покрывают поля зрения (макрогематурия).

Содержание

белка в моче (протеинурия) определяется от умеренных цифр до значительных (до 3,0 г в сутки).

Биохимия крови.

При тяжелом течении заболевания отмечается снижение клубочковой фильтрации и увеличение уровня креатинина.

Иногда возникают характерные осложнения:

- 1) ОПН (острая почечная недостаточность);
- 2) Острая сердечная недостаточность (сердечная астма, отек легких);
- 3) Почечная экламсия (приступы судорог). Это проявляется быстрым повышением внутричерепного давления, спазмом сосудов мозга, потерей сознания, мышечными подергиваниями и клоническими судорогами (1-2 мин), багровым лицом, набухшими шейными венами, напоминающие эпилепсию. Больной в сопоре;
- 4) Переход в подострую злокачественную форму;
- 5) Все симптомы прогрессируют;
- 6) Исход в хронический гломерулонефрит.

Вопрос 70. Клиническая симптоматика почечной недостаточности, методы диагностики.

Ответ. **ОСТРАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ (ОПН).**

Определение

ОПН — это внезапное нарушение функции почек, проявляющее:

1. задержкой выведения из организма продуктов азотистого обмена;
2. расстройством водного, электролитного, осмотического и кислотно-щелочного баланса.

Вышеуказанные изменения являются следствием одновременного нарушения:

А) почечного кровотока; Б) клубочковой фильтрации; В) канальцевой реабсорбции.

В большинстве случаев при ОПН возможно обратное развитие (выздоровление).

Варианты ОПН:

1. Преренальная ОПН — нарушение притока крови к почкам - шоковая почка (все формы шока, гемолиз, потеря большого количества жидкости);
2. Ренальная — нарушение почек на уровне их паренхимы:
 - а) токсическая почка - отравление сулемой и др.;
 - б) инфекционно-токсическая почка — острый гломерулонефрит и др.;
 - в) сосудистая обструкция-системный васкулит и др.
3. Постренальная - острая обструкция мочевых путей (мочекаменная болезнь блокада канальцев уратами).

Клиника ОПН

Стадии:

1. начальная (часы до-1-2 суток);
2. олигурическая (азотемическая) - 2-3 суток до 7-10 суток;
3. восстановление диуреза (полиурическая) - от 10 дней до 2-3 мес;
4. стадия выздоровления (от 3 до 12 месяцев).

Жалобы: в первые часы или дни 1-2 дня - жалобы основного заболевания. Так, при синдроме острого поражения клубочков (боли в пояснице, кровь в моче, головные боли).

Общий осмотр.

Положение в постели: может быть вынужденное (из-за отека легких или появление левожелудочковой недостаточности) или пассивное (уремическая кома).

Кожные покровы: в зависимости от основного заболевания (как правило, бледные). Данные пальпации, перкуссии, аускультации зависят от степени выраженности основного заболевания.

Так, если в качестве основного заболевания взять острый гломерулонефрит, то у данного пациента будут ярко выраженные симптомы нефритического синдрома.

Анализ мочи.

Ренальная ОПН - снижение относительной плотности мочи.

Постренальная ОПН – эритроциты.

Анализ крови: анемия, лейкоцитоз- (стадия олигоанурии).

Биохимия крови: Повыш. креатинина в сыворотке крови (норма-100 мкмоль/л); Гиперкалиемия - более 5,5 ммоль/л; Гипонатриемия - менее 135 ммоль/л; Гиперфосфаемия - более 5,5 мг% Гипокальциемия - менее 8,5 мг% или гиперкальциемия - более 10,5 за счет некроза скелетных мышц (при синдроме длительного раздавливания); Метаболический ацидоз - снижение pH арт.крови менее 7,35.

Инструментальные исследования.

УЗИ (обычный и доплеровский режим) - камни почек, гидронефроз, аневризма брюшного отдела аорты.

Хромоцистоскопия - обструкция устья мочеточников.

Изотопное динамическое сканирование почек - оценка почечной перфузии.

КТ - при оценке обструктивной нефропатии.

Артериография - при стенозе брюшного отдела аорты или расслаивающей аневризмы аорты.

Хроническая почечная недостаточность (ХПН).

Определение: ХПН — это необратимая постепенно развивающаяся почечная недостаточность, сопровождающаяся задержкой азотистых шлаков: креатинина, мочевины, мочевой кислоты.

Классификация:

1. Легкая: СКФ или скорость клубочковой фильтрации (клиренс креатинина) равняется 30-50 мл/мин;
2. Умеренная: СКФ - 10-30 мл/мин; Анемия; Артериальная гипертензия; Остеодистрофия.
3. Тяжелая: СКФ - 5-10 мл/мин; тошнота; анорексия; зуд.
4. Терминальная: СКФ менее 5 мл/мин; Перикардит; Отек легких; Кома.

Этиология ХПН:

- Исход хронических заболеваний почек

Патогенез:

Полиурия - никтурия - снижение концентрационной способности почек - изостенурия.

Анемия - воздействие уремических токсинов на костный мозг, снижение продолжительности жизни эритроцитов, уменьшение выработки эритропоэтина.

Жалобы больных сводятся к сонливости, быстрой утомляемости, снижению памяти, нередко апатии и головным болям (воздействие азотистых шлаков). Больных беспокоит неприятный запах во рту, сухость полости рта, тошнота, тяжесть в эпигастральной области, рвота и понос.

Хроническая почечная недостаточность подразделяется на:

1. Период почечной компенсации (клиника хронического почечного заболевания, все симптомы,

может быть небольшая азотемия);

2. Период декомпенсации или уремии или мочекуровие (когда клубочковая фильтрация падает до 50 мл/мин, норма 100 мл/мин):

а) астенический синдром (уменьшение аппетита, снижение работоспособности, слабость, похудение);

б) диспепсический синдром - понос, рвота, сухость кожи, ломкость волос и ногтей;

в) анемия, тромбоцитопения, носовые кровотечения, петехии;

г) костно-суставный синдром - боли и ломкость костей снижение уровня кальция в крови, увеличение мочевой к-ты);

д) поражение слизистых и серозных оболочек, стоматит, гингивит, колит, гастрит, перикардит.

УРЕМИЧЕСКАЯ КОМА.

Последняя развивается при снижении клубочковой фильтрация менее 10 мл/мин и анурии.

Осмотр: Больной без сознания. *Facies nefritica*. Узкие зрачки. Уремический запах (аммиак). Сухая кожа, язык сухой, обложенный коричневым налетом, часто с трещинами. Гемморагии. Мочевинный иней (у крыльев носа кристаллы мочевины). Дыхание Куссмаля, Чейн-Стокса (ацидоз). Шум трения перикарда.

Вопрос 71. Симптоматология хронического пиелонефрита. Методы лабораторной и инструментальной диагностики.

Жалобы: повышение температуры; озноб; потливость; боли в пояснице (односторонние); частые болезненные мочеиспускания.

История настоящего заболевания:

- Связь с инфекционными заболеваниями (пневмония, остеомиелит и др.);

- Выявить факторы, способствующие развитию заболевания или его обострение (беременность, пороки развития мочевыделительной системы - поликистоз почек),

а также ранее проведенное инструментальное исследование мочевых путей (катетеризация, цистоскопия);

- уточнить возможное наличие в прошлом пиелонефрита, цистита (или симптомов подозрительных на таковые - дизурические явления, кровавая моча, почечная колика).

Общий осмотр.

1. Положение больного в постели: А) Обычное; В) Вынужденное. На больном боку с согнутой в тазобедренном или коленном суставе и приведенной к животу ногой на стороне поражения (при воспалительном процессе в околопочечной клетчатке в случае осложнения острого пиелонефрита).

2. Кожные покровы.

При хроническом пиелонефрите, осложнившимся ХПН - кожа сухая, шелушится, холодная, подмышечные ямки лишены влажности. Следы расчесов (при высоких цифрах азотистых шлаков в крови). Отеки наблюдаются крайне редко, лишь при далеко зашедших стадиях ХПН. Язык (при наличии ХПН) - обложен темно-коричневым налетом, сухой.

Местный осмотр.

Осмотр поясничной области.

При обычном течении пиелонефрита патологии нет. При осложнении пиелонефрита паранефритом (воспаление околопочечной клетчатки) - отмечается припухлость и наличие гиперемии кожи, сглаженность контуров поясничной области. Напряжение длинных мышц спины, отмечается ограничение участия брюшной стенки в дыхании. Перкуссия.

Положительный симптом Пастернацкого.

Анализ мочи: А) Лейкоцитурия; Б) Бактериурия. В) Посев мочи на питательные среды, определение чувствительности выделенной микрофлоры к антибиотикам.

Г) Протеинурия не превышает 2 г/сутки.

Инструментальные исследования.

1. УЗИ, внутривенная урография - диагностируют расширение лоханок, очертания которых становятся неровными.

2. При обзорной рентгенографии мочеполовой системы - (может иметь место наличие камней).

3. Односторонность (поражение одной почки) или асимметричность (поражение обеих почек) подтверждается - УЗИ, ренографией, сканированием.

Ситуационные задачи для прохождения промежуточной аттестации

Задача 1. Больной, 30-ти лет, водитель такси, наблюдается у невролога в течение года с диагнозом пояснично-крестцовый радикулит. Поступил в стационар с жалобами на боли и ощущение скованности в области поясницы, которые

становятся более выраженными после периодов покоя и уменьшаются после легких физических упражнений и тепловых процедур. Иногда боли беспокоят в грудном отделе позвоночника, усиливаясь при дыхании. За последние 6 месяцев у больного появились боли в тазобедренных суставах. Наблюдается у окулиста по поводу иридоциклита. При обследовании выявлено сглаживание поясничного лордоза и ограничение подвижности в поясничном отделе позвоночника. Симптом Шобера – 3 см, Томайера – 40 см. Симптом Кушелевского 1-2 – положительные с обеих сторон. На рентгенограмме крестцово-подвздошных сочленений признаки сакроилеита: неровность (изъеденность) костных краев. Лабораторные показатели – ускоренное СОЭ. Положительный Среактивный белок, серомукоид – 0,30.

- Какой положительный симптом указывает на сакроилеит?
- Какие симптомы можно выявить, указывающие на поражение грудного отдела позвоночника?
- Какие внешние признаки можно выявить у больного при длительном течении этого заболевания?

Ответ:

1. Симптом Кушелевского 1-2 положительные с обеих сторон
2. Боли в грудном отделе позвоночника
3. Нарушение функции суставов

Задача 2. Больной В., 40 лет, шофер, более 10 лет отмечает по утрам небольшой кашель с легко отделяемой мокротой серого цвета. Последние 3 дня после охлаждения кашель усилился, количество отделяемой мокроты увеличилось, появилась слабость, потливость, повышение температуры до 37,5. Курит 20 лет по 1-ой пачке в день. При осмотре: температура 37,2. Кожные покровы влажные, над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком, дыхание в верхних отделах жесткое, масса рассеянных хрипов над всей поверхностью легких. Число дыханий 20 в 1 минуту. Пульс 78 в 1 минуту, ритмичный. АД 130/75 мм. рт. ст. Другие органы без патологии. Анализ мокроты: слизисто-гнойная без запаха, лейкоциты 30-40 в поле зрения, эритроцитов нет. Атипических клеток нет. Рентгенологически: легочные поля прозрачны, инфильтративных теней нет, корни легких тяжисты, расширены. Бронхоскопия: слизистая оболочка трахеи и видимых бронхов гиперемирована, отечна легко ранима.

- О каком синдроме при заболеваниях легких идет речь?
- Какое исследование необходимо провести больному для оценки и выявления дыхательной недостаточности?
- Условия образования и клиническая оценка коробочного звука над легкими.

Ответ:

1. Хронический бронхит в стадии обострения
2. Функция внешнего дыхания (ФВД)
3. Развитие эмфиземы лёгких

Задача 3. Больная жалуется на низкий субфебрилитет по вечерам, потливость, плаксивость, похудание. При исследовании: лицо худощавое, глазные щели

расширены, глаза блестящие, выражение лица испуганное. В положении стоя с закрытыми глазами, определяется мелкий тремор вытянутых пальцев рук.

- О чем следует думать?
- Укажите симптом типичный для данной патологии?
- Какой симптом выявлен при исследовании данной больной?
- Укажите патогенез лихорадки у больной?

Ответ:

1. Гипертиреоз
2. Пучеглазие
3. Расширение глазных щелей
4. Нарушение функции гормонов щитовидной железы

Задача 4. Больная 35 лет поступила в стационар с жалобами на острые боли в правом подреберье, субфебрилитет, возникшие накануне. Появление болей связывает с употреблением на ужин жареной свинины. В анамнезе – в последний год три раза подобные приступы, купировавшиеся инъекциями какого-то препарата врачами скорой помощи (название препарата не помнит). Рекомендовалось провести УЗИ брюшной полости, однако больная данную рекомендацию не выполнила. В анализе крови: лейкоциты $13 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ 20 мм/ч

- О каком заболевании идет речь?
- Какие характерные симптомы могут быть обнаружены при физикальном исследовании пациентки?
- На следующий день после поступления в стационар у больной отмечено появление легкой иктеричности кожных покровов и склер. С чем связано ее появление? Какие изменения в биохимическом анализе крови и анализе мочи будут наблюдаться при этом у пациентки?

Ответ:

1. Хронический холецистит в стадии обострения
2. Положительный симптом Ортнера
3. Увеличение билирубина в крови, появление уробилина в моче

Задача 5. У больного 72 лет появилось желтушное окрашивание кожных покровов, склер и видимых слизистых, появился кожный зуд, в связи с чем он госпитализирован.

При анализе крови выявлено: повышение уровня связанного билирубина, желчных кислот, холестерина, ЩФ. В анализе кала – реакция на стеркобилин отрицательная.

- О чем идет речь?
- При физикальном исследовании у пациента выявлен положительный симптом Курвуазье-Терье. О чем это говорит?

Ответ:

1. Механическая желтуха
2. Наличие камней в желчном пузыре

Задача 6. Больная 60 лет, повышенного питания, жалуется на боли в поясничном отделе позвоночника, в коленных, голеностопных суставах, суставах стоп и кистей. Боли усиливаются к концу дня после физической нагрузки, уменьшаются к утру. При осмотре – узелки у основания концевых фаланг пальцев, болезненные при пальпации. Пальпация коленных суставов: в области левого коленного сустава выявляется синовит, в этом же суставе - ограничение объема движений. На рентгенограмме коленных суставов и кистей – выявляется сужение суставных щелей.

- Укажите характер болей в суставах, которые испытывает больная?
- Дайте название узелкам, выявленным у больной в области дистальных межфаланговых суставов кистей.
- Какие еще рентгенологические признаки характерны для этого поражения суставов?

Ответ:

1. Резкие сильные боли при движениях, ночные боли
2. Узелки Гебердена
3. Поражение суставного хряща

Задача 7. У 53 летнего мужчины после употребления большого количества мясной пищи и вина ночью появились резкие боли в области большого пальца левой стопы, повысилась температура тела до 38гр. При осмотре выявлена припухлость 1-го плюснефалангового сустава стопы, яркая гиперемия кожи вокруг него. Прикосновение к большому пальцу вызывает резкое усиление боли.

- Какой лабораторный показатель имеет наибольшее значение для этого заболевания?
- Как называются узелки, появляющиеся при этом поражении суставов и их типичная локализация?
- О каком заболевании идет речь?

Ответ:

1. Количество мочевой кислоты в крови
2. Тофусы. Локализуются на пальцах, кистях и стопах
3. Подагра

Задача 8. У больного, 53 лет, жалобы на боли в поясничной области слева, субфебрилитет в течение двух недель. При обследовании выявлено артериальное давление 120/80 мм. рт. ст., пульс 76 в 1 мин. Симптом Пастернацкого положительный, почки не пальпируются. В моче - относительная плотность 1,019, лейкоциты – 50 -60 в поле зрения. При УЗИ брюшной полости – расширение лоханок и деформация чашечек в левой почке.

- О каком синдроме идет речь?
- Как называется увеличение количества лейкоцитов в моче?
- Какой дополнительный метод обследования необходимо провести больному для уточнения количественного содержания лейкоцитов, эритроцитов и цилиндров в моче?

Ответ.

Синдром воспаления почечных лоханок.

Лейкоцитурия.

Проба по Нечипоренко.

Задача 9. У больной 17 лет через 2 недели после перенесенной ангины появились ноющие боли в пояснице, головные боли, моча цвета «мясных помоев». При обследовании: кожные покровы бледные, пастозность век, цианоза нет. Артериальное давление 160/100 мм рт. ст., пульс – 60 ударов в минуту. Моча: красноватого цвета, относительная плотность – 1,020, белок – 2,0 г/л, лейкоциты – 1-2 в поле зрения, эритроциты — густо (сплошь в поле зрения)

- О каком синдроме идет речь?

- Какие функциональные единицы почек поражаются при этом заболевании?

- Какое количество крови необходимо для появления симптома – макрогематурии?

Ответ.

1. Нефритический синдром.

2. Нефрон.

3. 1 мл крови на 1 литр мочи

Задача 10. У больной 58 лет с длительно протекающей артериальной гипертензией на фоне гипертонического криза развился приступ интенсивных загрудинных болей с иррадиацией в левую руку, продолжительностью 50 мин. При осмотре: расширение границы относительной тупости сердца влево, отеков нет, акроцианоз, пульс 88 в мин., твердый, АД – 250/130 мм. рт. ст.

- О каком осложнении идет речь?

- Какие еще осложнения данного синдрома могут возникнуть у больной?

- Какие изменения можно выявить на ЭКГ?

Ответ.

1. Инфаркт миокарда

2. Острое нарушение мозгового кровообращения, отслойка сетчатки, расслаивающая аневризма аорты, острая левожелудочковая недостаточность.

3. Патологический зубец Q, элевация или депрессия сегмента S-T, изменение зубца T, отсутствие нарастания зубца R, появление блокады левой ножки пучка Гисса – признаки инфаркта миокарда. Экстрасистолия желудочковая. Отклонение электрической оси влево, гипертрофия левого желудочка – признаки артериальной гипертензии.

Задача 11. У больной 62 лет частые головные боли, мелькание «мушек» перед глазами, головокружение, особенно при психоэмоциональной нагрузке. Иногда принимала баралгин, седативные препараты. При осмотре: расширение границы относительной тупости сердца влево, отеков, цианоза нет, пульс 100 в мин., твердый, АД – 200/110 мм. рт. ст.

- О каком синдроме идет речь?
- Какие осложнения данного синдрома могут возникнуть у больной?
- Какие изменения можно выявить на ЭКГ?

Ответ.

1. Синдром артериальной гипертензии.
2. Острое нарушение мозгового кровообращения, острый инфаркт миокарда, отслойка сетчатки, расслаивающая аневризма аорты, острая левожелудочковая недостаточность.
3. Отклонение электрической оси влево, гипертрофия левого желудочка, блокада левой ножки пучка Гисса

Задача 12. Больной 45 лет предъявляет жалобы на бывшую у него накануне рвоту темного кровавого цвета; отмечает слабость, недомогание. В анамнезе — длительное злоупотребление алкоголем.

При осмотре отмечается бледность видимых слизистых и кожных покровов. Живот несколько увеличен в размерах, безболезненный. Размеры печени по Курлову 18*15*42, которая слабо болезненная и умеренно плотная при пальпации, с гладкой поверхностью, край ее закруглен.

- О каком синдроме поражения пищевода следует думать?
- Какой метод исследования следует использовать для диагностики?

Ответ.

1. Синдром пищеводного кровотечения
2. ЭГДС

Задача 13. Больной М., 37 лет, поступил с жалобами на тупые боли в области сердца, головокружение. Болен в течение года. При обследовании границы сердца увеличены влево, верхушечный толчок на 2 см кнаружи от среднеключичной линии, усилен, разлитой, нерезкий систолический и грубый диастолический шумы во II межреберье справа от грудины и в точке Боткина-Эрба, акцент II тона с металлическим оттенком на аорте. Пульс 80 уд. в мин., ритмичный, быстрый, высокий. АД — 160/50 мм. рт. ст. рентгенограмма грудной клетки: умеренное увеличение левого желудочка, выпячивание восходящей части аорты. ЭКГ: левограмма, признаки гипертрофии левого желудочка. Реакция Вассермана положительная (+++).

- О каком клапанном поражении идет речь? Указать симптомы, подтверждающие данное клапанное поражение. Какие особенности аускультативной картины требуют специальной трактовки? Какие дополнительные исследования нужно провести и что при этом может быть обнаружено?
- Изменение со стороны, каких камер сердца имеет место и в чем это выражается?
- Какую этиологию клапанного поражения можно предполагать?

Ответ.

1. Недостаточность аортального клапана. Жалобы на головокружение, стенокардитические боли, систолическая артериальная гипертензия (большое пульсовое давление), пульс быстрый, высокий. Грубый диастолический шум в II межреберье справа от грудины и в точке Боткина-Эрба. ЭхоКГ.
2. Резкая гипертрофия левого желудочка, гипертрофия левого предсердия (аортальная конфигурация сердца).
3. Сифилитическая этиология.

Задача 14. У больного на фоне обострения язвенной болезни возникла внезапная резкая «кинжальная» боль в животе; больной принял вытянутое положение на боку с приведенными к животу ногами; над всей поверхностью живота отмечается громкий тимпанит; брюшной пресс при пальпации – «доскообразный» (симптом «мышечной защиты»); печеночная тупость исчезла, отхождение газов задержано.

- О какой ситуации в течение язвенной болезни у больного Вы думаете?

- Какие исследования необходимо срочно провести, чтобы подтвердить Ваши предположения?

Ответ.

1. Прободение язвы
2. Обзорная рентгенография органов брюшной полости, ЭГДС

Задача 15. Больной М., 28 лет, поступил в кардиологическую клинику для уточнения характера ревматического поражения сердца. В анамнезе с 19 лет повторные атаки ревматизма. 7 лет тому назад впервые поставлен диагноз ревматического митрального порока сердца. При осмотре: цианоз губ, одышка в покое, усиливающаяся при движении, в задне-нижних отделах легких незвонкие влажные хрипы. Сердце расширено вправо, влево и вверх. Ритм неправильный, мерцательная аритмия. На верхушке I тон ослаблен, выслушивается голосистолический шум, иррадиирующий в левую подмышечную область, мезодиастолический шум; на легочной артерии – акцент II тона. АД – 135/70 мм. рт. ст. На ЭКГ – признаки гипертрофии левого желудочка.

- О каком клапанном поражении идет речь? Указать симптомы, подтверждающие данное клапанное поражение и какие дополнительные исследования нужно провести?

- Изменение со стороны каких камер сердца имеет место и в чем это выражается?

- С чем связана аускультативная картина в легких.

Ответ: 1. Сочетанный митральный порок сердца с преобладанием недостаточности. ЭХОКГ. 2. Гипертрофия и дилатация ЛП, ПП, ПЖ. Гипертрофия ЛЖ. Расширение границ сердца влево, вправо и вверх. 3. застой в МКК

Задача 16. У больной 70 лет с длительно протекающей артериальной гипертензией появились и стали нарастать отеки, сначала на лице, затем на нижних конечностях, больше по утрам. При осмотре: расширение границы относительной тупости

сердца влево, отеки лица, нижних конечностей, цианоза нет, пульс 72 в мин., твердый, ритмичный, АД – 170/110 мм. рт. ст.

- О каком осложнении идет речь?
- Какие показатели биохимического анализа крови повысятся?
- Какие изменения можно выявить в моче?

Ответ: 1. развитие ХПН. 2. Повышение уровня креатинина, мочевины, мочевой кислоты. 3. Снижение относительной плотности, изурию, гипоизостенурию, олигурию

Задача 17. У больной 53 лет частые головные боли, головокружения, мелькание мушек перед глазами в течение 1 года. При осмотре: расширения границы относительной тупости сердца нет, отеков, цианоза нет, пульс 68 в мин., твердый, АД – 150/110 мм. рт. ст. Систолический шум над почечной артерией справа. Изменение артерий и вен глазного дна.

- О каком синдроме идет речь?
- О чем говорит систолический шум над почечной артерией?
- Какие изменения можно выявить на глазном дне?

Ответ: 1. Симптоматическая артериальная гипертензия. 2. Стеноз почечной артерии. 3. Сужение и извитость артериол, расширение венул.

Задача 18. Больной 50 лет обратился в поликлинику с жалобами на приступообразные давящие боли за грудиной, отдающие в левую лопатку. Приступы возникают в течение 3-х месяцев 2-3 раза в месяц при ходьбе в гору или подъеме по лестнице на 3-й этаж, продолжаются от 3 до 10 мин. и проходят после остановки и приема нитроглицерина под язык. При осмотре по органам патологии не найдено, на ЭКГ патологические изменения также не были выявлены.

- Каков Ваш вероятный диагноз?
- Какие признаки при проведении стресс теста ЭКГ подтвердят Ваш диагноз?
- Какие изменения на стресс-ЭХОКГ подтвердят Ваш диагноз?

Ответ: 1. ИБС: стенокардия 2 фк., впервые выявленная. 2. Изменения сегмента ST и изменения зубца Т. 3. Появление зон гипокинеза.

Задача 19. Больная 55 лет обратилась в поликлинику с жалобами на то, что за последние 2 недели у нее были 2 приступа сжимающих болей за грудиной, отдающих в левое плечо. Оба приступа возникли в предутренние часы, больная просыпалась от болей в груди. Боли продолжались в течение 20-25 мин. и прошли после повторного 3-х-крайнего приема 1-й таблетки нитроглицерина под язык. При осмотре патологии по органам не найдено, на ЭКГ патологические изменения не выявлены.

- Какой Ваш вероятный диагноз?
- Какие изменения ЭКГ, зарегистрированные в момент приступа, подтвердили бы Ваш диагноз?

- Какой механизм перенесенных больной приступов?

Ответ: 1. ИБС: стенокардия, вероятно нестабильная. 2. Изменения сегмента ST (депрессия, элевация) и изменения зубца Т (инверсия). 3. На фоне ишемии миокарда образование молочной кислоты.

Задача 20. Больной 49 лет обратился в поликлинику с жалобой на эпизодически возникающее чувство замирания сердца. При осмотре патологии по органам не выявлено, ЭКГ без патологических изменений. Для уточнения характера ритма сердца было проведено суточное мониторирование ЭКГ. При этом в течение суток наблюдался синусовый ритм и выявлены 3 желудочковые экстрасистолы. Кроме этого, были зарегистрированы 3 эпизода ишемической депрессии сегментов ST до 2-х мм, однако болей в груди больного не отмечено.

- Каков Ваш вероятный диагноз?

- Какие результаты стресс – тестов подтвердили бы Ваш диагноз?

- Чем объясняют такие результаты стресс – тестов?

Ответ: 1. ИБС: стенокардия, безболевая форма. 2. Изменения сегмента ST и изменения зубца Т. 3. Ишемия проявляется при повышении нагрузки на миокард.

Задача 21. У больного 53 лет на фоне физической нагрузки появились резкие сжимающие боли за грудиной, отдающие в спину и в левое плечо и сопровождающиеся одышкой. Боли лишь несколько уменьшились в покое с повторными приемами нитроглицерина под язык и продолжались 2,5 часа, в связи с чем была вызвана скорая помощь. При осмотре кожа бледная, число дыханий 26 в мин. В легких ниже углов лопаток немного не звонких мелкопузырчатых влажных хрипов. Пульс 102 в мин., ритмичный. АД-120/80 мм рт.ст., тоны сердца глухие, шумов нет. На ЭКГ QR-форма QRS и элевация ST в отведениях V2-4. Боли и одышка были купированы внутривенным введением 1мл 1% раствора морфина и больной доставлен в стационар. В стационаре выявлено повышение содержания в сыворотке крови МВ фракции КК в 2,5 раза и тропанина в 3,5 раза.

- Ваш диагноз?

- Чем обусловлена одышка у больного?

- Какие отделы миокарда поражены по данным ЭКГ?

Ответ: 1. ИБС: передне-перегородочный инфаркт миокарда с Q. 2. Левожелудочковая недостаточность с застоем в МКК 3. передняя стенка и перегородка.

Задача 22. Больная, 66 лет, на даче перенесла приступ жгучих загрудинных болей, отдающих в левую лопатку. Боли не снимались приемом нитроглицерина под язык и продолжались 1,5 часа. На следующий день больная возвратилась в Москву и обратилась в поликлинику. При осмотре изменений по органам не найдено, пульс

84 в мин., АД 140/80 мм рт.ст.. На ЭКГ ишемическая депрессия ST более 2 мм в отведениях V3-6. В сыворотке крови увеличение МВ фракции КФК в 2 раза.

- Ваш диагноз?
- Какие отделы миокарда поражены по данным ЭКГ?
- Какие дальнейшие изменения ЭКГ подтвердят Ваш диагноз?

Ответ. 1. Данные анамнеза (жгучие боли за грудиной с иррадиацией под левую лопатку, длительностью 1,5 часа, некупирующиеся приемом нитроглицерина), данные ЭКГ (депрессия ST более 2 мм в отведениях V3-6), лабораторные показатели (увеличение МВ фракции КФК в 2 раза) позволяют диагностировать у больной инфаркт миокарда.

2. Ишемическая депрессия ST более 2 мм в отведениях V3-6 позволяет предположить поражение перегородки, верхушки и боковой стенки левого желудочка.

3. Инфаркт миокарда с формированием зубца Q протекает в 4 стадии: острейшая, острая, подострая, рубцевание. Больная обратилась в поликлинику во время острой стадии (на следующий день после приступа боли). В дальнейшем ожидается формирование патологического зубца Q и снижение амплитуды зубца R.

Задача 23. Больной В., 33 лет, поступил с жалобами на одышку при ходьбе и приступами удушья по ночам, повышение температуры, потливость. С 15-летнего возраста страдает ревматизмом. В 19-летнем возрасте впервые диагностирован порок сердца. В последующие годы – повторные атаки ревматизма. Неоднократно лечился в стационарах. Отеки, одышка в последние 5 лет. Постоянно принимает сердечные гликозиды, мочегонные. Ухудшение состояния наступило в последний год, когда стали появляться ознобы, повышение температуры, лечение пенициллином приводило к снижению температуры (временному), последние 4 месяца стали беспокоить приступы удушья по ночам, заметно похудел.

Состояние тяжелое, бледность кожных покровов, цианоз губ, кровоизлияние на коже предплечий и голеней, отеки голеней. Пульсация шейных сосудов. Сердце увеличено влево и вправо. При пальпации верхушечный толчок усилен, определяется диастолическое дрожание. На верхушке I тон сохранен, систолический шум, занимающий всю систолу и проводящийся в подмышечную область. Здесь же диастолический шум в ограниченной области. Отмечается резкое ослабление II тона над аортой и мягкий дующий диастолический шум, проводящийся к основанию грудины. АД 140/15 мм. рт. ст. Пульс скорый и большой-96 в минуту, аритмичный. На бедренной артерии выслушиваются систолические и диастолические шумы. Анализ крови: Hb 70 г/л, лейкоциты 12 тыс. в 1 мкл, СОЭ 57 мм/час. Анализ мочи: уд. вес 1015, белок – 1,65 г/промилле, эритроциты (измененные) 30-40 в п/зр, цилиндры гиалиновые – 5-7 в п/зр. Тимоловая проба 8 ед, сулемовая проба 1,1 мл, формоловая проба – положительная.

- Опишите клапанный характер поражения сердца, с указанием соответствующих симптомов.

- Чем объясняется изменение пульса и артериального давления (пульс скорый и большой, АД 140/15 мм. рт. ст.)?
- О чем могут свидетельствовать: лихорадка с ознобами, петехиальные высыпания, изменения приведенных данных лабораторного исследования? Какие необходимы дополнительные исследования для уточнения диагноза?

Ответ. 1. Диастолическое дрожание говорит о наличии стеноза митрального клапана, систолический шум, проводящийся в подмышечную область – недостаточность митрального клапана, ослабление II тона над аортой, диастолический шум над аортой, АД 140/15 мм.рт.ст., скорый и большой пульс – свидетельствуют о наличии у больного недостаточности аортального клапана.

2. Наличием недостаточности аортального клапана.

3. У пациента развился бактериальный эндокардит. Для верификации диагноза необходимо провести ультразвуковое исследование сердца (ЭХО-КГ), бактериологическое исследование крови (посев крови на стерильность).

Задача 24. Больная С., 46 лет, доставлена в клинику с жалобами на приступы удушья по ночам, сопровождающиеся одышкой, с затрудненным вдохом, сухим непродуктивным кашлем. Эти симптомы уменьшаются в положении сидя. Кроме того, отмечается головокружение при небольших физических напряжениях, ощущение сердцебиения. В 20-летнем возрасте перенесла суставную атаку ревматизма. В последующие годы состояние оставалось удовлетворительным. Работала бухгалтером. В последний год стали беспокоить боли сжимающего характера за грудиной с иррадиацией в левую руку, лопатку при физической нагрузке. При нагрузках, требующих быстрого усиленного физического напряжения – головокружения, эпизодически кратковременные обморочные состояния.

Объективно: состояние тяжелое, ортопное, бледность кожных покровов, цианоз губ. Отеков нет. В легких с обеих сторон в задне-нижних отделах влажные незвонкие мелкопузырчатые хрипы. Число дыханий до 32 в минуту. Область сердца не изменена. При пальпации над грудиной – систолическое дрожание. Сердце увеличено влево до переднеподмышечной линии. Верхушечный толчок усилен, смещен в VI межреберье. Ослабление II тона над аортой. Систолический шум, грубый, низкого тембра, выслушивается над всей областью сердца, но лучше всего над аортой и в точке Боткина-Эрба. Шум проводится на сосуды шеи, ключицы. Пульс 68 в минуту, ритмичен, АД 110/85 мм. рт. ст. ЭКГ: ритм синусовый, правильный. Отклонение электрической оси сердца влево. Высокий R в I, V 5-6. Депрессия ST и отрицательный T в I, aVL, V 5-6.

- О каком пороке сердца идет речь, какой синдром в настоящий момент имеет место и какие клинко-физикальные данные на него указывают? Что может развиваться при прогрессировании симптоматики?

- Чем объяснить возникновение болей в области сердца, головокружение и обмороки при физической нагрузке?

- Чем объяснить снижение пульсового артериального давления и малый, медленный пульс?

Ответ. 1. Речь идет о стенозе аортального клапана. На это указывают головокружения, эпизодически кратковременные обморочные состояния при нагрузках, требующих быстрого усиленного физического напряжения, боли сжимающего характера за грудиной с иррадиацией в левую руку, лопатку при физической нагрузке, сердце увеличено влево до переднеподмышечной линии, верхушечный толчок усилен, смещен в VI межреберье. Данный диагноз подтверждает и аускультативная картина: Ослабление II тона над аортой, систолический шум, грубый, низкого тембра, выслушивается над всей областью сердца, но лучше всего над аортой и в точке Боткина-Эрба. Шум проводится по сосуды шеи, ключицы.

2. Данные симптомы развиваются вследствие резко выраженной гипертрофии левого желудочка, что приводит к его ишемии.

3. В результате выраженного стеноза аортального клапана скорость кровотока снижается, одновременно со снижением объема крови поступающей в большой круг кровообращения.

Задача 25. Больной М., 47 лет, поступил с жалобами на тупые боли в области сердца, головокружение. Болен в течение года. При обследовании границы сердца увеличены влево, верхушечный толчок на 2 см кнаружи от среднеключичной линии, усилен, разлитой, нерезкий систолический и грубый диастолический шум во II межреберье справа от грудины и в точке Боткина-Эрба, акцент II тона с металлическим оттенком на аорте. Пульс 80 уд. в мин., ритмичный, быстрый, высокий. АД – 160/50 мм. рт. ст. Рентгенограмма грудной клетки: умеренное увеличение левого желудочка, выпячивание восходящей части аорты. ЭКГ: левограмма, признаки гипертрофии левого желудочка. Реакция Вассермана + + +.

- О каком клапанном поражении идет речь? Указать симптомы, подтверждающие данное клапанное поражение. Какие особенности аускультативной картины требуют специальной трактовки? Какие дополнительные исследования нужно провести и что при этом может быть обнаружено?

- Изменения со стороны каких камер сердца имеют место и в чем это выражается?

- Какую этиологию клапанного поражения можно предполагать?

Ответ. 1. Грубый диастолический шум во II межреберье справа от грудины и в точке Боткина-Эрба, акцент II тона с металлическим оттенком на аорте свидетельствует о недостаточности аортального клапана. Это также подтверждается уровнем АД 160/50 мм.рт.ст, увеличением границ сердца влево, расположением верхушечного толчка на 2 см кнаружи от среднеключичной линии, усилен, разлитой, пульс быстрый высокий. Кроме того у пациента также имеется стеноз аортального клапана, о чем говорит нерезкий систолический шум во II межреберье справа от грудины и в точке Боткина-Эрба, и признаки гипертрофии левого желудочка.

2. В патологический процесс вовлечен правый желудочек.
3. Причиной формирования данного порока у пациента стал сифилис, о наличии которого говорит реакция Вассермана ++

Задача 26. Больная Ж, 42 лет, поступила с жалобами на усиление сердцебиения, одышку, отеки ног. В анамнезе многократная ангина в 15-ти летнем возрасте перенесла полиартрит. В 20-ти летнем возрасте ставили диагноз порока сердца. Чувствовала себя удовлетворительно в течение длительного периода, не лечилась, не обследовалась. В течение 3-х лет одышка, сердцебиение. 2 года назад при обследовании в стационаре выявлен митральный порок сердца (митральный стеноз). Последнее ухудшение в течение года, когда резко ухудшилось состояние (появились боли в правом подреберье, усилилась одышка, отеки нижних конечностей).

При обследовании: состояние больной тяжелое, цианоз щек, губ лица, выраженные отеки голеней и стоп, набухание и пульсация шейных вен, совпадающая с артериальным пульсом. В легких ослабленное везикулярное дыхание. Границы сердца расширены вверх и вправо. Сердечная пульсация в 3-4 межреберье слева о грудины. На верхушке сердца хлопающий I тон, протомезодиастолический шум. Над мечевидным отростком и несколько левее – систолический шум, в сочетании с ослаблением I тона. Шум занимает всю систолу, убывающего характера, заметно усиливается на вдохе. Пульс 100 ударов в минуту, аритмичный, АД 130/90 мм. рт. ст. печень выступает из-под реберной дуги на 8 см, плотная болезненная, пульсирует. ЭКГ – мерцательная аритмия, вертикальное положение электрической оси сердца. Признаки гипертрофии и перегрузки правого желудочка.

- Какие данные указывают на присоединившиеся изменения со стороны трикуспидального клапана у больной с митральным стенозом? Назовите эти изменения.
- Можно ли предполагать ревматическое происхождение изменения трикуспидального клапана?
- Чем объяснить пульсацию шейных вен и печени?

Ответ. 1. На присоединившиеся изменения со стороны трикуспидального клапана у больной с митральным стенозом указывает систолический шум над мечевидным отростком и несколько левее, убывающего характера, заметно усиливающийся на вдохе и занимающий всю систолу.

2. Да.

3. Пульсация шейных вен и печени обусловлена выраженным застоем крови в большом круге кровообращения.

Задача 27. У больной 58 лет с длительно протекающей артериальной гипертензией на фоне гипертонического криза развился приступ интенсивных загрудинных болей с иррадиацией в левую руку, продолжительностью 50 мин. При осмотре: расширение границы относительной тупости сердца влево, отеков нет, акроцианоз, пульс 88 в мин., твердый, АД 250/130 мм. рт. ст.

1. О каком осложнении идет речь?

2. Какие еще осложнения данного синдрома могут возникнуть у больной?
3. Какие изменения можно выявить на ЭКГ?

Ответ. 1 У больной развился инфаркт миокарда.

2. Острые нарушение мозгового кровообращения, сердечная недостаточность.
3. Признаки инфаркта миокарда в виде элевации ST сливающейся с зубцом Т. Также на ЭКГ будем видеть признаки длительно существующей артериальной гипертензии в виде гипертрофии левого желудочка (увеличения амплитуды зубца R в V5, V6 более 25 мм, увеличения амплитуды зубца R в I, II, III отведениях более 20 мм, индекс Соколова-Лайона более 35 мм, Корнельский вольтажный индекс более 20 мм).

Задача 28. У больной 53 лет частые головные боли в течение 1 года. При осмотре: расширения границы относительной тупости сердца нет, отеков, цианоза нет, пульс 68 в мин., твердый, АД – 150/110 мм. рт. ст. Систолический шум над почечной артерией справа. Изменение артерий и вен глазного дна.

- О каком синдроме идет речь?
- О чем говорит систолический шум над почечной артерией?
- Какие изменения можно выявить на глазном дне?

Ответ. 1. Речь идет о гипертензивном синдроме, часто развивающемся при заболевании почек.

2. Шум над почечной артерией говорит о наличии стеноза правой почечной артерии.
3. Во время офтальмоскопии – исследования глазного дна – можно выявить сужение сосудов глазного дна, их склерозирование.

Задача 29. У больного 48 лет впервые выявлен систолический шум на верхушке. При осмотре: расширение границы относительной тупости сердца влево, отеков, цианоза нет, пульс 100 в мин., твердый, АД – 180/80 мм. рт. ст. Пальпаторно – увеличение щитовидной железы, экзофтальм.

- О каком синдроме идет речь?
- Какова причина систолического шума?

Ответ. 1 У данной больной наблюдают признаки гипертиреоза.

2. Причиной систолического шума является гипердинамическое кровообращение (ускорение кровотока в самом сердце).

Задача 30. У больного язвенной болезнью появились: бледность, холодный пот, головокружение, доходящее до обморока, зевота, пульс до 110 ударов в 1 минуту; пульс нитевидный; АД 85/70 мм рт.ст.

- О какой ситуации в течении язвенной болезни у данного больного вы думаете?
- Какие исследования необходимо провести, чтобы уточнить характер происшедших у больного изменений?

ОТВЕТ: У больного осложнение язвенной болезни - кровотечение. Показана срочная госпитализация в хирургическое отделение, клинический анализ крови, определение уровня гемоглобина, эритроцитов, ЦП, эндоскопическое исследование.

Задача 31. У больного на фоне обострения язвенной болезни возникла внезапная резкая «кинжальная» боль в животе. Больной принял вытянутое положение на боку с приведенными к животу ногами (поза «легавой собаки»; над всей поверхностью живота отмечается громкий тимпанит; брюшной пресс при пальпации – «доскообразный» (симптом «мышечной защиты»); печеночная тупость исчезла, отхождение газов задержано.

- О какой ситуации в течение язвенной болезни у больного Вы думаете?
- Какие исследования необходимо срочно провести, чтобы подтвердить Ваши предположения?

ОТВЕТ: У больного осложнение язвенной болезни – перфорация. Основным методом диагностики является обзорная рентгенография брюшной полости, при которой определяется свободный газ над печенью. Показана экстренная операция.

Задача 32. У больного язвенной болезнью отмечаются боли в подложечной области и в пилорoduоденальной области, беспокоит отрыжка съеденной до этого за 8-10 часов пищей, отрыжка «тухлым яйцом»; отмечалась однократная рвота с кислым содержимым и примесью остатков пищи, съеденной накануне. При осмотре подложечной области был отмечен симптом «валов»; а при пальпации обнаружен поздний «шум плеска» (через 6-8 часов после еды).

- О каком клиническом синдроме идет речь?
- Какие исследования необходимо провести больному, чтобы уточнить ваше предположение?

ОТВЕТ: У больного осложнение язвенной болезни – пилорoduоденальный стеноз, декомпенсированный. Показано эндоскопическое исследование (золотой стандарт) с прицельной биопсией. Оперативное лечение.

Задача 33. Больной язвенной болезнью обратился к врачу с жалобами на общую слабость, периодические боли в эпигастрии, тошноту. За 2 дня до обращения к врачу отметил «черный стул». При осмотре больной бледный, болезненность в пилорoduоденальной области.

- О наличии какого синдрома у больного Вы думаете?
- Какое исследование необходимо провести, чтобы уточнить характер изменений у больного?

ОТВЕТ: У больного обострение язвенной болезни, осложненное кровотечением. Показана экстренная госпитализация, клинический анализ крови, эндоскопическое исследование.

Задача 34. Больную беспокоят боли приступообразного характера в эпигастрии и правом подреберье, возникающие чаще после жирной или жареной пищи. При этом боли иррадиируют в спину и купируются инъекциями спазмолитиков, баралгина, наркотиков. Боли носят опоясывающий характер. При осмотре: больная повышенного питания, на коже живота отмечаются “красные капельки”, тургор кожи снижен, живот вздут. При пальпации живота отмечается болезненность в месте проекции ПЖ, хотя сама железа не пальпируется. Симптом поворота положительный.

- О какой патологии следует думать?

- Какие исследования необходимо провести, чтобы уточнить характер поражения органа?

ОТВЕТ: Обострение хронического панкреатита. Клинический анализ крови, альфа-амилаза, липаза, трипсин, уровень глюкозы, острофазовые показатели и осадочные пробы, АлАТ, АсАТ, ЩФ, ГГТП, билирубин, эластаза сыворотки крови. Копрологическое исследование. Ультразвуковое исследование поджелудочной железы, печени, желчного пузыря.

Задача 35. У больного, давно злоупотребляющего алкоголем, отмечаются периодические боли в эпигастрии, иногда по типу правого полупояса, снижение аппетита, похудание, снижение настроения, ипохондрия, депрессивное состояние. При осмотре: желтушность кожных покровов и видимых слизистых, тургор кожи снижен. При пальпации живота отмечается болезненность в точке Дежардена, здесь же и в зоне Шоффара отмечается болезненная упругая резистентность. Печень по *lin. medioclavicularis* выходит из под края реберной дуги на 3 см, умеренно плотная, гладкая, немного болезненная.

- О какой патологии следует думать? Какие синдромы поражения органов выявляются у больного?

- Какие исследования необходимо провести больному, чтобы подтвердить наши предположения?

ОТВЕТ: Алкогольная болезнь печени, поджелудочной железы (хронический гепатит, хронический панкреатит). Ультразвуковое исследование поджелудочной железы, печени, желчного пузыря. Клинический анализ крови, АлАТ, АсАТ, ЛДГ, ГГТП, билирубин, глюкоза, амилаза, липаза, трипсин, ЩФ, острофазовые показатели и осадочные пробы. Копрологическое исследование.

Задача 36. Больной жалуется на периодические боли в верхней части живота, которые появляются на фоне даже небольших погрешностей в диете (употребление бутерброда с маслом, сыром; котлеты); жидкий блестящий стул, плохо смываемый с унитаза, метеоризм, похудание. При лечении диетой №5 (резкое ограничение жиров и богатой белком), спазмолитиками, ферментными препаратами отмечает улучшение.

- О каком синдроме идет речь?

- Какие необходимо провести исследования, чтобы подтвердить Ваше предположение?

ОТВЕТ: О синдроме поражения поджелудочной железы. Ультразвуковое исследование поджелудочной железы, печени, желчного пузыря. Клинический анализ крови, амилаза крови и мочи, липаза, трипсин, глюкоза, ЩФ, ГГТП, АлАТ, АсАТ, Острофазовые и осадочные пробы. Копрологическое исследование (стеаторея, креаторея, амилорея).

Задача 37. У больного после длительного приема алкоголя (250-300 мл/с) в течение последнего года отмечаются боли в поясничной области. Лечился безуспешно по поводу пояснично-крестцового радикулита. Отмечается похудание, бледность кожных покровов, снижение тургора кожи. Периодически отмечает явление диспепсии (тошнота, сухость во рту, отвращение к жирной пищи), жидкий “жирный” стул 2-3 кратный стул. При пальпации живота, когда искусственно был создан поясничный лордоз (с помощью валика под поясничной областью) отмечается болезненная немягкая резистентность (в правой и средней области выше правой части большой кривизны желудка), а в левой области (в т. Мейо-Робсона) отмечается опухолевидное образование. При пальпации больной отмечает иррадиацию боли в спину.

- Какие симптомы поражения поджелудочной железы отмечаются у больного?

- Какие методы исследования необходимо провести у данного больного, чтобы составить максимальное представление о поражении поджелудочной железы?

ОТВЕТ: Болевой, диспепсический, нарушенного всасывания, опухолевидное образование в области хвоста поджелудочной железы. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости. Клинический анализ крови, печеночные тесты, глюкоза, амилаза, липаза, трипсин, ЩФ. Копрологическое исследование (стеаторея, амилорея, креаторея).

Задача 38. У больной 42 лет около двух лет отмечаются боли в правом подреберье. Они возникают на фоне погрешностей в диете (приём жирной и острой пищи). Последняя госпитализация обусловлена появлением боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо и правую лопатку после приёма жирной пищи. Отмечена необильная рвота с примесью желчи. Рвота не принесла облегчения. Объективно: Кожа и слизистые бледно-розовые, язык обложен белым налётом, сухой. Живот мягкий, обычной формы, не вздут. Отмечается пальпаторная болезненность в правом подреберье и в эпигастрии, положительные симптомы Захарьина-Кера, Грекова-Ортнера и Образцова – Мерфи.

- Какова наиболее вероятная причина болей в правом подреберье.

- Назовите основную причину иррадиации болей в правое плечо и правую лопатку.

- О какой патологии гепатобилиарной системы свидетельствуют положительные симптомы Захарьина-Кера, Грекова-Ортнера и Образцова – Мерфи?

Ответ. 1. Причиной болей является воспалительная инфильтрация стенки желчного пузыря и раздражение болевых рецепторов, которая подтверждается пальпаторной

болезненностью пузыря и положительными симптомами непосредственного и опосредованного раздражения желчного пузыря.

2. Отраженные боли в правой половине грудной клетки связаны с раздражением чувствительных рецепторов блуждающего, симпатического и диафрагмального нервов.

3. Хронический холецистит в стадии обострения.

Задача 39. Больной 23 лет. 2 года назад после значительной физической нагрузки появились боли в правом подреберье, слабость, снижение аппетита, похудение. Объективно: Пониженного питания. Склеры и кожные покровы желтушны. Печень увеличена на 3 см, край округлый, гладкий, умеренно болезненный. Селезёнка не увеличена. В крови: билирубин общий – 54,72 мкмоль/л, непрямой – 52,16 мкмоль/л, прямой – 2,56 мкмоль/л, АЛТ – 78 ед., АСТ – 81 ед. В пунктате печени большое количество гепатоцитов крупных одно, двоядерных, в цитоплазме – мелкие и средние капли жира. Портальные тракты расширены, склерозированы. Повторное обследование больного и проведение исследований через 6 лет динамики клинических и лабораторных показателей не выявило.

- О какой патологии гепатобилиарной системы вероятнее всего свидетельствуют жалобы и данные объективного обследования?

- О чём свидетельствуют данные биопсии печени?

- Признаки какого процесса отражают данные биохимического исследования крови?

Ответ. 1. Хронический гепатит

2. О хроническом неактивном гепатите с воспалительным процессом в перипортальных зонах, нерезко выраженными дистрофическими изменениями гепатоцитов, увеличением печени.

3. Признаки обострения хронического гепатита с наличием умеренной гипербилирубинемией и небольшим повышением трансаминаз крови.

Задача 40. У больного 53 лет, жалобы на боли в поясничной области слева, субфебрилитет в течение двух недель. При обследовании выявлено артериальное давление 120/80 мм рт. ст., пульс 76 в 1 мин. Симптом Пастернацкого положительный, почки не пальпируются. В моче - относительная плотность 1,019, лейкоциты – 50 -60 в поле зрения. При УЗИ брюшной полости – расширение лоханок и деформация чашечек в левой почке.

- О каком синдроме идет речь?

- Как называется увеличение количества лейкоцитов в моче?

- Какой дополнительный метод обследования необходимо провести больному для уточнения количественного содержания лейкоцитов, эритроцитов и цилиндров в моче?

Ответ. 1. Синдром воспаления почечных лоханок.

2. Лейкоцитурия (пиурия при наличии лейкоцитов больше 60-100 в поле зрения).

3. Анализ мочи по Нечипоренко.

Задача 41. Больной 63 лет в течение шести лет отмечает тяжесть в правом подреберье, непостоянное появление желтушности склер и кожи. Периодически отмечает урчание в животе и его вздутие. Злоупотребляет алкоголем. Временами моча приобретает цвет пива. При обследовании отмечено значительное увеличение печени и селезёнки. Край печени плотный, острый. Сканирование печени показало нарушение её структуры, а также чётко зафиксировано сканирование селезёнки.

- Какая возможная причина увеличения печени?
- Как называется синдром, выявленный при сканировании печени?

Ответ. 1. Алкогольный цирроз печени.

2. Гепатолиенальный синдром, развившейся вследствие значительного увеличения печени у больного циррозом печени.

Задача 42. У больной 68 лет постоянные ноющие боли в правом подреберье, временами субфебрильная температура. В анамнезе хронический калькулёзный холецистит. При осмотре: желтухи нет. Живот мягкий, умеренно болезненный в точке желчного пузыря. Положительный симптом Лепене-Василенко. Больной проведена холецистография. Контрастирования желчного пузыря не наступило. УЗИ желчного пузыря подтвердило его уменьшение с утолщением стенок при небольших конкрементах в пузырном протоке.

- О какой патологии желчного пузыря свидетельствуют данные УЗИ?
- Какова причина отсутствия контрастирования желчного пузыря?

Ответ. 1 Хронический калькулёзный холецистит.

2. Закупорка конкрементом пузырного протока, так называемый отключенный желчный пузырь.

Задача 43. Больная в возрасте 9 лет перенесла хорею, а 11 лет – впервые диагностирован митральный порок сердца. В возрасте 20 лет у больной, после перенесенной ангины, через 2 недели появились боли в коленных и локтевых суставах, затем плечевых. Боли носили летучий характер, отмечалась припухлость и болезненность при движениях в этих суставах. Температура - 37.8. Кожа над суставами – горячая. После назначения соответствующего лечения через 2 недели суставные проявления полностью исчезли.

- Для какого заболевания характерен указанный в задаче суставной синдром?
- Типична ли деформация суставов при хроническом течении этого заболевания.?
- Укажите этиологическую причину появившегося суставного синдрома, и как ее доказать при лабораторном исследовании

Ответ. 1. Ревматическая лихорадка (ревматизм).

2. Деформация суставов не типична, воспалительные изменения в суставах полностью проходят.

3. Этиологическим агентом ревматизма является бета-гемолитический стрептококк группы А. Выявляется в крови методом посева (стрептококковая бактериемия),

обнаружение стрептококковых антигенов и антител в крови (антистрептолизин-О, антистрептокиназа, антистрептогиалуронидаза), мазок из зева.

Задача 44. Больная 56 лет 3 недели назад перенесла приступ острых болей в левом подреберье, усиливающихся при глубоком дыхании. В течении 4,5 лет отмечается тяжесть в левом подреберье, слабость, потливость, субфебрилитет, похудание. При осмотре: пониженного питания, кожа бледная чистая. Увеличение лимфоузлов незначительно. Поколачивание по костям болезненно. Пальпируется плотная болезненная печень 13*12*10 см (по Курлову). Селезенка выступает из подреберья на 8 см безболезненная 12*18 см.

- Ваш диагноз.

- С чем связан, наблюдавшийся у больного болевой приступ?

- Какие изменения можно ожидать в анализах крови больного?

Ответ. 1. Хронический миелолейкоз.

2. Развитие инфаркта селезенки.

3. Обычно отмечается значительное повышение лейкоцитов, преимущественно за счет гранулоцитов, присутствуют зрелые (палочкоядерные, сегментоядерные), очень молодые клетки – миелоциты, промиелоциты, а также при хронической форме миелолейкоза – характерно наличие переходных форм. Доказательным при миелолейкозе является наличие базофилии 4-5%.

Задача 45. Больная С. 35 лет поступила в клинику с жалобами на общую слабость, головокружение. В течение последних 5 лет неодолимое желание есть мел. Из анамнеза выявлено, что у больной выраженная менорагия - 120 мл крови ежемесячно (норма 35-40 мл).

- О какой патологии следует думать?

- Укажите наиболее характерный признак при аускультации сердца при данной патологии.

- Патогномоничный лабораторный признак для данного заболевания.

Ответ. Хроническая постгеморрагическая, железодефицитная анемия.

При аускультации сердца.

Отмечается тахикардия. Возможно наличие систолического шума на верхушке и на основании сердца. При неизменных тонах сердца. В тяжелых случаях, анемий. может, выслушиваться над яремной веной "Шум волчка". Патогномоничные лабораторные признаки для данного заболевания: снижение концентрации железа в сыворотке, В общем, анализе крови: снижение гемоглобина, снижение светового показателя (гипохромия). Изменения со стороны эритроцитов (микроцитоз, анизоцитоз, пойкилоцитоз). Повышение общей железосвязывающей способности, снижение насыщения трансферрина железом.

Задача 46. Больной М., 24 лет в течение 10 дней лечился по поводу ангины, однако состояние ухудшалось, появилась лихорадка гектического типа, сопровождающаяся профузными потами, резкая слабость. Объективно: сознание

спутано, только при повторных, громко сказанных вопросах, больной медленно и не всегда внятно и правильно отвечает. Кожные покровы бледные. Выявляются стоматит, некрозы слизистой оболочки рта, некротическая ангина. Подчелюстные и шейные лимфоузлы с обеих сторон увеличены, подвижны, не спаяны с кожей и между собой. Имеется гепато- и спленомегалия.

- О какой патологии следует думать?
- Оцените характер нарушения сознания у больного?
- Укажите лабораторный симптом патогномичный для описанной патологии?

Ответ Вероятно, у больного дебют острого лейкоза. У больного отмечается нарушение сознания по типу ступора на фоне выраженной интоксикации в связи с язвенно некротическим, септическим и интоксикационным синдромами. Характерные лабораторные симптомы: увеличение лейкоцитов, большой процент бластных клеток. Лейкемический, провал (hiatus leukemicus). Возможны анемия и тромбоцитопения, значительное увеличение СОЭ.

Задача 47. Больной 58 лет жалуется на общую слабость, недомогание, потливость, кожный зуд, субфебрилитет. Последние дни появилось удушье инспираторного типа. При исследовании: кожа и видимые слизистые бледные, значительное увеличение шейных и подмышечных лимфоузлов, тестовато-эластической консистенции, не спаяны между собой и с кожей, подвижны, безболезненны, кожа над ними не изменена. Размеры печени по Курлову 14 x 13 x 13, печень плотная, безболезненная. Пальпируется плотная, безболезненная селезенка. При клиническом анализе крови выявлены тени Боткина-Гумпрехта.

- О какой патологии следует думать?
- Какой гематологический показатель патогномичен для этой патологии?
- Каков возможный механизм возникновения одышки у данного больного?

Ответ У больного хронический лимфолейкоз. Патогномичным для данного заболевания со стороны крови является гиперлейкоцитоз (значительное увеличение лейкоцитов), очень большой процент лимфоцитов в лейкоцитарной формуле, наличие теней Боткина-Гумпрехта. Что касается механизма возникновения одышки у данного больного, то если бы она была экспираторного характера, то это возможно было бы связано со сдавлением бронхов увеличенными лимфоузлами средостения. А так как говорится в условии задачи об инспираторных приступах удушья, то это вероятно связано с сопутствующей кардиальной патологией.

Задача 48. У больной 45 лет после длительной ходьбы внезапно ночью появились очень сильные боли в 1 плюснефаланговом суставе, сопровождающиеся яркой гиперемией и припухлостью. Боли сопровождались ознобом, повышением температуры. Через 5 дней боли значительно уменьшились, температура нормализовалась, припухлость и гиперемия исчезли. Через год описанная клиническая картина повторилась, к тому времени появились боли в голеностопных суставах и коленных суставах. При исследовании коленные,

голеностопные суставы отечные, горячие на ощупь, в области ушных раковин, в области больших пальцев стоп определяются округлые образования, через кожу которых просвечивает белого цвета содержимое.

- Для какой патологии характерен выше описанный суставной синдром?
- Укажите названия выявленным узелкам в области суставов и ушных раковин.
- Оцените характер болей в суставах.

Ответ

Описанный суставной синдром характерен для подагры.

Выявленные узелки являются тофусами (отложение кристаллов мочевой кислоты).

Боли в суставах являются проявлением подагрического артрита.

Задача 49. 45-летняя женщина с длительным суставным синдромом и деформацией суставов кистей стоп. Начало заболевания характеризуется поражением мелких суставов кистей и стоп- прежде всего плюснефаланговых и пястнофаланговых суставов. Боли в суставах наиболее интенсивные в первой половине дня и сопровождаются утренней скованностью. За 10 лет болезни – периоды обострений, при этом нарастали припухлость суставов, болезненность и ограничение подвижности и в других суставах. Появилась деформация пальцев кисти в виде «гусиной шеи», деформация кисти в виде «ласт моржа». В области локтевых суставов – узелки различной величины. Из системных проявлений наблюдались – атрофия межкостных мышц, лихорадка, анемия. В период обострения заболевания в анализе крови выявлялись признаки, отражающие воспалительный процесс.

- Дайте названия узелкам, появившимся в области локтевых суставах
- Назовите показатели клинического и биохимического анализа крови, отражающие обострение этого суставного синдрома.
- Чем обусловлен симптом утренней скованности?

Ответ У больной ревматоидный полиартрит. Узелки в области локтевых суставов являются т.н. ревматоидными узелками. Показателями клинического и биохимического анализов крови, которые отражают обострение этого заболевания являются: СОЭ, альфа 2 и гамма-глобулины, С-реактивный белок.

При обострении они увеличиваются.

Скованность в области суставов по утрам, возможно, связана с увеличением выпота в суставах и отеком периартикулярных мягких тканей.

Задача 50. У 53-летнего мужчины после возвращения из ресторана ночью появились резкие боли в области большого пальца левой стопы, повысилась температура тела до 38гр. При осмотре выявлена припухлость 1-го плюснефалангового сустава стопы, яркая гиперемия кожи вокруг него. Прикосновение к большому пальцу вызывает резкое усиление боли.

- Какой лабораторный показатель имеет наибольшее значение для этого заболевания?
- Как называются узелки, появляющиеся при этом поражении суставов, и их типичная локализация?

- Какая диета провоцирует обострение этого заболевания?

Ответ

У больного дебют подагры. Острый подагрический артрит. Наибольшее значение из лабораторных показателей имеет концентрация мочевой кислоты в крови. В данном случае она должна быть повышена. Подкожные узелки, появляющиеся при этом заболевании представляют собой отложение кристаллов мочевой кислоты и называются тофусами. Наиболее их типичная локализация в области плюсне-фаланговых суставах, в области локтевых суставов, в области ушных раковин. Что касается диеты, то должны быть исключены алкоголь и пища богатая пуринами.

Задача 51. Больная 60 лет, повышенного питания, жалуется на боли в поясничном отделе позвоночника, в коленных, голеностопных суставах, суставах стоп и кистей. Боли усиливаются к концу дня после физической нагрузки, уменьшаются к утру. При осмотре – узелки у основания концевых фаланг пальцев, болезненные при пальпации. Пальпация коленных суставов: в области левого коленного сустава выявляется синовит, в этом же суставе - ограничение объема движений. На рентгенограмме коленных суставов и кистей – выявляется сужение суставных щелей.

1. Укажите характер болей в суставах, которые испытывает больная?
2. Дайте название узелкам, выявленным у больной в области дистальных межфаланговых суставов кистей.
3. Какие еще рентгенологические признаки характерны для этого поражения суставов?

Ответ У больной деформирующий остеоартроз

Характер болей в суставах характерен для данного заболевания. Узелки, выявленные в области дистальных межфаланговых суставов кистей носит название узелки Гебердена. Рентгенологически помимо сужения суставных щелей может отмечаться подхрящевой остеосклероз, деформация суставных поверхностей, остеофиты.

Задача 52. Больная 50 лет обратилась к врачу по поводу припухлостей в подмышечных областях размером с куриное яйцо. При расспросе выявлены: быстрая утомляемость, кожный зуд, субфебрильная температура. Объективно: кожа бледная, со следами расчесов с участками гиперемии и инфильтрации. Миндалины увеличены, в подмышечных и паховых областях пальпируются увеличенные до размеров грецкого ореха, эластичной консистенции, безболезненные не спаянные между собой и с кожей лимфоузлы. Размеры печени по Курлову 12*10*8, селезенка 10*8, безболезненная.

- О каком заболевании идет речь?
- Какой гематологический симптом патогномоничен для описанной патологии?
- Какие изменения в клиническом анализе крови характерны для данного заболевания?

Ответ У больного хронический лимфолейкоз.

Гематологическими симптомами патогномоничными для данной патологии является: в общем, анализе крови значительное увеличение числа лейкоцитов (гиперлейкоцитоз), очень высокий процент лимфоцитов в лейкоцитарной формуле, наличие теней Боткина-Гумпрехта. При исследовании стернального пункта высокий процент лимфоцитов. При пункции лимфатического узла или селезенки почти 100% клеточного состава. составляют лимфоциты.