***Примерные ситуационных задачи к экзамену***

***по дисциплине ПВБ, ЛД***

**Знакомство студентов с клиникой. Схема истории болезни. Расспрос и внешний осмотр больного** *(задачи).*

**Задача № 1.**

Студент, заподозрив у обследуемого больного запущенный рак желудка, задал ему вопросы: «Болели ли Ваши ближайшие родственники раком? Не было ли рака у Вашего отца, матери? Посылал ли Вас участковый врач на консультацию к онкологу? Находили ли у Вас раньше опухоль в животе? Есть ли необходимость в постановке этих вопросов? Уместна ли постановка вопроса в такой форме? Как получить информацию на указанные вопросы?

**Задача № 2.**

В каких случаях при собирании анамнеза заболевания производится опрос родителей, родственников или знакомых больного?

**Задача № 3.**

Осмотрев на дому больного 24 лет с острым респираторным заболеванием, лежащего в постели, врач-интерн сделал запись в амбулаторной карте: «Состояние больного удовлетворительное. Положение в постели пассивное. Больной среднего роста, правильного телосложения, нормальной упитанности. Кожные покровы влажные, горячие, Т-37,8 С и т.д.»

Какие неточности и ошибки врач-интерн сделал при описании больного? Как бы Вы начали описание объективного статуса?

**Задача № 4.**

Студент 3 курса при написании академической истории болезни следующим образом изложил историю заболевания курируемой больной.» Заболела утром-почувствовала себя плохо; посмотрев в зеркало, увидела, что плохо выглядит, но встала с постели и начала заниматься привычными домашними делами: приготовила завтрак, проводила детей в школу, мужа на работу; погладила себе платье, позавтракала и пошла на работу. По дороге на работу больная зашла в молочный магазин и купила молоко и сметану; зашла в хлебный и овощной магазины. Так как долго не было автобуса, больная опоздала на 10мин. На работу, в связи с чем была вызвана к начальнику для объяснения. Он сказал:»---------«, она сказала:»--------«; он сказал:»----« она сказала:»-и т.д. После разговора с начальником больной стало совсем плохо; сослуживцы дали выпить больной какие-то лекарства, но состояние не улучшилось. Была вызвана «Скорая помощь» и больная доставлена в больницу.

Оцените данный анамнез. Чего не хватает в нем? Как, на Ваш взгляд, следовало бы оформить данный раздел истории болезни?

**Задача № 5.**

Врач начал собирание анамнеза с выяснения места работы, профессии и должности больного. Правильна ли тактика врача? Почему?

**Задача № 6.**

Врач-терапевт, собирая анамнез болезни у заболевшего врача-хирурга, на вопрос, что у Вас болит, что Вас беспокоит? Получил ответ: »Беспокоят боли в сердце постоянного характера». Можно ли без изменения вышесказанные жалобы внести в историю болезни?

**Задача № 7.**

Рабочий телевизионного завода, рассказывая врачу о болезни, сказал, что у него бывают сильные ознобы, во время которых его трясет «как будто на вибрационном испытательном стенде». Целесообразно ли последнюю фразу больного перенести в историю болезни?

**Задача № 8.**

Врач-хирург, осматривая заболевшего терапевта, на вопрос, что у Вас болит, получил ответ: «Меня беспокоят сильные постоянные боли ноющего характера в области аппендикса». Можно ли без изменения вносить в историю болезни ответ больного врача?

**Задача № 9.**

Студент во время ночного дежурства осмотрел больного и не нашел изменений окраски кожных покровов и видимых слизистых. Утром он обнаружил у этого больного желтушное окрашивание кожи и склер и сделал вывод о наличии желтухи, развившейся в течении ночи. Справедлив ли вывод студента?

**Задача № 10.**

С именем какого ученого связана научно обоснованная разработка анамнестического метода исследования больного? Из каких разделов состоит анамнез?

**Задача № 11.**

Врачу-психиатру необходимо собрать анамнез у заболевшего рабочего. Для этого ему предоставлено на выбор два помещения - большая светлая комната, в которой у аварийного телефона дежурит сотрудник завода, и небольшая, плохо освещенная комната. Которое из этих помещений должен выбрать врач для собирания анамнеза?

Определите основные требования, предъявляемые к окружающей обстановке для собирания анамнеза?

**Задача № 12.**

Будет ли меняться схема собирания анамнеза у больного, страдающего заболеваниями: сердца, желудка, органов дыхания?

**Расспрос и общий осмотр больных с заболеваниями органов дыхания. Осмотр и пальпация грудной клетки*.*** *(ЗАДАЧИ*)

**ЗАДАЧА 1.**

Форма грудной клетки больного не изменена, правая половина ее отстает от левой в акте дыхания. Больной сдерживает кашель, который вызывает боль в грудной клетке справа.

Как должен врач расценивать этот симптом? Что вовлечено в патологический процесс?

**ЗАДАЧА 2.**

Пальпируя грудную клетку больного врач обнаружил понижение эластической способности грудной клетки и слабое проведение голосового дрожания равномерно с обеих сторон.

В каких случаях при пальпации грудной клетки могут быть получены подобные данные?

**ЗАДАЧА 3.**

При пальпации грудной клетки больного врач определил усиление голосового дрожания слева под лопаткой.

Каковы возможные причины подобного изменения голосового дрожания?

**ЗАДАЧА 4.**

Пальпируя грудную клетку больного, врач определил болезненность межреберий слева, напряжение мягких тканей межреберных промежутков и резкое ослабление голосового дрожания.

О чем должен подумать врач, получив такие сведения?

**ЗАДАЧА 5.**

Проводя осмотр грудной клетки больного, врач обратил внимание на ограниченное увеличение в области второго ребра, ближе к грудине справа.

Что должен исключить врач в первую очередь?

**ЗАДАЧА 6.**

Форма грудной клетки не изменена. Однако отмечается отчетливое отставание левой ее половины в акте дыхания.

Как должен расценивать врач данный симптом? Должен ли он думать о заболевании легкого или плевры?

**ЗАДАЧА 7.**

В стационар направлен больной с правосторонним эксудативным плевритом.

Какие патологические изменения можно выявить у данного больного при осмотре и пальпации грудной клетки?

**ЗАДАЧА 8.**

У больного бронхиальной астмой обнаружена эмфизематозная грудная клетка.

Какие патологические изменения можно выявить у данного больного при пальпации грудной клетки?

**ЗАДАЧА 9.**

При пальпации грудной клетки больного обращало на себя внимание выраженное западание над- и подключичных ямок справа, втяжение подлопаточного пространства справа, правая лопатка расположена ближе к позвоночнику, правое плечо опущено, правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания.

О каком патологическом процессе в легких должен прежде всего подумать врач при таких данных осмотра грудной клетки.

**ЗАДАЧА 10.**

Осмотр грудной клетки больного показал, что левая половина ее несколько увеличена, умеренно сглажены межреберья и отмечается отставание в акте дыхания.

О каких процессах должен подумать врач?

**ЗАДАЧА 11.**

Осматривая больного, врач обратил внимание на форму грудной клетки. Создалось впечатление, что она находится в инспираторном положении, над- и подключичные ямки сглажены, ребра занимают почти горизонтальное положение, особенно расширена верхняя половина грудной клетки, дыхательная экскурсия уменьшена с обеих сторон.

Как называется подобная грудная клетка? При какой патологии легких она бывает?

**ЗАДАЧА 12.**

Врач обследовал больного среднего возраста с умеренно выраженным подкожно-жировым слоем нормальной грудной клеткой, он обнаружил, что справа в области нижней доли совершенно не проводится голосового дрожание.

Какими причинами мог объяснить врач отсутствие голосового дрожания?

**Сравнительная и топографическая перкуссия легких** *(ЗАДАЧИ)*

***ЗАДАЧА 1.***

При сравнительной перкуссии легких в 6 межреберье слева по передней подмышечной линии врач определил тимпанический звук. На основании этого сделал заключение о возможном наличии полости в нижней доле левого легкого.

Прав ли врач, сделав на основании сравнительной перкуссии такое заключение?

***ЗАДАЧА 2.***

При перкуссии грудной клетки врач обнаружил притупление легочного звука справа. Верхняя граница этого притупления имеет форму параболической линии с вершиной по задней подмышечной линии

О каком процессе и где протекающем должен подумать врач? Что он должен исследовать дополнительно для подтверждения своей мысли и что при этом получить?

***ЗАДАЧА 3.***

При сравнительной перкуссии легких врач определил притупление легочного звука справа в шестом межреберье по передней подмышечной линии. На основании этого сделал заключение о наличии воспалительной инфильтрации в этой области.

Какие причины могут вызывать данный симптом? Как подтвердить предположение врача?

***ЗАДАЧА 4.***

Проводя определении нижней границы правого легкого, врач нашел ее на 2см выше нормы по всем линиям.

О чем должен был подумать врач?

***ЗАДАЧА 5.***

Определяя нижнюю границу легких, врач нашел равномерное опущение ее на 2см, дыхательная экскурсия легочного края по лопаточной линии с обеих сторон –3см.

О каком патологическом процессе в легком должен подумать врач? Какой звук он услышит при сравнительной перкуссии?

***ЗАДАЧА 6.***

Определяя ширину полей Кренига с помощью топографической перкуссии, врач нашел ее равной 10см.

При каком состоянии возможно такое изменение?

***ЗАДАЧА 7.***

В области пространства Траубе врач определил притупление легочного звука.

Какой звук должен определяться в области пространства Траубе в норме? О чем говорит притупление легочного звука в этой области?

***ЗАДАЧА 8/1.***

Обследуя полного человека, врач применил тихую перкуссию. При этом он не обнаружил изменение легочного звука. При рентгенологическом исследовании врач-рентгенолог обнаружил затемнение размером 2на1,5см находящееся на глубине 7см.

В чем ошибка врача? Почему он не смог определить перкуторно данный патологический очаг?

***ЗАДАЧА 8/2***

При перкуссии легких врач определил тупость справа с верхней границей в виде линии Дамуазо. Голосовое дрожание в области тупости ослаблено.

Какие данные может получить врач при осмотре, пальпации и перкуссии грудной клетки? О каком патологическом процессе должен подумать врач?

***ЗАДАЧА 9.***

Перкутируя грудную клетку больного с помощью тишайшей перкуссии, врач обнаружил притупление легочного звука.

На какой глубине залегал патологический фокус и какой характер он носил/полость или уплотнение/?

***ЗАДАЧА 10.***

При проведении топографической перкуссии легких врач обнаружил притупление легочного звука справа в виде линии Дамуазо. С этой же стороны над притуплением у позвоночника он услышал притупленно-тимпанический звук.

При каком процессе в легких появляется притупление в виде линии Дамуазо? Чем объяснить притупленно-тимпанический звук у позвоночника над притуплением с больной стороны? Как эта область называется?

***ЗАДАЧА 11.***

При проведении перкуссии легких врач обнаружил слева притупление легочного звука с верхней границей в виде линии Дамуазо, справа у позвоночника в области нижней границы он также определил притупление легочного звука.

Какой процесс в легком приводит к появлению притупления легочного звука с верхней границей в виде линии Дамуазо? Чем объяснить притупление легочного звука со здоровой стороны?

***ЗАДАЧА 12.***

Применяя тихую перкуссию, врач определил притупление легочного звука справа с верхней границей в виде линии Дамуазо и высказал мысль о наличии экссудата в плевральной полости.

Какое количество жидкости должно быть в плевральной полости, если врач определил его с помощью тихой перкуссии? Как изменяется голосовое дрожание над участком притупления?

**Аускультация легких (***ЗАДАЧИ )*

**Задача 1.**

При проведении сравнительной перкуссии легких у полного человека врач определил притупление легочного звука над поверхностью обоих легких.

Как должен расценивать врач притупление легочного звука, с чем оно связано? Каковы результаты пальпации грудной клетки? Какое дыхание должен выслушать врач у этого больного?

**Задача 2.**

При перкуссии легких справа ниже 2-го ребра определяется тупой перкуторный звук.

Какое дыхание будет выслушиваться на больной и здоровой стороне? Куда будет оттеснено легкое на больной стороне? Чем объяснить эти изменения?

**Задача 3.**

При рентгеноскопии грудной клетки врач обнаружил закрытие просвета правого нижнедолевого бронха каким-то образованием.

Изменится ли дыхание в нижней доле правого легкого при частичном и полном закрытии просвета бронха? Если изменится, то как? Что произойдет с легким при полном закрытии просвета бронха и как называется это состояние ?

**Задача 4.**

У больного невропатолог диагностировал парез диафрагмы и дыхательной мускулатуры.

Изменится ли дыхание у этого больного?

**Задача 5.**

При проведении сравнительной перкуссии легких врач определил коробочный звук над обоими легкими, нижняя граница легких опущена на 3 см, ограничена активная подвижность легочных краев.

О каком процессе в легких должен подумать врач при этих данных? Какое будет выслушиваться дыхание у этого больного ?

**Задача 6.**

При осмотре и пальпации грудной клетки врач обнаружил перелом 4 и 5 ребер слева по задней подмышечной линии.

Возможно ли изменение дыхания в данном случае, какой характер оно будет носить?

**Задача 7.**

Два врача выслушивали одного больного. В легких с обеих сторон они услышали в нескольких местах звучные влажные хрипы (мелко- и среднепузырчатые). Один врач заподозрил наличие у больного очагов воспалительной инфильтрации в легких, другой – острый бронхит.

Какой из врачей был прав ?

**Задача 8.**

У больного наступил острый спазм бронхов.

Какое дыхание над легкими должен услышать врач у этого больного?

**Задача 9.**

Два врача выслушивали грудную клетку больного, сделали заключение о наличии крепитации. Один расценил эту крепитацию как воспалительную, а другой связал ее проявление с застоем в малом круге кровообращения.

Как разрешить разногласие врачей ? Какие признаки помогут им в этом процессе?

**Задача 10.**

При рентгеноскопии грудной клетки врач обнаружил справа под лопаткой полость с горизонтальным уровнем жидкости.

Какое дыхание должен услышать врач при условии сообщения этой полости с бронхом?

**Задача 11.**

Выслушивая грудную клетку больного, врач записал в истории болезни, что у больного имеются мелкопузырчатые влажные хрипы.Через 30 мин. Больной был обследован другим врачом, который сделал заключение о наличии крепитации в легких.

Какие признаки должны помочь разрешить несоответствие в заключениях?

**Задача 12.**

Придя на обход, врач разбудил больного и начал выслушивать легкие. При этом он услышал на высоте вдоха и при выдохе дополнительные дыхательные шумы. Через несколько минут после откашливания больного врач послушал его повторно и услышал нормальное дыхание, дополнительных шумов не было.

Как называется дополнительные дыхательные шумы, обнаруженные аврачом при первичном осмотре? Каков механизм их образования?

**ОСНОВНЫЕ СИНДРОМЫ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ** (2-е занятие**).** *ЗАДАЧИ*

**ЗАДАЧА 1.**

При осмотре больного врач определил расширение межреберий, грудная клетка имеет бочкообразную форму. При перкуссии определяется легочный звук с коробочным оттенком, при аускультации выслушиваются рассеянные единичные сухие хрипы.

Что еще может увидеть врач при осмотре больного и определить при пальпации грудной клетки? Какое дыхание будет выслушиваться у данного больного, изменится ли бронхофония? О каком процессе в легких должен подумать врач (выделите клинический синдром)?

**ЗАДАЧА 2.**

При перкуссии грудной клетки врач обнаружил притупление легочного звука в области нижней доли справа, на высоте вдоха выслушал крепитацию.

Что увидит врач при осмотре грудной клетки? Какие данные он может получить при пальпации? Какое будет выслушиваться дыхание при аускультации? Изменится ли бронхофония? О каком патологическом процессе должен подумать врач (клинический синдром)?

**ЗАДАЧА 3.**

При сравнительной перкуссии грудной клетки врач обнаружил тупой звук слева в области нижней доли. Бронхофония была резко усилена.

Какие данные должен получить врач при осмотре и пальпации грудной клетки? Какое дыхание в области тупости услышит врач? Какие побочные дыхательные шумы могут выслушиваться у больного? О каком патологическом процессе в легком должен подумать врач (клинический синдром)?

**ЗАДАЧА 4.**

Пальпируя грудную клетку больной, врач определил усиление голосового дрожания слева в области нижней доли.При аускультации выслушивается жесткое дыхание.

Что мог увидеть врач при осмотре грудной клетки больной? Какие данные могли быть получены при пальпации? Какие дополнительные дыхательные шумы могли выслушиваться? О каком патологическом процессе (клиническом синдроме) должен был подумать врач прежде всего?

**ЗАДАЧА 5.**

При осмотре грудной клетки больного врач обнаружил умеренное втяжение под правой лопаткой, данная половина грудной клетки отстает в акте дыхания, при пальпации состояние мягких тканей справа одинаковое с левой половиной; голосовое дрожание несколько усилено, при перкуссии незначительное притупление легочного звука и ограниченипе активной подвижности правого легкого.

Какие аускультативные данные можно получить у больного ( дыхание, бронхофония, дополнительные дыхательные шумы)? О каком процессе (клиническом синдроме) должен подумать врач?

**ЗАДАЧА 6.**

При осмотре грудной клетки больной врач определил умеренную сглаженность межреберных промежутков слева, некоторое увеличение данной половины грудной клетки. При пальпации – левая половина грудной клетки повышенной резистентности, голосовое дрожание и бронхофония ослаблены. При перкуссии определяется тупость в области нижней доли.

Что должен услышать врач при аускультации? О каком патологическом процессе (клиническом синдроме) должен подумать врач?

**ЗАДАЧА 7.**

При аускультации легких врач обнаружил усиленную бронхофонию , множественную крепитацию и единичные звучные мелкопузырчатые влажные хрипы слева в области нижней доли.

Что может получить врач при осмотре, пальпации и перкуссии грудной клетки? О каком патологическом процессе (клиническом синдроме) должен подумать врач?

**ЗАДАЧА 8.**

При перкуссии легких врач определил тупость справа с верхней границей в виде линии Дамуазо. Голосовое дрожание в области тупости резко ослаблено.

Какие данные может получить врач при осмотре, пальпации и перкуссии грудной клетки? О каком патологическом процессе (клиническом синдроме) должен подумать врач?

**ЗАДАЧА 9.**

Больной С. , 30 лет, обратился к врачу с жалобами на общую слабость, недомогание , Т-37,2 , кашель с небольшим кол-ом желто-зеленой мокроты. Болен неделю.В начале кашель был сухой и резкий, затем стал мягче и появилась мокрота. Объективно врач определил: грудная клетка нормостеническая, обе половины ее одинаково участвуют в акте дыхания, пальпаторно – голосовое дрожание проводится слабо с обеих сторон, при перкуссии легочный звук не изменен, аускультативно – дыхание везикулярное, усиленное, разнокалиберные незвучные влажные хрипы, свистящие сухие хрипы.

Каковы результаты пальпации и топографической перкуссии? Изменится ли бронхофония? О каком патологическом процессе ( клиническом синдроме) должен подумать врач?

**ЗАДАЧА 10.**

Больная К., 50 лет, обратилась к врачу с жалобами на экспираторную одышку, появляющуюся в ночное время. Больной во время приступа удушья принимает вынужденное положение – садится на кровати и упирается руками о ее край. Приступ сопровождается кашлем с трудноотделяемой мокротой. Объективно : грудная клетка несколько расширена, при аускультации выслушивается ослабленное дыхание, рассеянные свистящие и жужжащие хрипы. При анализе мокроты обнаружены эозинофилы и спирали Куршмана.

Что может определить врач при пальпации грудной клетки, сравнительной и топографической перкуссии легких? Как изменится бронхофония? Что еще можно обнаружить в мокроте? О каком патологическом процессе (клиническом синдроме) должен подумать врач?

**ЗАДАЧА 11.**

Больной Е., 35 лет, доставлен в терапевтическое отделение с жалобами на озноб , жар, (Т тела – 39-49 С), колющие боли в грудной клетке справа. Боли усиливаются при глубоком дыхании. Заболел ночью, остро.

Объективно: правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания от левой, дыхание в нижней доле правого легкого несколько ослаблено, бронхофония резко усилена.

О какой патологии (клинических синдромах) можно думать?

Что определит врач при пальпации и перкуссии грудной клетки, аускультации легких?

**ЗАДАЧА 12.**

Больной С., 25 лет, обратился к участковому врачу с жалобой на резкую боль в левой половине грудной клетки, боль усиливается при глубоком вдохе. Заболел 3 дня назад. При обследовании врач обнаружил следующее: левая половина грудной клетки отстает в акте дыхания от правой (ее больной щадит), при перкуссии определяется легочнфый звук, аускультативно – шум трения плевры, больше в подмышечной области.

О каком патологическом процессе (клиническом синдроме) должен подумать врач? Что он определит при пальпации, перкуссии и аускультации ( кроме шума трения плевры)?

**РАССПРОС, ОСМОТР БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ. ОСМОТР И ПАЛЬПАЦИЯ ОБЛАСТИ СЕРДЦА** *(задачи***).**

**ЗАДАЧА №1.**

При осмотре грудной клетки больного врач обнаружил выпячивание и разлитую пульсацию в области рукоятки грудины. Пульсация синхронна с сокращениями сердца.

О какой патологии сердечно-сосудистой системы мог подумать врач?

**ЗАДАЧА №2.**

При осмотре молодого больного врач определил выпячивание грудной клетки в области сердца, цианоз губ и отека на ногах.

Как мог объяснить врач данные осмотра? Как называется подобная форма грудной клетки, видимая в области сердца?

**ЗАДАЧА №3.**

При осмотре больного определяется втягивание грудной клетки в области верхушечного толчка в период систолы желудочков.

Как называется описанный толчок? Когда он определяется?

**ЗАДАЧА №4.**

Во втором межребрье у левого края грудины врач определил разлитую пульсацию, синхронную с сокращением сердца.

С чем может быть связана описанная пульсация? Когда она бывает?

**ЗАДАЧА №5.**

Непосредственно под мечевидным отростком врач определил разлитую пульсацию, которая характеризовалась преобладанием втягивания надчревной области. На шее в этот же период синхронно с сокращением сердца определялась венозная пульсация.

Чем можно объяснить в данном случае пульсацию надчревной области? Как называется описанная венозная пульсация?

**ЗАДАЧА №6.**

При осмотре больного врач обнаружил резкую бледность кожных покровов,”приподнимающий” верхушечный толчок, пульсацию сонных артерий и покачивание головы, синхронные с сокращениями сердца.

О чем должен подумать врач определив описанные признаки? Как можно их объяснить?

**ЗАДАЧА №7.**

При осмотре больного врач обратил внимание на выраженную пульсацию сонной артерии,”куполообразный” верхушечный толчок, который был смещен влево и вниз в 7 межреберье.

С чем связано смещение верхушечного толчка вниз и влево у данного больного?

**ЗАДАЧА №8.**

При осмотре грудной клетки больного видна сеть расширенных кожных вен в области рукоятки и верхней трети грудины, шеи и плечевого пояса.

О чем должен подумать врач? Чем объяснить описанную симптоматику?

**ЗАДАЧА №9.**

При проведении осмотра больного обращал на себя внимание резко увеличенный живот. Верхушечный толчок пальпировался на 1см левее левой срединно-ключичной линии в 5-ом межреберье. Правая и верхняя границы легких располагались на 1см выше нормального уровня.

Можно ли в данном случае объяснить смещение верхушечного толчка патологией со стороны сердца?

**ЗАДАЧА №10.**

У больного с бочкообразной грудной клеткой верхушечный толчок резко ограничен. При этом над легкими определяется коробочный оттенок легочного звука.

Как можно объяснить ограничение верхушечного толчка в данном случае?

**ЗАДАЧА №11.**

При пальпации области верхушки сердца врач определил симптом “кошачьего мурлыканья”.

О каком пороке сердца должен подумать врач и какие симптомы, характерные для этого порока, можно выявить при общем осмотре больного?

**Перкуссия сердца. Исследование артериального пульса. Измерение артериального давления *(задачи).***

**ЗАДАЧА №1.**

При обследовании больного врач обнаружил расположение верхушечного толчка на 0,5см влево от левой срединно-ключичной линии в 5-ом межреберье, его форма и сила не изменены. Правая и верхняя границы относительной тупости сердца в пределах нормы. При аускультации сердца отклонений от нормы не выявилось. Расположение диафрагмы соответствует нормальной нижней границе легких.

Как мог объяснить врач смещение верхушечного толчка?

**ЗАДАЧА №2.**

Обследуя сердечно-сосудистую систему больного, врач пальпировал верхушечный толчок на 2см левее левой срединно-ключичной линии в 5-м межреберье. Верхняя граница сердца на уровне 3-го ребра, правую-определить не удалось, т.к. она слилась с тупостью, определяемой в области правого легкого. Врач объяснял смещение верхушечного толчка увеличением левого желудочка.

Прав ли врач? Если нет, то как можно объяснить смещение верхушечного толчка?

**ЗАДАЧА №3.**

У больного малый и замедленный пульс(tardus), на аорте выслушивается грубый систолический шум, который проводится на сосуды шеи и в межлопаточное пространство.

Как изменятся границы сердца у данного больного? Какое будет артериальное давление? О каком поражении сердца или сосудов можно думать?

**ЗАДАЧА №3.**

При осмотре грудной клетки больного врач обнаружил надчревную пульсацию, верхушечный толчок в 5-м межреберье на 1,5см левее левой срединно-ключичной линии, нормальной формы и силы. Верхняя граница относительной тупости сердца определилась на уровне 3-го ребра, правая-на 4см вправо от правого края грудины.

Как можно объяснить смещение верхушечного толчка у данного больного?

**ЗАДАЧА №4.**

Обследуя сердце больного перкуторно, врач определил верхнюю границу относительной тупости сердца на уровне 2-го ребра, правую-на 3см правее правого края грудины, левую-на 1см внутри от левой срединно-ключичной линии.

Когда сердце имеет подобные границы относительной тупости? Как называется подобная конфигурация сердца?

**ЗАДАЧА №5.**

Перкуторно врач определил левую границу сердца на 2см влево от левой срединно-ключичной линии, правую на 1,5см вправо от правого края грудины, верхнюю- на уровне 2-го ребра. Расположение диафрагмы соответствует нормальной нижней границе легких.

О каком поражении сердца можно подумать на основании описанной симптоматики?

**ЗАДАЧА №6.**

При перкуссии грудной клетки врач определил коробочный оттенок перкуторного легочного звука, границы абсолютной тупости сердца резко уменьшены.

С чем можно связать уменьшение размеров абсолютной тупости сердца?

**ЗАДАЧА №7.**

Правая граница относительной тупости сердца определяется на 2,5см вправо от правого края грудины, верхняя- на уровне 3-го ребра, левую определить не удается, она сливается с тупостью перкутируемой в области левого легкого.

Как можно объяснить расширение правой границы сердца у данного больного?

**ЗАДАЧА №8.**

Левая граница относительной тупости сердца перкутируется по левой срединно-ключичной линии, правая - на 1,5см вправо от правого края грудины, верхняя - на уровне 3-го ребра. Наряду с этим заметно выраженное увеличение живота, пупок выступает над поверхностью живота.

Как может объяснить врач смещение левой границы относительно сердечной тупости?

**ЗАДАЧА №9.**

Врач, обследуя больного в горизонтальном положении, обнаружил левую границу относительной тупости сердца по левой срединно-ключичной линии в 5-м межреберье, правую -на 1см вправо от правого края грудины, верхнюю -на уровне 3-го ребра. На основании этого сделал заключение о расширении сердца влево.

Прав ли врач?

**ЗАДАЧА №10.**

Перкутируя сердце, врач определил увеличение сердца вверх/верхняя граница относительной сердечной тупости на уровне 2-го ребра/, правая граница относительной тупости -на 2,5см вправо от правого края грудины, левая -по левой срединно-ключичной линии. При рентгеноскопии левый сердечно-сосудистый угол/”талия сердца”/ не выражен, а наоборот, имеется выбухание в области левого предсердия. Расположение диафрагмы не изменено.

Как называется такая конфигурация сердца? Когда она бывает?

**ЗАДАЧА №11.**

Врач, у больного ростом 165см, определил левую границу относительной тупости сердца на 2см влево от левой срединно-ключичной линии. Длинник сердца составляет 15,5см. Правая и верхняя границы относительной тупости сердца не изменены.

За счет каких отделов сердца изменены его границы? Как изменится абсолютная тупость сердца?

**ЗАДАЧА№ 12.**

Поперечник сосудистого пучка у больного равен 14см. Умеренно увеличена левая граница относительной тупости сердца. Врач заподозрил аневризму восходящей части аорты.

Допустимо ли предположение врача при данной ширине сосудистого пучка? Что мог увидеть врач при осмотре области сердца?

**АУСКУЛЬТАЦИЯ СЕРДЦА. ШУМЫ СЕРДЦА. *(ЗАДАЧИ*)**

**ЗАДАЧА 1.**

На верхушке сердца у больного выслушивается систолический шум, который проводится в подмышечную впадину, к основанию мечевидного отростка, в точку Боткина и в область проекции митрального клапана. Максимум его выслушивания – верхушка сердца, в остальных точках он ослабевает.

При каком пороке сердца может выслушиваться такой шум? КАк изменяются при этом тоны сердца ?

**ЗАДАЧА 2**

На верхушке сердца выслушивается усиленный первый тон (хлопающий) и пресистолический шум.

Когда может быть подобная аускультативная симптоматика? Какие еще аускультативные симптомы можно обнаружить у такого больного?

**ЗАДАЧА 3**

Во втором межреберье справа пальпируется систолическое дрожание. Где и какой шум услышит врач у данного больного? Куда он будет хорошо проводиться? Как изменятся тоны сердца ? О каком пороке сердца стоит подумать ?

**ЗАДАЧА 4**

У подростка выслушивается мягкий, дующий систолический шум во 2-ом межреберье слева. Шум никуда не проводится, исчезает после физической нагрузки. Границы и тоны сердца не изменены.

Как должен расценить врач данный шум?

**ЗАДАЧА 5**

На основании мечевидного отростка выслушивается диастолический шум. Иррадиация его ограничена.

О каком приобретенном пороке сердца должен подумать врач?

**ЗАДАЧА 6**

Во втором межреберье справа, в точке Боткина и верхушке сердца выслушивается диастолический шум, первый тон на верхушке сердца ослаблен. Сила шума убывает от 2-го межреберья к верхушке сердца.

О чем должен подумать врач? Как изменится 2-й тон и где?

**ЗАДАЧА 7**

Во 2-ом межреберье справа пальпируется систолическое дрожание. Где и какой шум услышит врач у данного больного? Куда он будет хорошо проводится? Как изменятся тоны сердца? О каком пороке сердца стоит подумать?

**ЗАДАЧА 8**

В точке Боткина, на основании мечевидного отростка и слева у грудины в области прикрепления 5 ребра выслушивается шум трения перикарда.

Как изменятся тоны сердца? При какой патологии сердечно-сосудистой системы может быть подобная аускультативная симптоматика ?

**ЗАДАЧА 9**

Врач, выслушав у больного в точке Боткина грубый систолический шум, который одинаково хорошо выслушивается на верхушке и во 2-ом межреберье справа. Шум также выслушивается на сонных артериях и в левой подмышечной области.

О чем должен подумать врач в данном случае? Как изменятся тоны сердца?

**ЗАДАЧА 10**

На верхушке сердца у больного выслушивается первый хлопающий тон и пресистолический шум, имеющий органическое распространение. Над аортой выслушивается также диастолический шум, ослабевающий к точке Боткина и верхушке.

Изменится ли второй тон над аортой? Как следует расценивать диастолические шумы? Что можно определить пальпаторно в области верхушки сердца у данного больного?

**ЗАДАЧА 11**

Во 2-ом межреберье справа выслушивается резко ослабленный 2 тон, диастолический шум, ослабевающий к точке Боткина. На верхушке 1 тон ослаблен и выслушивается непостоянный пресистолический шум.

Как объяснить описанную симптоматику? Почему ослаблен !-й тон на верхушке? К каким шумам следует отнести пресистолический шум, выслушиваемый на верхушке?

**ЗАДАЧА 12**

На верхушке сердца больного выслушивается ослабленный 1-й тон и систолический шум, который проводится в подмышечную впадину и усиливается на основании мечевидного отростка. При осмотре видна надчревная пульсация и положительный венный пульс.

О каком поражении сердца или сосудов должен подумать врач?

**ПОРОКИ СЕРДЦА** *(ЗАДАЧИ)*

ЗАДАЧА 1

Врач обследовал больного. При этом ему удалось определить высокий, скачущий пульс; сердце имело аортальную конфигурацию, второй тон на аорте резко ослаблен, здесь выслушивается диастолический шум.

О каком пороке сердца идет речь?

ЗАДАЧА 2

Границы относительной тупости сердца расширены вверх и влево, на верхушке выслушивается систолический шум, проводящийся в помышечную впадину.

При каком поражении сердца может быть изменение границ ,подобное этому? Как изменятся тоны сердца? Изменится ли пульс и артериальное давление у данного больного?

ЗАДАЧА 3

У больного малый и замедленный пульс, на аорте выслушивается грубый систолический шум, который проводится на сосуды шеи, в межлопаточное простанство.

Как изменятся границы сердца у данного больного? Какое будет артериальное давление? О каком поражении сердца или сосудов можно думать?

ЗАДАЧА 4

У больного пальпируется диастолическое дрожание на верхушке сердца и выслушивается “ритм перепела”.

Как изменятся границы сердца в данном случае? Будут ли изменены тоны сердца? Какой выслушивается шум? Чем объясняется появление разного пульса?

ЗАДАЧА 5

Сердце имеет аортальную конфигурацию, 2-й он на аорте резко ослаблен, на верхушке выслушивается пресистолический шум, на аорте – диастолический.

Какой будет определяться пульс у данного больного? Изменится ли артериальное давление и первый тон? При каком поражении сердца может быть подобная симптоматика?

ЗАДАЧА 6

У больного определяется дефицит пульса в 15 ударов, на легочной артерии выслушивается акцент и расщепление 2-го тона, на верхушке 1-й тон хлопающий.

При каком нарушении ритма бывает дефицит пульса? Как изменятся границы сердца у данного больного ? Какой шум может выслушать врач у данного больного ? О каком поражении сердца следует подумать ?

ЗАДАЧА 7

У больного определяется пульс большого напряжения, расширена левая граница сердца (сердце имеет аортальную конфигурацию), АД – 180/70 мм.рт.ст.

На какой отдел сердца будет приходиться наибольшая нагрузка? Как изменятся тоны сердца? Будут ли выслушиваться шумы сердца у данного больного? Если да, то чем их объяснить? О каком поражении сердца следует думать?

ЗАДАЧА 8

У больного на руках определяется разный пульс, резко расширена правая граница сердца, на верхушке выслушивается диастолический шум.

За счет какого отдела расширены границы сердца ? Как изменятся тоны сердца ? Какое будет определяться артериальное давление ? О каком поражении сердца следует подумать ?

ЗАДАЧА 9

Сердце больного расширено влево, вверх и вправо; на верхушке сердца первый тон хлопающий, выслушивается “ритм перепела”.

Что можно увидеть при осмотре данного больного и при пальпации области сердца? С чем связано появление “ритма перепела” ? О каком поражении сердца следует подумать ?

ЗАДАЧА 10

Врач у больного определил мерцательную аритмию, дефицит пульса в 10 ударов. На верхушке выслушал 1-й хлопающий тон и пресистолический шум.

Как должны измениться границы сердца у данного больного ? Изменится ли второй тон ? Как объяснить дефицит пульса? О каком поражении сердца следует подумать?

ЗАДАЧА 11

Врач обследовал больного. При этом ему удалось определить высокий, скачущий пульс; сердце имело аортальную конфигурацию, второй тон на аорте резко ослаблен, здесь же выслушивается диастолический шум.

Какое артериальное давление должен определить врач у этого больного? О каком поражении сердца идет речь ?

ЗАДАЧА 12

Больной И., 30 лет, обратился к врачу с жалобами на одышку при физической нагрузке, быструю утомляемость. В анамнезе – ревмокардит, перенесенный в 15-летнем возрасте. Объективно: обращает на себя внимание резкая бледность кожных покровов. Пульс скорый, высокий. Артериальное давление 180/50 рт.ст. Заметно сотрясение головы, синхронное с сокращениями сердца (симптом Мюссе), положительный капиллярный пульс Квинке, пульсация сонных артерий. Сердце : верхушечный толчок смещен вниз и влево, высокий разлитой. Левая граница сердца резко расширена влево.

О каком поражении сердца или сосудов идет речь? Какие данные получит врач при аускультации ?

**СИНДРОМЫ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ: ПОРАЖЕНИЯ МИОКАРДА, сердечной НЕДОСТАТОЧНОСТИ, НЕОТЛОЖНАЯ ДОВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ (*ЗАДАЧИ)***

ЗАДАЧА 1

Больной Н., 38 лет, жалуется на резкую слабость, учащенное сердцебиение, одышку при незначительной физической нагрузке. Эти явления появились и постепенно нарастают через две недели после перенесенного гриппа. При обследовании обнаружено: бледен, губы цианотичны, кожные покровы влажные; тоны сердца приглушены, тахикардия (112в 1 мин.), протодиастолический ритм галопа, 1 тон на верхушке ослаблен, акцент 2 тона на легочной артерии, на верхушке выслушивается систолический шум, ограниченный в распространении; дефицит пульса – 15 ударов в 1 мин.

Выделите клинические синдромы. Как изменяются границы сердца ? Изменится ли артериальное давление и почему ?

ЗАДАЧА 2

Больная К., 20 лет, внезапно при поездке в переполненном трамвае в жаркое время года почувствовала резкую слабость, головокружение и потеряла сознание. При объективном исследовании: кожные покровы бледные, влажные, холодные; дыхание учащенное поверхностное; пульс малый, частый, нитевидный. Тоны сердца приглушены, тахикардия, частота сердечных сокращений – 112 в 1 мин.; артериальное давление 70/50 мм.рт.ст.

Выделите клинические синдромы. Ваши действия по оказанию неотложной помощи.

ЗАДАЧА 3

Больного Т., 35 лет, доставила в больницу карета скорой помощи в бессознательном состоянии. Час назад в поликлинике больному внутримышечно был введен пенициллин – 400.000 ед., через 15 мин. После этого почувствовал резкую слабость, потерял сознание.

Объективно: резкая бледность кожных покровов, повышена их влажность, пульс частый слабого наполнения, нитевидный; тоны сердца глухие, учащенные, дыхание поверхностной – 32 в 1 мин.

О недостаточности какой системы должен подумать врач? Выделите клинические синдромы. Ваши действия по оказанию неотложной помощи?

ЗАДАЧА 4

К врачу в поликлинике обратился больной К.,42 лет, с жалобами на одышку при небольшой физической нагрузке, приступы удушья, кашля с кровохарканьем, появляющиеся в основном в ночное время. Болен 20 лет, страдает ревматизмом.

Объективно: цианоз губ, кончика носа, мочек ушей, на щеках цианотический румянец. Сердце: смещение границы вверх и вправо, тахикардия, ритм правильный; на верхушке первый тон хлопающий, выслушивается трехчленный ритм, второй тон на легочной артерии акцентирован и расщеплен; в легких в нижних отделах с обеих сторон выслушиваются мелкопузырчатые хрипы. Живот : нижний край печени определяется на 2 см ниже правого подреберья, чувствительный при пальпации, мягкий, закругленный. В области голеней – умеренная отечность.

О каком поражении сердца должен подумать врач? Выделите клинические синдромы. Возможно ли наличие шума в сердце и какого ? О какой степени сердечной недостаточности должен подумать врач и почему ? Помощь при приступе удушья и кровохарканьи

ЗАДАЧА 5

Больной И., 35 лет, обратился к врачу с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке, приступы удушья и кровохарканья иногда в ночное время, приступообразные интенсивные боли за грудиной, иррадиирующие в левую руку, возникают ночью, уменьшаются после изменения положения в постели (больной садится, опустив вниз ноги) и приема нитроглицерина. В анамнезе –ревмокардит; перенесенный в 15-летнем возрасте.

Объективно: обращает на себя внимание резкая бледность кожных покровов. Пульс скорый, твердый, высокий. АД 180/40 мм.рт.ст. Заметно сотрясение головы синхронное с сокращениями сердца, положительный капиллярный пульс, пульсация сонных артерий. Сердце: верхушечный толчок смещен вниз и влево, высокий, разлитой. Левая граница сердца – по передней подмышечной линии. В легких ослабленное везикулярное дыхание, в нижних отделах с обеих сторон – мелкопузырчатые влажные хрипы. Живот мягкий безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Отеков нет.

Выделите клинические синдромы. Какие данные может получить врач при аускультации сердца? Каков патогенез кровохарканья у данного больного? Неотложная помощь при кровохарканьи в данном случае?

ЗАДАЧА 6

К больной Н., 54 года, ночью вызвана скорая помощь в связи с приступом удушья. В течение 15 лет страдает гипертонической болезнью.

При осмотре : состояние больной тяжелое, бледна, цианоз губ, кожные покровы влажные, положение вынужденное: сидит , откинувшись на подушки и опустив вниз ноги; дыхание учащенное (30 в 1 мин.), клокочущее. Границы сердца: правая – по правому краю грудины в 4-ом межреберье, верхняя – 3 –е межреберье, левая – 2 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритмичные, тахикардия ( 100 в 1 мин.), акцент 2 тона на аорте, ослабление 1-го тона на верхушке, здесь же выслушивается систолический шум. АД 220/120 мм рт ст; пульс ритмичный, напряженный. В легких дыхание равномерно ослаблено, в нижних отделах выслушиваются единичные сухие свистящие и мелкопузырчатые влажные хрипы.

Выделите клинические синдромы. Объясните патогенез удушья и окажите неотложную помощь данной больной.

ЗАДАЧА 7

Больная С., 35 лет, обратилась к врачу с жалобами на одышку при физической нагрузке и в покое, малый диурез, появление отеков на ногах, боли в правом подреберье и увеличение живота. Больна 18 лет.

Объективно: выраженный цианоз губ, щек, мочек ушей, кончика носа; одышка при разговоре, на ногах выраженные отеки; живот увеличен. Пульс – аритмичный, тахикардия, наполнение и напряжение слабое. Дефицит пульса 10 ударов в мин. АД 90/50 мм. Рт. Ст. Границы сердца: правая – на 3 см кнаружи от правого края грудины, верхняя – 2-е межреберье, левая – на 1,5 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, аритмичные (мерцательная аритмия), тахикардия; 1-й тон на верхушке усилен, 2-й тон на легочной артерии усилен и расщеплен. Легкие : в нижних отделах выслушиваются единичные незвучные влажные мелкопузрчатые хрипы. Живот: увеличен, печень выступает на 3 см из-под нижнего реберного края, верхняя граница ее – на уровне 5-го ребра, нижний край печени заострен, плотноват. Селезенка не увеличена. На рентгенограмме сердце имеет “митральную “ конфигурацию.

О каком поражении сердца следует думать ? Что врач может выслушать дополнительно при аускультации сердца ? Выделите клинические синдромы. Какая степень сердечной недостаточности имеет место в данном случае?

ЗАДАЧА 8

Больной Ф., 28 лет, лечился у фтизиатра по поводу очагового туберкулеза легких. Через три недели от начала лечения у него появились боли в области сердца, они носили давящий характер, иногда были острыми, без определенной иррадиации, усиливались при глубоком дыхании и движениях, не проходили от приема нитроглицерина, несколько уменьшались при переходе из горизонтального положения в вертикальное. Врач исследовал сердечно-сосудистую систему и обнаружил: границы сердца: правая – по правому краю грудины, верхняя – 3-е межреберье, левая – на 1 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритмичные, в области абсолютной тупости сердца выслушивается систоло-диастолический шум, который никуда не проводится, усиливается при прижатии стетоскопа к грудной клетке и при наклоне туловища больного вперед. Этот шум сохранялся в течение одного месяца, затем на фоне общего лечения туберкулеза он исчез.

О каком поражении сердца должен прежде всего подумать врач? Выделите клинические синдромы. Объясните механизм болей и шума в области сердца.

ЗАДАЧА 9

Участкового врач вызвали повторно на дом к больному Т., 28 лет. Больной жаловался на упорные давящие боли в области сердца. нарастающие в течение недели; нарастает одышка, особенно в горизонтальном положении ; беспокоит частая икота, нарушение глотания твердой пищи.

Объективно обращает на себя внимание отечность лица и области шеи в виде воротника, цианоз, шейные вены набухшие. Больной сидит на краю кровати, склонившись вперед на подушку. Пульс частый, слабого наполнения. Верхушечный толчок не определяется. Сердце значительно увеличено во всех размерах, на рентгенограммах имеет треугольную форму. Печень увеличена на , 3 см выходит из-под реберной дуги.

О какой патологии должен подумать врач? Выделите клинические синдромы. Что может выслушать врач при аускультации сердца? Чем объяснить отек и цианоз лица и шеи?

ЗАДАЧА 10

К больному К., 60 лет был вызван врач станции скорой мед. Помощи. Больной находился в неподвижном состоянии и жаловался на резкую давящую боль за грудиной, которая возникла сразу же после подъема тяжести, распространялась в левую руку, шею, челюсть, под левую лопатку, усиливалась при движении, продолжалась уже 15 мин.

Объективно: умеренная бледность кожных покровов, пульс частый, напряженный. АД 150/100 мм.рт.ст. Границы сердца: правая – правый край грудины , верхняя – 3-е межреберье; левая – по срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритмичные, тахикардия (96 в мин.), 1-й тон ослаблен на верхушке, здесь же выслушивается короткий систолический шум. Пальпация области сердца безболезненна. Ранее таких болей у больного никогда не было.

О какой патологии (синдроме) врач должен подумать в первую очередь. Какое дополнительное исследование должен провести в обязательном порядке? Какова неотложная помощь больному в данном случае?

**МЕТОДИЧЕСКАЯ ГЛУБОКАЯ СКОЛЬЗЯЩАЯ ТОПОГРАФИЧЕСКАЯ ПАЛЬПАЦИЯ ЖИВОТА ПО ОБРАЗЦОВУ-СТРАЖЕСКО *(ЗАДАЧИ*)**

ЗАДАЧА 1

Живот в основном увеличен в нижней и боковых частях живота. Пупок втянут. При пальпации обнаруживается тестоватая консистенция кожи на брюшной стенке, при надавливании на последнюю остается долго не исчезающая ямка. Перкуторный звук укорочен, больше на боковых и нижних частях живота.

С чем связано увеличение живота?

ЗАДАЧА 2

Живот равномерно вздут .Пупок сглажен. При перемене положения из вертикального в горизонтальное форма живота не меняется. При пальпации брюшная стенка гладкая и напряженная. При перкуссии по всему животу определяется громкий тимпанический звук.

О какой причине увеличения живота можно думать на основании описанной картины?

ЗАДАЧА 3

При осмотре больного в вертикальном положении обнаружено увеличение живота, больше в нижнем отделе. Пупок выпячен. В горизонтальном положении форма живота меняется: живот уплощается, свисает по бокам, появляется форма «лягушачьего» живота. При положении на боку половина живота, которая располагается выше, уплощается, а ниже расположенная половина выпячивается.

Какова причина увеличения живота?

ЗАДАЧА 4

При осмотре брюшной стенки в вертикальном положении в области пупка отчетливо заметно округлой формы выпячивание размером с яблоко, которое увеличивается при натуживании. В положении лежа выпячивание значительно уменьшается. При пальпации обнаруживается резкое расширение пупочного кольца.

Что за причина может вызывать вышеописанную картину?

ЗАДАЧА 5

При осмотре обнаружено общее западение живота, живот имеет доскообразную форму. Подкожно-жировая клетчатка выражена нормально. При пальпации обнаружено резкое напряжение мышц брюшной стенки.

Какие причины могли вызвать указанные выше изменения живота?

ЗАДАЧА 6

При глубокой пальпации в правой подвздошной области обнаружено уплотнение цилиндрической формы, мягкой консистенции, болезненное, шириной в 6-8 см. При пальпации отмечается громкое урчание.

Что за орган удалось пропальпировать и нормально ли его состояние?

ЗАДАЧА 7

При обследовании больного с жалобами на чувство распирания в эпигастрии, частую рвоту пищей, съеденной накануне, похудание определяется “шум плеска” в эпигастральной области утром натощак?

О чем свидетельствует указанная симптоматика?

ЗАДАЧА 8

В горизонтальном положении живот имеет “лягушачью” форму, при перкуссии живота в положении больного лежа на спине обнаружено укорочение перкуторного звука в боковых фланках живота. При положении на боку та половина живота, которая расположена выше, уплощается и здесь определяется тимпанический перкуторный звук.

Что за причина может вызвать вышеописанную симптоматику?

ЗАДАЧА 9

У больного с резкими болями в животе определяется напряжение мышц передней брюшной стенки и правой паховой области, здесь же положительные симптомы Щеткина-Блюмберга и Менделя.

С чем связана вышеописанная симптоматика ?

ЗАДАЧА 10

Больная жалуется на то, что после тяжелого эмоционального потрясения появилось нарушение глотания: жидкую пищу проглатывает с трудом, поперхивается, твердую пищу глотает легко.

Каковы возможные причины появления подобной жалобы?

ЗАДАЧА 11

У больного , страдающего язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки появилась резкая слабость , рвота “ кофейной гущей”, жидкий черный стул (мелена).

Что случилось с больным?

ЗАДАЧА 12

При глубокой пальпации в левой подвздошной области обнаружено уплотнение цилиндрической формы, плотной консистенции, несколько болезненное, шириной 5-7 см.

Что за орган удалось пропальпировать и каково его состояние?

**СИНДРОМЫ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПИЩЕВОДА, ЖЕЛУДКА, КИШЕЧНИКА (*ЗАДАЧИ*)**

ЗАДАЧА 1

Больной К., 30 лет, поступил в стационар с обострением хронической пневмонии. Предъявляет жалобы на кашель с выделением небольшого кол-ва мокроты, повышение Т тела до 38 С, частое срыгивание съеденной пищей, усиливающееся в горизонтальном положении и рвоту непереваренными пищевыми массами.

При R-графии органов грудной клетки выявлена правосторонняя нижнедолевая пневмония, расширение тени средостения, отсутствие газового пузыря желудка. При эзофагоскопии – расширение просвета пищевода и плотно сомкнутую кардию; в дистальном отделе – застой пищевых масс.

Назовите 2 ведущих патологических синдрома. Какой из них первичен? Какие еще методы исследования Вы можете назначить больному?

ЗАДАЧА 2

Больная П., 52 лет , после перенесенного психо-эмоционального стресса стала жаловаться на периодическу возникающую боль за грудиной, которая не купируется приемом нитроглицерина, но уменьшается после приема настойки валерианы и корвалола. Боль чаще появляется после употребления холодного молока и воды. Лечилась в поликлинике с диагнозом ишемической болезни сердца, однако, на ЭКГ были выявлены только дифузные изменения миокарда. При R-скопии с контрастированием пищевода барием выявили сегментарные третичные сокращения пищевода.

Назовите патологический синдром? С какими синдромами необходимо провести дифференциаольный диагноз? Какова причина загрудинных болей и чем можно их купировать?

ЗАДАЧА 3

Больной Т., 60 лет, жалуется на постоянную изжогу, отрыжку кислым и горьким, усиливающиеся ночью во время сна и при поднятии тяжести, мучительный кашель с небольшим количеством мокроты.

Из анамнеза известно, что больной курит 10 лет, почти ежегодно болеет пневмонией.

Объективно: гиперстеник, вес – 110 кг, рост – 170 см, живот значительно увеличен в объеме из-за подкожно-жировой клетчатки. При аускультации легких – ослабленное везикулярное дыхание, сухие свистящие хрипы. Тоны сердца ритмичные, приглушены.

R-скопия пищевода с барием выявила заброс бариевой взвеси из желуцдка в пищевод.

Назовите патологический синдром. Какие причины могут вызывать его развитие? Чем обусловлено частое рецидивирование пневмонии у данного больного? Какие еще методы функционального исследования могут подтвердить Ваше предположение?

ЗАДАЧА 4

Больная С., 52 лет, предъявляет жалобы на интенсивную, давящую боль в средней и нижней 1/3 грудины, чувство жжения за грудиной, изжогу, отрыжку кислым и горьким. Все эти ощущения усиливаются после употребления крепкого чая или кофе, в горизонтальном положении, особенно ночью, при подъеме тяжести, уменьшаются после приема содового раствора.

Во время эндоскопии при рвотных движениях наблюдается заброс желудочного содержимого в пищевод, слизистая оболочка дистального отддела пищевода отечная, легко ранимая, с линейными эрозиями.

Патологии со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной системы не обнаружено.

Как называется данный патологический синдром? Нарушение каких механизмов приводит к его развитию? Какие тесты могут подтвердить Ваши предположения?

ЗАДАЧА 5

Больного К., 23 лет, беспокоят голодные и ночные боли в эпигастральной области, уменьшающиеся после еды и приема содового раствора, изжога, отрыжка кислым и воздухом.

Объективно: патологии со стороны дыхательной и сердечно-сосудистой систем не выявлено. При пальпации живота определяется болезненность в эпигастрии и пилородуоденальной зоне, симптом Менделя положителен.

Выделите ведущий патологический синдром. Каков механизм возникновения боли? С чем связаны жалобы на изжогу и отрыжку кислым содержимым?

ЗАДАЧА 6

Больной М., 55 лет, жалуется на постоянную боль в подложечной области, усиливающуюся через 20-30 минут после еды и к вечеру, чувство “тяжести в животе”, тошноту, последний месяц появилась обильная рвота, часто с остатками пищи, съеденной накануне, приносящая облегчение, похудел на 8 кг за 1 месяц.

Из анамнеза известно, что в течение 20 лет страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки с частыми сезонными обострениями.

Объективно: пониженного питания, рост – 172 см, вес – 65 кг. В легких – везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные, ясные. При пальпации живота – болезненность в эпигастрии и околопупочной области, патологический шум плеска, нижняя граница желудка – на 2 см ниже пупка.

R-скопия ЖКТ: желудок увеличен в размерах, содержит большое кол-во жидкости; большая кривизна – на 2-3 см ниже пупка; через 2 часа – задержка бария в желудке; через 12 и 24 часа – барий из желудка эвакуировался не полностью.

Определите ведущий патологический синдром. Какова причина его развития? Всегда ли развитие этого синдрома связано с непосредственным органическим поражением желудка и двенадцатиперстной кишки?

ЗАДАЧА 7

Больная Т., 40 лет, поступила в стационар с жалобами на интенсивную боль в верхнем отделе живота, иррадиирущую в спину, постоянного характера, усиливающуюся после еды, Т тела 38 С, тошноту , понос 2-3 раза в день. Накануне отмечала день рождения (ела шашлык и пила вино).

Объективно: больная повышенного питания, рост 160 см, вес – 85 кг. Дыхательная и сердечно-сосудистая сис**Тема**без изменений. При пальпации живота отмечается выраженная болезненность в эпигастрии и левом подреберье. Симптом раздражения брюшины отрицателен.

Назовите ведущий патологический синдром. Объясните механизм образования боли. От каких синдромов его следует отличать?

ЗАДАЧА 8

Больной К., 40 лет, почувствовала резкую, невыносимую боль (“кинжальную”) в эпигастрии и правом подреберье, постепенно распространяющуюся по всему животу, иррадиирущую в надклюичную область и лопатку.

Из анамнеза известно, что больной несколько лет страдает язвенной болезнью желудка. К моменту прибытия кареты скорой помощи состояние больного тяжелое, занимает вынужденное положение – лежит на боку с приведенными к животу ногами, избегает перемены положения.

Дыхание учащенное, поверхностное, холодный пот. Живот втянут, при пальпации резкое напряжение мышц (живот как доска) и выраженная болезненность, положительный симптом раздражения брюшины. При перкуссии – исчезновение границ печеночной тупости. При аускультации – кишечные шумы отсутствуют.

Назовите ведущий патологический симптом. Каков механизм и тип боли? Какой должна быть Ваша тактика?

ЗАДАЧА 9

Больная П., 40 лет, обратилась к врачу поликлиники с жалобами на выраженную общую слабость, головокружение, резко усиливающееся при перемене положения тела, холодный пот.

Объективно: кожные покровы бледные, влажные. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные. АД 100/60 мм рт ст, PS – 94 1 мин. Язык обложен белым налетом. Живот незначительно болезненный в эпигастрии. При более тщательном расспроссе больная сообщила, что дважды был жидкий дегтеобразный стул.

Ваши дальнейшие действия? Как называется дегтеобразный стул? Проявлением какого патологического синдрома он является? Какие инструментальные методы обследования могут подтвердить Ваши предположения?

ЗАДАЧА 10

Больной Х., 30 лет, был доставлен в экстренное хирургическое отделение без сознания. Врач скорой помощи сообщил, что у больного была неоднократная рвота сначала цвета “кофейной гущи”, а затем – алой кровью. АД 70/30 мм рт ст. пульс нитевидный.

Выделите ведущий патологический синдром. Потеря какой массы крови приводит к данному состоянию? Назовите возможные причины развития данного синдрома?

ЗАДАЧА 11

Больная М., 48 лет, поступила в инфекционную больницу с жалобами на частый жидкий стул до 6-7 раз в сутки ( в каловых массах имеются частички непереваренной пищи), тошноту, редко рвоту, опоясывающую боль в верхней половине живота.

Из анамнеза известно, что заболела 3 дня назад после употребления в пищу жирного мяса.

Объективно: кожные покровы бледные. Язык обложен белым налетом. Со стороны дыхательной и сердечно-сосудистой системы патологических изменений не выявлено. АД 100/60 мм рт ст, PS – 84 в 1 мин. При пальпации живота определяется резкая болезненность в эпигастрии и левом подреберье, пальпация по ходу кишечника умеренно болезненна.

Выделите ведущий патологический синдром. Классифицируйте понос: по происхождению, по характеру основного функционального нарушения, по характеру диареи. Оправдана ли госпитализация больного в инфекционную больницу?

ЗАДАЧА 12

Больная Ф., 60 лет, в течение 20 лет страдает задержкой стула, каждые 3-4 дня ставит клизмы. Состояние резко ухудшилось последние 2 недели: появилась тупая ноющая боль в левой половине живота, опорожнение кишечника полностью не происходит даже после очистительной клизмы. В каловых массах часто – примесь крови, аппетит плохой, за это время похудела на 6 кг.

Колоноскопия: в нисходящем отделе толстой кишки опухолевидное образование, почти полностью обтурирующее просвет кишки, контактно кровоточащее.

Выделите ведущий патологический синдром. Что Вы можете определить пальпаторно у данной больной. К какому осложнению может привести дальнейшее развитие данного синдрома?

**Заболевания мочевыделительной системы.**

ЗАДАЧА 1

Больной Н. 32 лет, жалуется на головную боль, слабость, уменьше-

ние диуреза за сутки, боли в поясничной области, повышение температуры

до 38 град. Из анамнеза известно, что 3 недели назад перенес ангину. Объективно: бледность кожных покровов, отечность лица,

АД=160/95 мм Нд, симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон,

акцент П тона на аорте. Общий анализ мочи: уд. вес+1019, цвет - крас-

ный, мутная, белок - 7 - 10% в поле зрения эритроциты - сплошь, ци-

линдры - гиалиновые 5-6 в п/зрения.

Задание:

1. Предположительный диагноз.

2. Какие следует провести дополнительные исследования для уточне-

ния диагноза?

 \_ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ 1

1. Острый гломерулонефрит.

2. Анализы мочи по Нечипоренко, по Зимницкому,

общий анализ крови, остаточный азот, креатинин, мочевина.

 З А Д А Ч А 2

Больной К. 35 лет поступил в клинику с жалобами на слабость, сон-

ливость, головную боль, снижение зрения, зуд кожи, жажду, резкое

уменьшение диуреза, отсутствие аппетита, тошноту. Страдает гломеруло-

нефритом около 5 лет. Ухудшение связывает с перенесенным гриппом. Объ-

ективно: бледность кожных покровов и слизистых, следы расчесов, запах

аммиака изо рта, заторможен. Пульс 60 ударов в мин., напряженный, шум

трения перикарда, АД - 180/120 мм. Нд. Глазное дно - ангиоспатический

ретинит.

Моча по Зимницкому: олигурия (500 мл в сутки), никтурия, ги-

поизостенурия (уд.вес от 1007 до 1012). Общий анализ мочи: уд.вес -

1009, прозрачность - мутная, белок 1,2% L - 5-10 в п/зрения, э - 10-20

в п/зрения, гиалиновые и зернистые цилиндры до 7 в п/зрения. Моча по

Нечипоренко: L=3000, Э=40000, Ц=500. Общий белок - 6,2%, А/глобулино-

вый коэф. = 0,7.

 ЗАДАНИЕ:

1. Предварительный диагноз? Дополнительные исследования?

2. Какие функции почек нарушены?

 \_ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ 2

1. Хронический гломурулонефрит в стадии декомпенсации, осложнен-

ный хронической почечной недостаточностью (Уремия).

2. Концентрационная, азотовыделительная, фильтрационная.

 З А Д А Ч А 3

У больного отечность всего туловища. Цвет кожных покровов блед-

ный. Отеки водянистые, за ночь не исчезают. Проба Мак Клюра-Олдрича по-

ложительная.

 \_ЗАДАНИЕ:

1. Каков характер отеков?

2. Для какого синдрома характерны такие отеки?

 \_Эталоны ответов к задаче 3

1. Почечные отеки.

2. Нефротическго.

 З А Д А Ч А 4.

У больного при обследовании были выявлены изменения в моче:

уд.вес - 1007, белок 2,2%, эритроциты - 10-15 в п/зрения.

В анамнезе - частые ангины с детства. На улице иногда бывают

отечные веки, особенно по утрам. Головные боли, повышение АД, при

рентгеноскопии - увеличение левого желудочка, при аускультации - сис-

толический шум на верхушке, акцент II тона на аорте.

 ЗАДАНИЕ:

1. О какой форме и какого заболевания можно думать в данном слу-

чае?

2. Прогноз.

 \_ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ 4

1. О гипертонической (возможно и смешанной) форме хронического

гломерулонефрита.

2. Гипертоническая форма - сравнительно доброкачественная. Сме-

шанная форма - наиболее тяжелая и протекает сравнительно быст-

ро, через 2-3 года приводит к выраженной почечной недостаточ-

ности.

 З А Д А Ч А 5.

У больного, страдающего нефритом в анализе мочи по Зимницкому вы-

явлены следующие изменения: уд.вес колеблется от 1010 до 1015, суточ-

ный диурез=2,2 литра, ночной=1,8 литра.

 ЗАДАНИЕ:

1. О нарушении какой функции почек свидетельствуют эти изменения?

2. Для какого синдрома это характерно?

3. Назовите характерные симптомы заболевания, выявленные с по-

мощью этого обследования.

 Эталоны ответов к задаче 5

1. О нарушении концентрационной функции почек.

2. Хронической почечной недостаточности.

3. Полиурия, никтурия, гипоизостенурия.

 З А Д А Ч А 6.

У больного отеки на лице, повышение АД до 200/110 мм Нд, в моче

протеинурия, гематурия, цилиндрурия, гипоизостенурия, олигурия. В

анамнезе - перенес острый гломерулонефрит 3 года назад.

 ЗАДАНИЕ:

1. Какие синдромы можно выявить у больного?

2. О какой форме заболевания следует думать в настоящее время?

 \_ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ 6

1. Отечный, гипертонический, мочевой.

2. О сме шанной форме хронического гломерулонефрита

**Задача №7**

В приемное отделение БСМП доставлен больной Я., 48 лет. В анамнезе хронический гломерулонефрит, артериальная гипертензия в течение 10 лет. Пациент жалуется на резкую одышку, сердцебиение, головную боль.

***Объективно***: Общее состояние тяжелое,. Число дыханий 30 в мин. В нижних отделах легких ослабленное везикулярное дыхание, влажные мелкопузырчатые хрипы. Пульс 98 в мин, напряжен. АД - 280/160 мм рт. ст. Границы сердца: правая — край грудины, верхняя — третье межреберье, левая — 3 см кнаружи от срединно-ключичной линии, тоны сердца глухие, ритм правильный, акцент II тона над аортой, систолический шум на верхушке Живот мягкий, небольшая болезненность при пальпации в правом подреберье. Печень выступает на 2 см из-под края реберной дуги. Пастозность лица и голеней.

***Дополнительные методы исследования:***

ОАК. Эр. - 2,9 х 1012, Нв-80 г/л, ЦП - 0,7, Лейкоциты - 6,2 х 109, Э - 2, С - 63, Л - 25, М - 10, СОЭ - 12 мм/ч.

ОАМ. Реакция - кислая, Уд. плотность - 1012. Прозрачность - неполная. Белок - 0, 92 г/л. Эп. кл. - един.

Лейк. - 1- 3 в п/зр, Эр. 5-8 в п/зр. Цилиндры: Гиалиновые. - 1- 2 Зернистые - 0-1

***Вопросы.***

1. Выделите клинические синдромы.

2. Сформулируйте предварительный диагноз

3. Окажите неотложную помощь.

**ЭНДОКРИНОЛОГИЯ**

**ЗАДАЧА № 1.**

Больная Н., 62 лет, обратилась к врачу с жалобами на сухость во рту и жажду, повышенный аппетит, частое и обильное мочеиспускание, общую слабость, зуд в области промежности. Указанные признаки появились постепенно в течение года. Объективно: сухость кожных покровов и языка, избыточно развита подкожно-жировая клетчатка. При дополнительном исследовании глюкоза крови натощак = 8.8 ммоль/л.

Выделите основные синдромы. Составьте план обследования.

**ЗАДАЧА № 2.**

Больная Н., 57 лет, поступила в стационар с жалобами на сухость во рту и жажду, частое и обильное мочеиспускание, выраженную общую слабость, снижение веса на 4 кг. Указанные признаки появились постепенно в течение месяца. В анамнезе: у больной выявлен сахарный диабет II типа 5 лет назад, в течение последних 2-х лет находится на инсулинотерапии. Объективно: сухость кожных покровов и языка, слабо развита подкожно-жировая клетчатка, субфебрильная температура, положительный симптом «поколачивания». При дополнительном исследовании глюкоза крови = 12.8 ммоль/л, в общем анализе мочи: удельный вес – 1020, лейкоцитов 12-15 в поле зрения, эритроцитов 1-2 в поле зрения, сахар – 1,5 %, реакция на ацетон слабоположительная.

Выделите основные синдромы. Составьте план обследования.

**ЗАДАЧА № 3.**

При осмотре бригадой скорой помощи больной Н., 35 лет, находится в бессознательном состоянии. Знакомых и родственников рядом нет. Объективно: кожные покровы влажные, высокий тонус мышц, мышечные подергивания, зрачки расширены, в легких везикулярное дыхание, частота дыхательных движений 18 в 1 минуту, тоны сердца ясные, ритмичные с частотой 98 в 1 минуту, живот мягкий безболезненный. В кармане больного обнаружена шприц-ручка для введения инсулина.

Выделите основные синдромы. Составьте план обследования. Неотложная помощь.

**ЗАДАЧА № 4.**

Больная Н., 26 лет, обратилась к врачу с жалобами на сухость во рту и жажду, общую слабость, снижение веса на 6 кг за 2 месяца при хорошем аппетите, кожный зуд. Появление жалоб связывает со стрессовыми ситуациями. Объективно имеются следующие отклонения от нормы: сухость кожных покровов и языка, фурункулез. При дополнительном исследовании глюкоза крови = 14.8 ммоль/л.

Выделите основные синдромы. Составьте план обследования.

**ЗАДАЧА № 5.**

Больная Н., 58 лет, доставлена в стационар в бессознательном состоянии. Со слов близких в течение недели чувствовала себя плохо, жаловалась на слабость и жажду, последние два дня беспокоили невыраженные боли в животе без четкой локализации, отказывалась от еды, была вялой, много спала. Сегодня утром боли в животе стали интенсивными, была однократно рвота. Объективно: сухость кожных покровов и языка, снижен тургор кожи, снижен тонус мышц, слабо развита подкожно-жировая клетчатка, дыхание шумное, глубокое, запах ацетона изо рта, тоны сердца глухие, ритмичные с частотой 102 в 1 минуту, АД = 105/70 мм рт. ст., пульс малый, живот умеренно напряжен, температура тела – 36.2 Сº. На приемном покое выполнены анализы: глюкоза крови – 34 ммоль/л, ацетон мочи (+++).

Выделите основные синдромы. Составьте план обследования.

**ЗАДАЧА № 6.**

Больная Н., 36 лет, обратилась к врачу с жалобами на сердцебиение, потливость, быструю утомляемость, бессонницу, плаксивость, снижение веса на 7 кг за 2 месяца, склонность к поносам. Все признаки стали появиляться после перенесенного ОРЗ. Объективно: кожные покровы влажные, эластичные, теплые, слабо развита подкожно-жировая клетчатка, в легких дыхание везикулярное, тоны сердца ритмичные с частотой 102 в 1 минуту, над верхушкой I тон усилен, определяется систолический шум, АД = 130/60 мм рт. ст., живот мягкий безболезненный, температура тела – 37.4 Сº, щитовидная железа увеличена, положительные симптомы Дальримпля, Штельвага, Грефе, Кохера, Мебиуса, Розенбаха, Мари.

Выделите основные синдромы. Составьте план обследования.

**ЗАДАЧА № 7.**

Больная Н., 52 лет, обратилась к врачу с жалобами на боли в сердце разнообразного характера, слабость, сонливость, зябкость, увеличение веса, выпадение волос. Объективно: больная медлительная, голос грубый, кожные покровы сухие, бледные, грубые, холодные, лицо одутловатое, маскообразное, нет волос у наружного края бровей, в легких дыхание везикулярное, границы сердца расширены влево (на 2 см), тоны сердца глухие ритмичные с частотой 54 в 1 минуту, АД = 110/80 мм рт. ст., живот мягкий безболезненный, температура тела – 35.4 Сº, щитовидная железа не пальпируется, руки и ноги отечны, но ямки после надавливания не остается. В анализах: анемия, гиперхолестеринемия, повышение уровня ТТГ.

Выделите основные синдромы. Составьте план обследования.

**ЗАДАЧА № 8.**

У больной Н., 54 лет, во время лечения у дерматовенеролога по поводу фурункулеза при обследовании выявлено абдоминальное ожирение, глюкоза капиллярной крови натощак - 6.4 ммоль/л. Проведен тест толерантности к глюкозе, через 2 часа после нагрузки с глюкозой уровень глюкозы капиллярной крови - 9.1 ммоль/л.

Оцените результаты исследования уровня глюкозы крови.

**ЗАДАЧА № 9.**

Больной Н., 68 лет, обследовался у терапевта.

Оцените результаты теста толерантности к глюкозе: уровень глюкозы капиллярной крови натощак - 6.3 ммоль/л, через 2 часа после нагрузки с глюкозой уровень глюкозы капиллярной крови - 12.0 ммоль/л.

Какие рекомендации можно дать больному с такими результатами?

**ЗАДАЧА № 10.**

У больной Н., 43 лет, обследовавшейся по поводу хронического пиелонефрита с частыми обострениями, отягощена наследственность по сахарному диабету II типа. Сухости во рту, жажды нет. Диурез – 1.6 л. Окружность талии – 95 см. Рост -170 см, вес – 78 кг. Оцените результаты теста толерантности к глюкозе: уровень глюкозы капиллярной крови натощак - 5.3 ммоль/л, через 2 часа после нагрузки с глюкозой уровень глюкозы капиллярной крови - 10.0 ммоль/л.

Какие рекомендации можно дать больному с такими результатами?

**Заболевания крови**

Больной К.. 63 года, случайно обнаружил у себя опухолевидное образование в подмышечной области, по поводу чего при хорошем самочувствии обратился к врачу. При обследовании найдено тотальное увеличение лимфатических узлов в виде пакетов, размером до 3 см в диаметре, подвижные, безболезненные, мягкоэластической консистенции. Печень выступает из-под реберной дуги на 2 см, селезенка на 7-8 см. Анализ крови: Нв – 135 г/л, тромбоциты – 180 000, лейкоциты – 96 000. Формула: палочкоядерные – 2, сегменты - 11, лимфоциты – 87, СОЭ – 28 мм/ч. Ваш предварительный диагноз? Дополнительное обследование?

Больной В., 23 года. Обратился к врачу с жалобами на слабость, головокружение, одышку при небольшой физической нагрузке, сердцебиение. При осмотре: бледность кожных покровов, видимых слизистых, единичные безболезненные кровоизлияния диаметром от 1 до 3 см на туловище, бедрах, голени. Со стороны внутренних органов при объективном обследовании — тахикардия 110 ударов в минуту, короткий систолический шум на верхушке. Другой патологии не найдено. Анализ крови: Нв – 77 г/л, эритроциты – 2 100 000, тромбоциты – 1,8\*1010 г/л, лейкоциты – 77 000. Формула: палочкоядерные – 4, сегменты - 21, лимфоциты – 13, моноциты – 3, бласты – 59%, СОЭ – 68 мм/ч. Ваш диагноз? Дополнительное обследование?

Больная У., 24 года. Поступила в стационар с жалобами на слабость, быструю утомляемость, головокружение, сердцебиение и одышку при умеренной физической нагрузке. С детства ест мел, любит запах краски, ацетона. Месячные с 12 лет, обильные, по 6-7 дней. Состояние ухудшилось после мед. аборта, который после выписки из стационара осложнился кровотечением в течение 3 дней (к врачу не обращалась). При обследовании больной: бледность кожных покровов, видимых слизистых, сухость кожи, ломкие и истонченные ногти, редкие волосы. Пульс — 96 ударов в минуту. АД — 100/60 мм рт.ст. Анализ крови: Нв – 62 г/л, эритроциты – 2 500 000, тромбоциты – 210 000, ретикулоциты – 2,1, лейкоциты – 5 600. СОЭ – 22 мм/ч. При микроскопии отмечается анизоцитоз, пойкилоцитоз, микроцитоз, гипохромия эритроцитов + + + +. Сывороточное железо 5,4 ммоль/л. Ваш диагноз? Причина заболевания?

**Суставной синдром, аллергозы**

Задача 1

Больной мужчина 35 лет, жалуется на возникшие боли в мелких сус-

тавах стоп, затруднение движения, их отечность, скованность по утрам, пос-

ле ходьбы эти явления уменьшаются. Обстоятельно: оп-

ределяется деформация этих суставов стоп.

Заданиа: 1. Диагноз?

2. Какой анализ следует произвести для уточнения диаг-

ностики заболевания?

Эталоны ответов:

1. Ревматоидный артрит

2. Кровь на ревматоидный фактор.

Задача 2

Больного беспокоит длительно полиартралгия летученго характера (крупные суставы). В анамнезе частые ангины.В крови: СРБ+++,лейкоцитоз со сдвигом влево/палочк.до 15/,СОЭ-30 мм/час, серомукоид =0,85.В анамнезе -ангина.

Задание: 1. Диагноз

2. Какие еще могут быть изменения в организме?

Эталоны ответов:

1. Ревматизм

2. Поражение сердца.

Задача 3

В крови больного, страдающего полиартритом, обнаружен ревматоидный

фактор.

Задание: 1. О каком заболевании следует думать?

2. Какова будет СОЭ и причина ее изменения?

Эталоны ответов:

1. Ревматоидный артрит.

2. 50-60-80 мм/час (диспротеинемия-гипергаммаглобулинемия).

Задача 4

При осмотре больного полиартритом выявлена деформация коленного и

голеностопного сустава, кисть отклонена в ульнарном направлении, обнару-

жена деформация пальца-контрактура сгибательная пароксизмальных суста-

вов. Болезненность суставов, ограничение их подвижности.

Задание: 1. Диагноз

2. Что такое "визитная карточка"?

Эталоны ответов:

1. Ревматоидный артрит

2. Типичные изменения кисти "плавник моржа" и палец в виде "гу-

синой шеи".

Задача 5

Больная жалуется на боли при ходьбе в позвоночнике и тазобедрен-

ных суставах. Анализ крови: СОЭ -21 мм/час. R-графия -сужение суставной

щели этих суставов, остеофиты, деформация суставов.

Задание: 1. Диагноз

2. Как называется характерная походка при этом заболевании?

Эталоны ответов:

1. Остеоартроз

2. "Утиная походка".

Задача 6

У больного мужчины 65 лет длительно болел плюснефаланговый сустав

большого пальца стопы, в последнее время стали деформироваться все сус-

тавы пальцев обеих стоп. На ушной раковине обнаружен белесоватый плот-

ный безболезненный бугорок, который периодически изъязвляется выделени-

ем крошковатой массы желтого и белого цвета. После обильной мясной пищи,

употребления алкоголя, у больного возник приступ острейшей боли в сус-

тавах стоп.

Задание: 1. Диагноз

2. Какое вещество следует определять в крови?

Эталоны ответов:

1. Подагра

2. Мочевую кислоту

“Скорая помощь” приехала по вызову к больной 18 лет, пациентка находится в сопорозном состоянии. Из опроса родственников установлено, что 40 мин назад девушку укусила оса.

**Объективно**: состояние тяжелое, выраженный отек лица и шеи, кожные покровы гиперемированы, напряжены, блестящие. Дыхание шумное, стридорозное. Пульс нитевидный, пальпируется толко на сонных артериях, 98 в мин, АД - 40/0 мм рт.ст. Живот болезненный при пальпации.

***Вопросы.***

1. Выделите клинические синдромы.

2. Сформулируйте предварительный диагноз

3. Окажите неотложную помощь.