

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Локтионова Оксана Геннадьевна
Должность: проректор по учебной работе
Дата подписания: 21.09.2021 14:18:43
Уникальный программный ключ:
0b817ca911e6668abb13a5d426d739e5f1c11eabbf73e943df4a4851fda56d089

МИНОБРНАУКИ РОССИИ

Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Юго-Западный государственный университет»
(ЮЗГУ)

Кафедра биомедицинской инженерии

УТВЕРЖДАЮ
Проректор по учебной работе
О.Г. Локтионова
« 15 / 12 2017 г.
«Юго-Западный государственный университет»
(ЮЗГУ)

ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ

Методические указания к самостоятельной работе по дисциплине
«Внутренние болезни»

Курск 2017

УДК 004.93:61

Составители: О.В. Шаталова, К.Д.А. Кассим

Рецензент

Доктор технических наук, профессор Р.А. Томакова

Внутренние болезни: методические указания к самостоятельной работе / Юго-Зап. гос. ун-т; сост.: О.В. Шаталова, К.Д.А. Кассим. Курск, 2017. 56 с.

Предназначено для студентов по специальности 30.05.03 «Медицинская кибернетика» по дисциплине «Внутренние болезни».

Текст печатается в авторской редакции

Подписано в печать 15.12.17. Формат 60×84 1/16. Бумага офсетная.

Усл. печ. л. 3,26. Уч.-изд. л. 2,84. Тираж 100 экз. Заказ 3718.

Юго-Западный государственный университет.

305040, г. Курск, ул. 50 лет Октября, 94.

Цель дисциплины обучение студентов методам исследования пациента и правилам диагностики, в том числе особенностям диагностического и лечебного алгоритмов при заболеваниях органов различных систем организма человека

Задачи дисциплины

- Ознакомить студентов с организацией лечебно-профилактической помощи в РФ, структурой заболеваемости и смертности;
- Сформировать представление у студентов о профилактической направленности в медицине и навыков общения с пациентами с соблюдением деонтологических норм;
- Изучить анатомо-физиологические особенности органов и систем человека, особенности иммунитета, метаболизма и физиологических констант, в том числе возрастном аспекте, влияние питания, условий жизни, болезней на здоровье во взрослом периоде жизни человека;
- Научить диагностике и принципам терапии наиболее часто встречающихся заболеваний, а так же состояний, угрожающих жизни, с использованием биохимических, биофизических и математических методов исследования на современном этапе развития медицины и фундаментальных наук.

Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине, соотнесённых с планируемыми результатами освоения образовательной программы

Обучающиеся должны **знать:**

- основы организации амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи;
- этиологию, патогенез, диагностику, лечение и профилактику наиболее часто встречающихся заболеваний;
- клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения наиболее распространенных заболеваний;
- современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики.

уметь:

- собрать полный медицинский анамнез пациента, провести опрос пациента, его родственников;
- провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, аускультация, измерение артериального давления (АД), определение характеристик пульса, частоты дыхания);
- интерпретировать результаты обследования, поставить пациенту предварительный диагноз, наметить объем дополнительных

исследований для уточнения диагноза; сформулировать клинический диагноз;

- разработать план лечения с учетом течения болезни, подобрать и назначить лекарственную терапию;

владеть:

- методами общего клинического обследования;
- техникой антропометрии, термометрии, транспортировки больных, кормления больных, измерения АД, подсчета частоты сердечных сокращений (ЧСС), и частоты дыхательных движений (ЧДД), измерения суточного диуреза, введения лекарств, сбора биологического материала для лабораторных исследований;
- интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики ;

Содержание самостоятельной работы студента

Таблица 1 – Содержание самостоятельной работы студента, структурированное по темам (разделам)

№	Раздел (тема) дисциплины	Содержание самостоятельной работы студента
8 семестр		
1	Пропедевтика внутренних болезней	Методика аускультации легких Методика аускультации сердца Расспрос, осмотр, перкуссия и аускультация при заболеваниях желудочно-кишечного тракта
2	Заболевания органов дыхательной системы	Методика аускультации легких
9 семестр		
3	Заболевания органов сердечно-сосудистой системы	Методика аускультации сердца Атеросклероз
4	Заболевания органов пищеварения	Расспрос, осмотр, перкуссия и аускультация при заболеваниях желудочно-кишечного тракта
5	Прочие заболевания инфекционной и неинфекционной этиологии	Хронические гепатиты Циррозы печени Туберкулез Кожные и венерические заболевания

Студенты могут при самостоятельном изучении отдельных тем и вопросов дисциплин пользоваться учебно-наглядными пособиями, учебным оборудованием и методическими разработками кафедры в рабочее время, установленное Правилами внутреннего распорядка работников.

Учебно-методическое обеспечение для самостоятельной работы обучающихся по данной дисциплине организуется:

научной библиотекой университета:

- библиотечный фонд укомплектован учебной, методической, научной, периодической, справочной и художественной литературой в соответствии с УП и данной РПД;

- имеется доступ к основным информационным образовательным ресурсам, информационной базе данных, в том числе библиографической, возможность выхода в Интернет.

кафедрой:

- путем обеспечения доступности всего необходимого учебно-методического и справочного материала;

- путем предоставления сведений о наличии учебно-методической литературы, современных программных средств.

- путем разработки:

- методических рекомендаций, пособий по организации самостоятельной работы студентов;

- заданий для самостоятельной работы;

- тем курсовых проектов и методические рекомендации по их выполнению;

- вопросов к экзамену;

- методических указаний к выполнению практических работ.

- полиграфическим центром (типографией) университета:

- помощь авторам в подготовке и издании научной, учебной и методической литературы;

- удовлетворение потребности в тиражировании научной, учебной и методической литературы.

Для рубежного контроля знаний выбираются тесты из раздела “Рубежные тесты” и проводится собеседование со студентами по “Вопросам к собеседованию”.

Для промежуточной аттестации, проводимой в форме зачета, контролирующего знания, умения и навыки используются вопросы из раздела “Вопросы к зачету” оценочных средств.

Для промежуточной аттестации, проводимой в форме экзамена, используется следующая методика оценки сформированности компетенций в

рамках изучаемой дисциплины. В каждом варианте КИМ 8 тестовых заданий и одна задача:

Каждый верный ответ оценивается следующим образом:

- тестовое задание –3 балла,

- задача– 12 баллов,

Максимальное количество баллов за экзамен - 36 баллов.

Перечень основной и дополнительной учебной литературы, необходимой для освоения дисциплины

1.Основная учебная литература

1. Классификация заболеваний внутренних органов [Электронный ресурс] : учебное пособие / под ред. А. В. Гордиенко, В. Ю. Голофеевского. - Санкт-Петербург : СпецЛит, 2013. - 158 с. - Режим доступа : <http://www.biblioclub.ru>.

2.Дополнительная литература

1. Недзьведь, М. К. Патологическая анатомия [Текст]: учебник / М. К. Недзьведь, Е. Д. Черствый. - Минск : Вышэйшая школа, 2015. - 680 с. – Режим доступа: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=452754>

2. Трухан, Д. И. Болезни органов дыхания [Текст] : учебное пособие / Д. И. Трухан, И. А. Викторова. - Санкт-Петербург : СпецЛит, 2013. - 176 с. – Режим доступа: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=253922>

3. Окорочков А. Н. Диагностика болезней внутренних органов [Текст] / А. Н. Окорочков. - М. : Медицинская литература, 2006. - Т. 6 : Диагностика болезней сердца и сосудов. - 464 с.

4. Окорочков А. Н. Диагностика болезней внутренних органов [Текст] / А. Н. Окорочков. - М. : Медицинская литература, 2005 - .Т. 1 : Диагностика болезней органов пищеварения. - 560 с.

3. Перечень методических указаний

1. Внутренние болезни [Электронный ресурс] : методические указания к практическим занятиям по дисциплине «Внутренние болезни» / Юго-Зап. гос. ун-т ; сост.: О. В. Шаталова, К. Д. А. Кассим. - Электрон. текстовые дан. (295 КБ). - Курск : ЮЗГУ, 2017. - 55 с.

2. Внутренние болезни [Электронный ресурс] : методические указания к самостоятельной работе по дисциплине «Внутренние болезни» / Юго-Зап. гос. ун-т ; сост.: О. В. Шаталова, К. Д. А. Кассим. - Электрон. текстовые дан. (368 КБ). - Курск : ЮЗГУ, 2017. - 49 с.

4.Другие учебно-методические материалы

Отраслевые научно-технические журналы в библиотеке университета и библиотечной системе Ирбис ФГБОУ ВО КГМУ:

Самостоятельная работа №1

«Методика аускультации легких»

Краткие теоретические сведения

Аускультация легких проводится в следующих 9 парных точках (справа и слева):

1. Второе межреберье по средне — ключичной линии.
2. Над ключицами по средне — ключичной линии.
3. Под ключицами по средне — ключичной линии.
4. 3-4 межреберья по средне — подмышечной линии (в глубине подмышечной впадины).
5. 5-6 межреберья по средне — подмышечной линии.
6. Над лопатками.
7. В верхней части межлопаточной области.
8. В нижней части межлопаточной области.
9. Под лопатками.

Основные дыхательные шумы:

1. Везикулярное дыхание образуется в альвеолах, прослушивается в фазу вдоха и 1/3 выдоха.

2. Физиологическое бронхиальное дыхание (ларинготрахеальное) образуется при прохождении воздуха через голосовую щель. Прослушивается во время вдоха и выдоха, но более продолжительно — на выдохе. В норме выслушивается над гортанью, сзади в области 7 шейного позвонка, а также в местах проекции на грудную клетку бифуркации трахеи — спереди в области рукоятки грудины, сзади — в межлопаточной области на уровне 2-4 грудных позвонков.

Побочные дыхательные шумы:

- сухие хрипы. Условия возникновения: сужение просвета бронхов вследствие спазма гладкой мускулатуры бронхов (при астме), набухания слизистой оболочки бронхов (бронхит), образования фиброзной ткани в стенках бронхов (пневмосклероз), колебания нитей из вязкой мокроты в просвете бронхов (струны из нитей мокроты);

- влажные хрипы. Образуются при наличии в бронхах жидкого секрета.

Различают мелкопузырчатые, среднепузырчатые и крупнопузырчатые хрипы (последние образуются в крупных бронхах, бронхоэктазах и в полостях, сообщающихся с бронхом, содержащих жидкий секрет).

Крепитация. Возникает в альвеолах при накоплении в них небольшого количества вязкого секрета, прослушивается в конце вдоха (момент разлипания альвеол). Крепитация выслушивается в 1 (вводная крепитация) и 3 (выводная крепитация) фазах крупозной пневмонии, застойных явлениях в легких, инфильтративном туберкулезе легких.

Шум трения плевры. Прослушивается в фазу вдоха и выдоха. Выслушивается данный феномен при сухом плеврите, когда на листках плевры образуется шероховатость вследствие отложения фибрина, солей.

Отличия шума трения плевры от крепитации и сухих хрипов:

1) после кашля шум трения плевры и крепитация не изменяются, хрипы могут исчезать или меняться по характеру и локализации;

2) шум трения плевры и хрипы слышны при вдохе и выдохе, крепитация - только при вдохе;

3) шум трения плевры усиливается при надавливании стетоскопом, хрипы и крепитация не меняются;

4) только шум трения плевры можно прослушать при ложных дыхательных движениях (втягивание и выпячивание живота при закрытом рте и зажатым носом).

Патологическое бронхиальное дыхание - бронхиальное дыхание, выслушиваемое на каком-либо участке грудной клетки кроме тех мест, где оно выслушивается в норме. Оно проводится на поверхность грудной стенки

только при уплотнении легочной ткани или наличии полости, сообщающейся с бронхом. Встречается при крупозной пневмонии в стадии разгара, инфаркте легкого, пневмосклерозе, опухолях легкого, абсцессе после вскрытия, кавернозном туберкулезе.

Амфорическое дыхание (разновидность бронхиального) – выявляется при наличии полости, сообщающейся с бронхом, возникает своеобразный звук вследствие завихрений воздуха в ней.

Задачи для самостоятельного решения

Задача №1

При аускультации легких справа в аксиллярной области на уровне четвертого межреберья выслушиваются на фоне бронхиального дыхания крупнопузырчатые звучные влажные хрипы.

Объясните механизм возникновения этих дыхательных шумов.

Задача №2

При аускультации легких справа под лопаткой выявляется побочный дыхательный шум, выслушиваемый на вдохе и выдохе.

1. Что это: крепитация, шум трения плевры или влажные хрипы?
2. Что нужно сделать, чтобы решить этот вопрос?

Задача №3

При пальпации грудной клетки слева под лопаткой выявлено резкое усиление голосового дрожания. При сравнительной перкуссии здесь же обнаружено притупление перкуторного звука.

1. Какой основной дыхательный шум будет выслушиваться в данной области?
2. Почему?

Задача №4

Переднезадний и билатеральный размеры грудной клетки приближаются друг к другу.

1. Как называется такая форма грудной клетки?
2. Каково ее диагностическое значение.
3. Как изменяется голосовое дрожание при подобном изменении?

Задача №5

Левая половина грудной клетки шире правой, межреберья сглажены, участие ее в акте дыхания резко ограничено. Голосовое дрожание слева не определяется.

1. Чем могут быть вызваны данные изменения?
2. Каковы возможные данные сравнительной перкуссии?

Задача №6

Правая половина грудной клетки уже левой, по передней аксиллярной линии уплощена, голосовое дрожание в этой области не определяется.

Каковы возможные причины этих изменений?

Задача №7

При определении голосового дрожания оно оказалось резко усилено в левой подлопаточной области.

Назовите возможные причины подобного изменения.

Задача №8

При аускультации легких справа в подлопаточной области обнаружен участок жесткого дыхания.

1. Назовите и объясните причину локального аускультативной картины.

2. Какие результаты дополнительных методов исследования могут ее подтвердить?

Задача №9

Над всей поверхностью легких выслушивается жесткое дыхание.

1. Каковы причины его возникновения?
2. Какова рентгенологическая картина?

Задача №10

Больной длительное время страдает обструктивной болезнью легких.

1. Какой основной дыхательный шум можно выслушать при аускультации легких?
2. Объясните механизм его образования.
3. Каковы результаты бронхофонии?
4. Рентгенологическая картина?

Задача №11

У больного при рентгенологическом исследовании выявлена жидкость в плевральной полости слева до VII ребра.

1. Какие данные можно получить при аускультации легких?
2. Какие данные можно получить при пальпации грудной клетки?
3. Какие данные можно получить при перкуссии грудной клетки?

Задача №12

При исследовании дыхательной системы у больного выявлены следующие данные: число дыханий - 28 в минуту; голосовое дрожание справа под лопаткой резко ослаблено. При сравнительной перкуссии справа - тимпанит.

1. Какой основной дыхательный шум будет выслушиваться справа?
2. Какой метод дополнительного исследования следует использовать?

Самостоятельная работа №2

«Методика аускультации сердца»

Краткие теоретические сведения

У здоровых людей при аускультации сердца выслушиваются два тона.

I тон (систолический) состоит из 4 компонентов:

1) клапанный компонент - колебания створок атриовентрикулярных (АВ) клапанов в фазу изометрического сокращения. Определяется:

а) скоростью сокращения желудочков ($>v$, звучнее I тон);

б) положением створок АВ клапанов и кровенаполнением желудочков к началу систолы;

2) мышечный компонент - колебания миокарда желудочков в фазу изометрического сокращения;

3) сосудистый компонент - колебания начальных отрезков аорты и легочного ствола при растяжении их кровью в период изгнания;

4) предсердный компонент - колебания, связанные с сокращением предсердий.

По характеру I тон более низкий и продолжительный, чем II.

Громкость I тона зависит от:

а) герметичности камеры желудочков в период изоволюметрического сокращения (от плотности смыкания АВ клапанов);

б) скорости сокращения желудочков в фазу изометрического сокращения, которая зависит от сократительной способности миокарда и величины систолического объема желудочка: чем более наполнен желудочек, тем меньше скорость его сокращения;

в) от плотности структур, участвующих в колебательных движениях (от плотности АВ клапанов);

г) от положения створок АВ клапанов непосредственно перед началом фазы изоволюметрического сокращения.

II тон (диастолический) состоит из 2 компонентов:

1) клапанный компонент - колебания створок полулунных клапанов аорты и легочного ствола при их захлопывании в начале диастолы;

2) сосудистый компонент - колебания стенок аорты и легочного ствола.

По характеру II тон более высокий и менее продолжительный, чем I.

Громкость II тона зависит от:

а) герметичности закрытия полулунных клапанов;

б) скорости закрытия и колебаний этих клапанов в течение протодиастолического периода, которая зависит от:

- уровня АД в магистральном сосуде;

- скорости расслабления миокарда желудочков;

в) от плотности структур, участвующих в колебательных движениях (от плотности полулунных клапанов)

г) от положения створок полулунных клапанов непосредственно перед началом протодиастолического периода

Основные точки аускультации:

1. Двустворчатый (митральный) клапан - область верхушечного толчка (в V межреберье слева на 1-1,5 см кнутри от средне-ключичной линия)

2. Клапан аорты - II межреберье справа на 1 см кнаружи от края грудины.

3. Клапан легочной артерии - II межреберье слева на 1 см кнаружи от края грудины.

4. Трехстворчатый клапан - IV межреберье справа у края грудины или по срединной линии в области прикрепления мечевидного отростка к телу грудины.

Дополнительные точки аускультации:

1. Аортальный клапан (точка Боткина-Эрба) - III межреберье слева у края грудины.

2. Митральный клапан (точка Наунина) - IV межреберье слева у края грудины.

3. Трехстворчатый клапан (точка Левиной) - вершина эпигастрального угла. Точка Левиной может быть наилучшей точкой выслушивания тонов сердца при эмфиземе.

Задачи для самостоятельного решения

Задача №1

У больного с несколько смещённым влево и вниз верхушечным толчком обнаружен при аускультации сердца грубый систолический шум во втором межреберья справа от грудины, проводящийся на сонные артерии. Пульс ритмичный, 56 в минуту, амплитуда волн малая, они медленно нарастают и медленно снижаются. АД – 110/80 мм рт. ст. Охарактеризуйте пульс. О каком заболевании идет речь?

Задача №2

У больного с бледными кожными покровами, выраженной пульсацией на шеи кнутри от грудино-ключичной-сосцевидной мышцы с обеих сторон, верхушечный толчок определяется в шестом межреберья, площадью 5 см, куполообразный. АД 150/30 мм рт. ст. Какой пульс следует ожидать у этого больного? Диагноз заболевания.

Задача №3

Вы определили число сердечных сокращений 120 в минуту при нерегулярности и неравномерности пульсовых волн, которых насчитали 100 в минуту. Дайте характеристику пульсу, при каком состоянии встречается такая картина?

Задача №4

У больного АД 180/120 мм рт. ст. Назовите это состояние. Как изменяется пульс у этого больного?

Задача №5

У больного с сердечно-сосудистой патологией венозное давление равно 210 мм водного столба. Какова величина венозного давления в норме? Какие симптомы у этого больного?

Задача №6

Больная Н., 25 лет, лечится в стационаре по поводу ревматизма, митрального стеноза. Сделана запись ФКГ.

Какие патологические изменения будут выявлены на ФКГ? Какой регистрируется шум? На каких аускультативных точках это будет выявляться?

Задача №7

Больной Х., 40 лет, жалуется на слабость, головокружение. Бледен. Границы сердца в норме. При аускультации тоны сердца ритмичные, во II межреберье слева выслушивается нежный короткий систолический шум. В анализе крови снижен уровень гемоглобина и эритроцитов.

Какова природа систолического шума? Отметьте характерные признаки его на представленной ФКГ.

Задача №8

При аускультации сердца у больного выслушивается 3-х-членный ритм. На ФКГ регистрируется усиленный I тон, третий звук отстает от II тона на 0,08 сек.

Какой ритм выслушивается у больного? Назовите третий звук в выслушиваемом ритме у больного.

Самостоятельная работа №3
«Расспрос, осмотр, перкуссия и аускультация при заболеваниях
желудочно-кишечного тракта»

Краткие теоретические сведения

Болезни пищевода - эзофагит, гастроэзофагеальный рефлюкс, язва и дискинезия пищевода: боли по ходу пищевода при глотании, изжога, отрыжка, чувство «комка» или препятствия для прохождения пищи.

Болезни желудка - гастрит, язвенная болезнь, дискинезия, изменения привратника: боли в эпигастральной области разной интенсивности и иррадиации, связаны по времени с приемом пищи, тошнота, рвота, изжога, при язвенном поражении кровь в кале, в рвотных массах, «черный» жидкий стул, вздутие живота.

Болезни двенадцатиперстной кишки - дуоденит (бульбит), гастродуоденит, язвенная болезнь, снижение тонуса (атония). Чаще всего сопутствует патологии желудка. Характеризуется болями в эпигастрии и в подреберьях, отдающих в спину. Возникают через 1,5–2 часа после еды или ночью. Беспокоит изжога, рвота, тошнота, вздутие живота.

Болезни тонкого кишечника - энтериты различной этиологии, болезнь Крона, гастроэнтериты (токсический, аллергический и другие неинфекционные), дивертикулит: боли по ходу тонкого кишечника вокруг пупка, спастические кишечные колики, понос, симптомы обезвоживания и проявление недостатка белка и витаминов (сухость кожи и слизистых, слабость, повышенная утомляемость), снижение веса.

Задачи для самостоятельного решения

Задача №1.

У больного, страдавшего в течение 25 лет гипертонической болезнью с преимущественным поражением почек, развилась уремия, которая послужила причиной смерти. При вскрытии обнаружены изменения в желудке, слизистая оболочка гиперемирована, набухшая, покрыта вязким секретом.

1. Какой патологический процесс обнаружен в желудке?
2. Его форма в зависимости от морфологических изменений.
3. Микроскопическая характеристика.
4. Этиология процесса.

Задача №2.

Больной длительно страдал язвенной болезнью желудка с периодическими обострениями. Внезапно появилась резкая боль в подложечной области с иррадиацией в плечо, холодный пот, бледность кожных покровов. При пальпации отмечено резкое напряжение мышц передней стенки живота.

1. Какое осложнение язвенной болезни развилось у больного?
2. Какова микроскопическая характеристика язвы в период обострения?
3. Чем можно объяснить напряжение мышц передней стенки живота?

Задача №3.

У больной внезапно появились боли в правой подвздошной области, рвота. К врачу обратилась на 2-е сутки, когда появились боли в области правого подреберья, температура тела до 39°C. Больная доставлена в хирургическое отделение, оперирована. На операции обнаружен утолщенный червеобразный отросток с гиперемированной серозной оболочкой, покрытой фибринозным налетом.

1. Какая форма аппендицита развилась у больной?
2. Микроскопическая характеристика червеобразного отростка.

3. Какое осложнение может развиваться при распространении воспаления на ветви воротной вены?

Задача № 4.

Больной, 72 лет, умер от инфаркта миокарда при наличии признаков почечной недостаточности. Из анамнеза известно, что более 25 лет он страдал гипертонической болезнью с поражением сердца и почек. На вскрытии обнаружены гипертрофия левого желудочка с признаками острого инфаркта миокарда, первично сморщенные почки, изменения в желудке (слизистая оболочка отечная, гиперемированная, на поверхности большое количество вязкого мутного экссудата).

1. Назовите патологический процесс, обнаруженный в желудке.
2. Опишите соответствующий микропрепарат.
3. Объясните причину и механизм развития описанных изменений.
4. Перечислите другие причины развития диагностированного патологического процесса в желудке.

Задача № 5.

Больная, 50 лет, обратилась к врачу по поводу постоянных ноющих болей в эпигастрии. Из анамнеза известно, что пациентка длительное время страдает ревматоидным артритом, по поводу которого принимает нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). Проведена гастроскопия, обнаружено сглаживание складок слизистой оболочки, в антральном отделе дефекты до 0,5 см в диаметре с коричневатым дном. Из области сглаженных складок взята биопсия.

1. Диагностируйте патологический процесс, который может быть обнаружен в биоптате слизистой оболочки желудка.
2. Как называются дефекты слизистой оболочки, обнаруженные в антральном отделе?

3.Объясните механизм развития диагностированных патологических процессов. Какие еще возможны причины развития перечисленных патологических процессов?

4.Какой патологический процесс может развиваться в области дефектов слизистой оболочки при хронизации заболевания?

Задача №6

Больной В., 46 лет, жалуется на постоянное вздутие живота, дискомфорт по ходу кишечника - урчание, перетекание содержимого, сопровождающиеся сильными болями, внезапными позывами к дефекации вскоре после начала завтрака, чередование поносов с запорами, часто-«овечий» стул скудного объёма. Продолжительность клиники почти три года, последние полгода – она постоянна. При расспросе вес стабилен, крови и слизи в стуле не было, лихорадку отрицает. При полном обследовании (копрограмма, посевы кала, исследование на дисбиоз и скрытую кровь, ирригоскопия и колоноскопия, анализы крови биохимический и клинический – без патологии) исключены симптомы «красных флагов» (тревоги). Назначения привели к постепенному улучшению в течение 3 месяцев.

Поставьте диагноз.

Самостоятельная работа №4 «Хронические гепатиты»

Краткие теоретические сведения

Классификация хронических диффузных заболеваний печени, принятая на Всемирном конгрессе гастроэнтерологов (Лос-Анджелес, 1994).

По этиологии:

- аутоиммунный гепатит;
- хронический вирусный гепатит В;
- хронический вирусный гепатит С;
- хронический вирусный гепатит D;
- хронический вирусный гепатит неуточненной этиологии;
- хронический гепатит неуточненной этиологии;
- хронический лекарственный гепатит;
- первичный билиарный цирроз.

Первичный склерозирующий холангит (критерии холестатическое заболевание длительностью более 6 месяцев, повышением ЩФ более чем в 2 раза, рентгенологически выявляемые сужения, расширения, извитость внепеченочных желчных ходов).

Поражение печени при болезни Вильсона-Коновалова.

Поражение печени при дефиците альфа1-антитрипсина (фермент, основной ингибитор протеаз, синтезируемый печенью).

По стадиям процесса:

- 0 – без фиброза,
- 1 – слабовыраженный перипортальный фиброз,
- 2 – умеренный фиброз с портопортальными септами,
- 3 – выраженный фиброз с портоцентрными септами,

4 – цирроз печени, степень тяжести которого определяется выраженностью портальной гипертензии и печеночной недостаточностью.

Задачи для самостоятельного решения

Задача № 1

Больная Р., 18 лет, поступила в больницу в связи с тем, что мать заметила у дочери желтуху. Никаких других симптомов болезни не отмечает.

Самочувствие хорошее. Раньше желтухой не болела. Никаких парентеральных вмешательств в течение полгода не было. Отмечается легкая желтушность склер и кожи, печень у края реберной дуги, чувствительная при пальпации и перкуссии.

Общий билирубин крови - 140 мкмоль/л, прямой билирубин - 105 мкмоль/л, АлАТ - 4,0 мкмоль/час/л, тимоловая проба -19 ед.

1. Ваш предполагаемый диагноз и его обоснование.
2. Составьте план обследования.
3. Назначьте лечение.
4. Какова длительность диспансерного наблюдения при данном заболевании?
5. В чем заключается профилактика данного заболевания?

Задача № 2

Больной К., 13 лет, считает себя здоровым, жалоб не предъявляет. Госпитализирован после клинико-лабораторного обследования в школе в связи со случаем заболевания «желтухой» одноклассника. Со слов больного, в крови нашли «какие-то» изменения, что и послужило основанием для направления в стационар.

При тщательном опросе выяснено, что до обследования в течение 5-7 дней мальчик чувствовал себя плохо, были слабость, пониженный аппетит,

небольшая боль в правом подреберье, однократная рвота. Температуру тела не измерял. Темной мочи и изменения окраски кала не видел.

При осмотре состояние больного удовлетворительное, желтухи нет. Пульс - 72/мин., ритмичный. Печень выступает на 1,5 см ниже из-под края реберной дуги, селезенка - у края реберной дуги. Моча и кал нормальной окраски.

1. Ваш предполагаемый диагноз и его обоснование.
2. Составьте план обследования.
3. Назначьте базисную терапию.
4. В чем заключается профилактика данного заболевания?

Задача № 3

Больная У., 20 лет, лечится у врача по поводу ОРЗ (ринофарингит) в течение 4 дней. В последние 2 дня температура тела нормализовалась, однако самочувствие ухудшилось - пропал аппетит, появилась выраженная слабость, тупая боль в правом подреберье. При расспросе удалось выявить, что цвет мочи стал несколько темнее.

1. Ваш предполагаемый диагноз и его обоснование.
2. Какие необходимо провести обследования для подтверждения диагноза.
3. Ваша тактика.
4. Какой период болезни регистрируется в настоящее время?
5. Подчеркните сходства и различия с ОРЗ.

Задача № 4

Больной С., 35 лет, продавец магазина. С 1 марта находилась в терапевтическом отделении ГБ по поводу обострения ревматоидного артрита. В связи с появлением желтухи 13 марта переведена в инфекционное отделение с диагнозом: Гепатит. В контакте с желтушными больными не была.

При поступлении отмечается интенсивная желтушность кожи, склер, зуд кожи с расчесами в области груди и конечностей. Аппетит понижен, язык обложен, живот мягкий, печень +5,0 см, чувствительная при пальпации. Пальпируется край селезенки, поташнивает. Температура нормальная. Пульс 56/мин., ритмичный, АД-100/60 мм рт.ст., спит плохо из-за зуда кожи.

В анализах крови: L - $4,2 \cdot 10^9$ /л, формула без особенностей, СОЭ - 8 мм/час; билирубин общий -180 мкмоль/л, прямой билирубин -100 мкмоль/л, сулемовая проба -1,9, тимоловая проба -2,5 ед, холестерин крови - 6,76 мкмоль/час/л, АЛАТ - 5,5 мкмоль/час/л.

1. Ваш предполагаемый диагноз и его обоснование.
2. Какие необходимо провести обследования для подтверждения диагноза?
3. Ваша тактика по лечению холестаза.
4. План лечения в стационаре.
5. Укажите сроки диспансерного наблюдения.

Задача № 5

Больной Х., 46 лет, оперирован в начале октября 2011 г. по поводу язвенной болезни 12ти-перстной кишки. До и после операции переливалась кровь, всего перелито 1300 мл. В контакте с желтушными больными не был. 28.11.11 г. появились боли в суставах, слабость, пропал аппетит. 30.11.11 г. потемнела моча, со 2.12.11 г. заметил желтушность кожи, склер, в тот же день поступил в больницу с диагнозом: Вирусный гепатит.

При поступлении: вялый, адинамичный, плохой аппетит, выраженная желтуха, рвота 1-2 раза в день. Печень +2,0 см, болезненна, селезенка не увеличена. Температуратела нормальная, пульс 64/мин., L - $7,2 \cdot 10^9$ /л, СОЭ - 15 мм/час, билирубин общий - 300 мкмоль/л, его прямая фракция - 250 мкмоль/л, АЛАТ - 6,2 мкмоль/час/л (норма до 0,7 мкмоль/час/л), сулемовая проба -1,2 ед.

1. Ваш предполагаемый диагноз и его обоснование.

2. План лабораторного обследования.
3. Назначьте лечение.
4. Развитие какого осложнения возможно?
5. В чем заключается специфическая профилактика данного заболевания?

Задача № 6

Больной Н., 45 лет, оперирован в противотуберкулезном диспансере 10.06.12 г. по поводу туберкулеза левого легкого. 7.08.12 г. в палате, где находился больной Н., выявлен больной с желтухой, также оперированный в этой больнице в мае 2012 года.

25.08.12 г. пациент Н. почувствовал слабость, недомогание, боли в суставах, тошноту, потемнела моча. 28.08.12 г. появилась желтуха склер и кожных покровов. Больной активен, несколько эйфоричен, пульс 100/мин., ритмичный, печень у края реберной дуги, резкая болезненность при пальпации и перкуссии, на коже груди, предплечья множественные геморрагии. Утром и днем была рвота. Температура тела 38,5°C.

1. Ваш предполагаемый диагноз и его обоснование.
2. План лабораторного обследования.
3. Ваша тактика по ведению больного.
4. Укажите сроки диспансерного наблюдения.
5. Укажите сроки инкубационного периода при данном заболевании.

Задача № 7

Больная Ф., 32 года, доставлена в инфекционную больницу без сознания, с резко выраженной желтухой. Ощущается «печеночный» запах изо рта. Регионарные лимфатические узлы не увеличены. При перкуссии грудной клетки легочный звук, при аускультации везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены. Пульс ритмичный, слабого наполнения, 120/мин., АД - 110/70 мм рт.ст. Печень и селезенка не пальпируются. При перкуссии

нижний край печени определяется на 2,0 см выше реберной дуги по среднеключичной линии справа. Корнеальные рефлексы сохранены.

Из анамнеза: 3 месяца назад больной произведена аппендэктомия. Желтуха появилась вчера; за неделю до поступления началось «простудное заболевание».

1. Ваш предполагаемый диагноз и его обоснование
2. Какие лабораторные исследования необходимо провести для определения этиологии заболевания?
3. Какой лабораторный показатель указывает на печеночно-клеточную недостаточность?
4. Тактика врача приемного отделения в данной ситуации.

Задача № 8

Мужчина 29 лет состоит активным донором, последние 6 месяцев - донором плазмы. Направлен в гепатоцентр станцией переливания крови в связи с появившимся у него повышением трансаминаз: АлАТ - 250 мкмоль/л. Ранее подобного повышения ферментных тестов не регистрировалось. Жалоб не предъявляет. При обследовании отмечено небольшое увеличение печени.

Из эпидемиологического анамнеза: повышение аминотрансфераз выявлено еще у 2х доноров этой станции. ИФА диагностика на маркеры к вирусным гепатитам В,С,Д показала отрицательный результат.

1. Ваш предполагаемый диагноз.
2. Как подтвердить диагноз?
3. Назовите путь передачи инфекции.
4. Ваша тактика по ведению пациента.
5. Укажите сроки диспансерного наблюдения.

Задача № 9

У больной Д., 27 лет, беременной на сроке 12 недель, при обследовании в женской консультации обнаружены общие антитела к вирусу гепатита С. Предъявляла жалобы на незначительную усталость, слабость.

При осмотре: кожные покровы чистые, желтухи нет, печень не увеличена.

В биохимическом анализе крови: повышение АлАТ в 2 раза.

Из эпидемиологического анамнеза: 7 лет назад оперирована по поводу язвенной болезни желудка, операция сопровождалась переливанием плазмы.

1. Ваш предполагаемый диагноз.
2. Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. Ваша тактика по ведению пациентки.
4. В какой период беременности необходимо провести количественную ПЦР- диагностику НС V-инфекции?
5. Противопоказано ли грудное вскармливание?

Задача № 10

Больная З., 18 лет, обратилась в инфекционное отделение с жалобами на слабость, снижение аппетита, тошноту, легкую желтушность кожи и склер, темную мочу.

При осмотре: легкая желтушность кожи, диффузная иктеричность склер; печень чувствительна при пальпации, мягко-эластичная, пальпируется на 3,0 см из-под края реберной дуги; селезенка пальпаторно не увеличена.

Из эпидемиологического анамнеза: 3 месяца назад впервые несколько раз вводила внутривенно наркотические средства. Больная была госпитализирована с подозрением на вирусный гепатит.

При биохимическом исследовании сыворотки крови: билирубин общий - 86 мкмоль/л, прямая фракция - 64 мкмоль/л, АлАТ - 620 ммоль/с/л. При серологическом исследовании: все маркеры на вирусные гепатиты - отрицательные.

1. Ваш предполагаемый диагноз.
2. Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. Каков прогноз течения заболевания?
4. Определите терапевтическую тактику.
5. Дайте дальнейшие рекомендации по диспансеризации больного.

Задача № 11

Машиной «скорой помощи» в приемное отделение инфекционной больницы доставлен больной М., 25 лет, на 6-ой день болезни с жалобами на головную боль, слабость, потерю аппетита, боли в правом подреберье и эпигастрии, тошноту, однократную рвоту и разжиженный стул.

При осмотре: состояние средней тяжести, кожные покровы и склеры желтушные. Регионарные лимфатические узлы не увеличены, дыхание везикулярное, сердечные тоны ясные, ритмичные, АД - 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье, печень выступает из-под нижнего края реберной дуги до 3,0 см, болезненная при пальпации, мягко-эластичной консистенции, край ровный. Моча темная.

Из эпидемического анамнеза: больной отдыхал у родственников в Узбекистане, купался в арыке, пил сырую воду, ел фрукты.

1. Ваш предполагаемый диагноз.
2. Можно ли заподозрить данное заболевание на основании эпидемиологического анамнеза?
3. Каков путь заражения?
4. Какие методы лабораторных исследований необходимо провести для уточнения диагноза?

Задача № 12

Больная А., 34 лет, врач-анестезиолог, обратилась в поликлинику 03.07. с жалобами на высокую температуру тела, боль в правом подреберье,

коленных и лучезапястных суставах. Больна 3-й день, пыталась лечиться самостоятельно (анальгин, аспирин), но самочувствие ухудшилось, заметила появление крупнопятнистой сыпи на теле, головокружения, продолжалась боль в правом подреберье, усилилась тошнота, была повторная рвота, изменился цвет мочи, температура тела повысилась до 39,7°C. После осмотра врачом поликлиники больная направлена на госпитализацию в инфекционный стационар с подозрением на «Вирусный гепатит».

При осмотре в инфекционном отделении: тяжелое состояние, желтуха, артралгии, боли в правом подреберье. Пульс - 90/мин, тоны сердца приглушены. Живот вздут, болезненный при пальпации в правом подреберье, печень пальпируется на 4,0 см ниже края реберной дуги. Селезенка увеличена. Асцит.

При биохимическом исследовании крови: билирубин крови прямой - 150 мкмоль/л, непрямой - 82 мкмоль/л, АлАТ - 624 нмоль/с.л, АсАТ -123 нмоль/с.л, тимоловая проба - 14 ед., ПТИ - 50 %, альбуминов - 35 %, у - глобулины - 32 %.

При ИФА-диагностике: обнаружены HBsAg , общие антитела к HBcorAg, IgM к HDV.

1. Ваш предполагаемый диагноз.
2. Обоснуйте тяжесть течения заболевания.
3. Укажите предполагаемый путь инфицирования.
4. Спрогнозируйте исход болезни.
5. Обозначьте сроки диспансерного наблюдения.

Самостоятельная работа №5

«Циррозы печени»

Краткие теоретические сведения

Цирроз печени - хроническое полиэтиологическое прогрессирующее заболевание, протекающее с поражением паренхиматозной и интерстициальной ткани органа с некрозом и дистрофией печеночных клеток, узловой регенерацией и диффузным разрастанием соединительной ткани, нарушением архитектоники органа и развитием той или иной степени недостаточности функции печени.

Клинические проявления циррозов печени:

Общие проявления: слабость, анорексия, похудание.

Кожные проявления: желтуха, телеангиоэктазии, пальмарная эритема, изменения ногтей.

Мышечно-скелетные: снижение мышечной массы, гипертрофическая остеоартропатия, судороги, контрактура Дюпюитрена.

Желудочно-кишечные: увеличение живота в объеме за счет асцита, диарея, желудочно-кишечные кровотечения, портальная гастропатия, пептические язвы, гастрит.

Гематологические: анемия, тромбоцито- и лейкопения, нарушения коагуляции, ДВС, гемосидероз.

Легочные: гипоксемия, гипервентиляция, гидроторакс, гепатопульмональный синдром (триада, включающая заболевание печени, увеличение альвеолярно-артериального градиента при вдыхании комнатного воздуха, расширение внутрилегочных сосудов), характеризующийся одышкой, деформацией пальцев рук в виде барабанных палочек, тяжелой гипоксемией.

Сердечные: гипердинамическое кровообращение.

Почечные: вторичный гиперальдостеронизм, гепаторенальный синдром, почечный канальцевый ацидоз.

Эндокринные: гипогонадизм, феминизация у мужчин, диабет, повышенный уровень паратиреоидных гормонов.

Неврологические: печеночная энцефалопатия (спутанность сознания, астерексис, печеночный запах изо рта, дневная сонливость), периферическая нейропатия.

Задачи для самостоятельного решения

Задача №1

Пациент, 31 год, жалуется на слабость, снижение работоспособности, плохой аппетит, недомогание, временами апатию. Подобные жалобы беспокоят на протяжении последних 2-х лет. Связывал их развитие с усталостью (работает в течение нескольких лет менеджером без отпусков с ненормированным рабочим днем). В анамнезе хронический гастрит, в детстве - дискинезия желчного пузыря. Кроме того сообщил, что несколько лет тому назад имелся непродолжительный период внутривенного употребления наркотиков. В настоящее время наркотики не употребляет, алкоголем не злоупотребляет. При обследовании: повышенного питания, кожа и видимые слизистые обычной окраски, чистые. Над легкими хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ч.с.с.= 66 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени и селезенки не увеличены. Ан. Крови и мочи без патологии. В биохимическом анализе крови отмечается повышение АЛТ в 2 раза выше нормы, АСТ в 1,5 раза выше нормы при нормальных значениях белка, протромбина, холестерина, мочевины, креатинина, билирубина. Hbs антиген отрицательный, HCV Ab – положительные.

УЗИ печени - диффузные изменения по типу жирового гепатоза. Желчный пузырь с несколько утолщенными стенками, в его просвете

гомогенная желчь. Поджелудочная железа без патологии. Селезенка размерами 132 и 90 мм.

1. Каков предварительный диагноз?
2. Есть ли признаки уже сформировавшегося цирроза печени?
3. Какое исследование необходимо провести для уточнения диагноза?
4. Какое лечение вы планируете назначить?

Задача №2

Пациентка, 53 лет, жалуется на желтушность кожи и слизистых, кожный зуд, усиливающийся при контакте с водой, неприятный привкус во рту, слабость, недомогание, периодически субфебрилитет. В детстве перенесла корь. В течение последнего полугодия беспокоил сильный кожный зуд, в течение последних 2-х месяцев появилась и нарастает желтуха, выявлен субфебрилитет. Была госпитализирована в инфекционный стационар, где диагноз инфекционных гепатитов отвергнут, и больная с подозрением на механическую желтуху переведена в хирургическое отделение.

При обследовании в хирургическом отделении (ЭГДС, УЗИ, КТ) механическая природа желтухи исключена. В биохимическом анализе крови повышение билирубина, преимущественно за счет его прямой фракции, АЛТ и АСТ увеличены в 1,5 - 2 раза (в динамике), увеличение уровня щелочной фосфатазы до 8 норм. Протромбин, альбумины в пределах нормы, отмечается резкое увеличение уровня холестерина.

1. Каков Ваш предварительный диагноз?
2. Какое исследование необходимо для подтверждения диагноза?
3. Какое лечение необходимо назначить?

Задача №3

У пациента 25 лет несколько месяцев тому назад при диспансерном осмотре обнаружено повышение АЛТ в 3 раза выше нормы. По данным

дополнительного исследования Установлено: удлинение теста чисел до 40 сек., диаметр воротной вены 14 мм, размеры селезенки 140 и 70 мм; уровень альбумина в сыворотке крови 35г/л; положительные HCV Ab, положительная PCR RNA HCV. Коагулограмма не изменена.

1.Каков Ваш диагноз?

2.Тактика ведения? Показана ли пациенту противовирусная терапия?

Задача №4

Пациент 42 лет. Направлен в приемное отделение с жалобами на выраженную слабость, головокружение, вздутие живота, повышение температуры до 37,9 градуса, тошнота. Был однократно жидкий стул. Считает себя больным два дня – после переедания и употребления алкоголя. В анамнезе эпизоды длительного злоупотребления алкоголем. При объективном осмотре выявлены: вялый, апатичный, гиперемия лица и ладоней, сосудистые звездочки на туловище, желтушность склер, тахикардия, асцит, незначительная разлитая болезненность при пальпации всех отделов брюшной полости. В анализе крови гемоглобин 120 г/л, лейкоциты 8000 в 1 мкл; альбумин 18 г/л, протромбиновый индекс 42. На Узи – уменьшение размеров правой доли и гипертрофия левой доли печени, асцит до 5 л.

1.Каков Ваш предварительный диагноз?

2.Какие исследования необходимы для подтверждения диагноза?

3.Какое лечение показано пациенту?

Задача №5

Пациентка 18 лет, студентка. Обратилась к участковому терапевту с жалобами на слабость, плохой аппетит, повышенную утомляемость, появление угревой сыпи на лице. Больна около 3 месяцев. При обследовании обнаружено увеличение АЛТ до 11 норм, АСТ до 6 норм, ЩФ и ГГТ в норме, билирубин 22 мкмоль/л. С целью исключения острого вирусного гепатита

консультирована инфекционистом, данных за острые вирусные гепатиты не выявлено, маркеры вирусов гепатитов А, В, С отрицательные. При дополнительном обследовании по УЗИ выявлены асцит до 1 л, неровность контуров печени, диаметр воротной вены 14 мм, селезеночной вены до 12 мм, спленоренальные шунты. В общем анализе крови – СОЭ 54 мм/час, тромбоциты 110 000 в 1 мкл, другие показатели без отклонений.

1. Каков Ваш предварительный диагноз?
2. Какие исследования необходимы для подтверждения диагноза?
3. Какое лечение показано пациентке?

Самостоятельная работа №6 «Туберкулез»

Краткие теоретические сведения

Туберкулез - инфекция, вызванная медленно растущими бактериями, которым необходимо большое количество крови и кислорода. Именно поэтому чаще всего, они размножаются в легких и вызывают легочный туберкулез. Кроме того, возможен внелёгочный туберкулез, из-за распространения бактерий в другие части тела. Лечение обычно успешно, но это – длительный процесс. Требуется приблизительно 6 - 9 месяцев, чтобы вылечить туберкулез.

Туберкулез может быть скрытым и активным.

Скрытый туберкулез означает, что в организме есть бактерии туберкулеза, но иммунная система борется с инфекцией и препятствует переходу заболевания в активную фазу. Это также означает, что у вас нет никаких симптомов туберкулеза, и вы не можете его распространять. Однако стоит помнить, что скрытый туберкулез может стать активным.

Активный туберкулез означает, что ваши легкие заражены, и вы можете распространять заболевание.

Как распространяется туберкулез. Легочный туберкулез – инфекционное заболевание, которое распространяется воздушно-капельным путем.

Распространение внелегочного туберкулеза происходит медленнее.

Группа риска. Наиболее подвержены риску заболевания следующие категории пациентов:

Пациенты с ВИЧ инфекциями, а также другими заболеваниями, которые ослабляют иммунную систему.

Пациенты, находящиеся в тесном контакте с больными туберкулезом людьми.

Люди с отсутствием доступа к медицинским обследованиям, бездомные, а также алкоголики и наркоманы.

Люди, которые посетили страны концентрации случаев заболевания активным туберкулезом: Латинская Америка (страны в Центральной Америке, Южной Америке, и Карибском море), Африка, Азия, Восточная Европа, и Россия.

Людям, относящимся к группе риска, важно ежегодно проходить обследование.

Симптомы активного туберкулеза в легких. Симптомы активного туберкулеза в легких появляются постепенно и развиваются в течение недель или месяцев. У пациента может появиться один или два умеренных симптома, и он может даже не знать о своем заболевании.

К основным симптомам относятся:

- кашель с отхаркиванием густой и иногда кровавой слизи из легких больше 2 недель;
- лихорадка, озноб и вечерний жар;
- усталость и слабость;
- потеря аппетита и необъяснимая потеря веса;
- одышка и боль в груди;

Как диагностировать туберкулез? Для диагностики скрытого туберкулеза, обычно используется туберкулиновая кожная проба, при которой вводятся антигены и, в случае, наличия бактерий в организме, в течение 2 дней происходит воспаление участка инъекции.

Для диагностики легочного туберкулеза, врач проверит образец слизи из легких на наличие бактерий. В некоторых случаях, врач назначает рентген груди.

Для диагностики внелегочного туберкулеза, назначается биопсия либо КТ или МРТ.

Задачи для самостоятельного решения

Задача №1

У ребенка 5 лет после перенесенной кори появились слабость, потливость, повышение температуры тела. Кожные покровы бледные. Реакция Манту резко положительная. На рентгенограмме грудной клетки в IX сегменте правого легкого под плеврой и у корня этого легкого округлые тени. Выставлен диагноз «первичный туберкулез».

1. Каковы изменения легких при первичном туберкулезе легких (основные компоненты этих проявлений)?
2. Как называется сочетание этих компонентов?
3. Какая тканевая реакция при этом преобладает?
4. Основные пути прогрессирования первичного туберкулеза?

Задача №2

У молодого человека, страдавшего туберкулезным лимфаденитом, появилось кровохарканье, при рентгенологическом исследовании в III сегменте правого легкого под плеврой обнаружена каверна. Заболевание приняло хроническое течение с нарастающей легочно-сердечной недостаточностью, которая послужила причиной смерти.

1. О какой форме туберкулеза идет речь?
2. С чем связано развитие каверн в легком?
3. Как называют такую каверну?
4. Какую форму туберкулеза напоминало заболевание в финале?

Задача №3

У мужчины 40 лет диагностирован милиарный туберкулез легких.

1. Проявлением какого вида туберкулеза он является?
2. Прогрессированием какого вида туберкулеза может быть?
3. Какая это форма прогрессирования?
4. Какая тканевая реакция в туберкулезных очагах легких?

Задача №4

У юноши, перенесшего первичный туберкулез в детстве, стали нарастать признаки деформации грудных позвонков. Диагностирован туберкулезный спондилит. Через 4 года сформировался горб.

1. О каком виде туберкулеза идет речь?
2. Какая форма спондилита имеет место в данном случае?
3. Какова морфологическая характеристика этой формы?
4. Где располагаются первичные поражения: а) в костном мозге или костной ткани; б) в костях или суставах?

Задача №5

Больной длительно страдает фиброзно-кавернозным туберкулезом легких, осложнившимся эмпиемой плевры. К легочному процессу, спустя 6 лет от начала заболевания присоединилась нарастающая почечная недостаточность. Умер при нарастающих явлениях почечной недостаточности (уремии).

1. О каком виде туберкулеза идет речь?
2. Какая форма туберкулеза могла предшествовать образованию каверны?
3. Какие слои различают в стенке каверны?
4. Каков механизм развития эмпиемы плевры?
5. Каков путь распространения инфекции в легких?
6. Какие очаги туберкулеза возникают в отделах легкого, лежащих ниже каверны?
7. Какой процесс обусловил развитие уремии?

Задача №6

Больной 50 лет, на приеме в тубдиспансере жалуется на кашель, боль в груди при кашле и глубоком дыхании, потливость, общее недомогание. Два года назад перенес воспаление легких. При рентгеноскопии было

обнаружено «затенение правого легкого». Лечился амбулаторно в течение недели. В течение этих двух лет при неплохом самочувствии беспокоил кашель со скудной мокротой, но к врачу не обращался. На обзорной рентгенограмме массивное уплотнение S1-2 правого легкого, в котором определяется две полости в виде восьмерки. Внутренние контуры полостей четкие, наружные теряются в перифокальной инфильтрации. Корень правого легкого подтянут кверху. В мокроте бактериоскопией БК+.

Ваше заключение по диагнозу.

Задача №7

Больной 62 лет, пенсионер, обратился к участковому врачу-терапевту с жалобами на плохой аппетит, похудание в последние 2 месяца, кашель с мокротой с примесью крови, боли в грудной клетке справа, одышку, усиливающуюся при физической нагрузке. В мокроте методом люминисценции БК (+). Рентгенография легких: правое легочное поле сужено в размерах, на уровне 2 ребра определяется участок затенения неправильной формы средней интенсивности с округлой полостью размером 1,5x2 см, вокруг которой фиброз и полиморфные очаги, органы средостения смещены вправо.

Сформулируйте диагноз в соответствии с клинической классификацией.

Самостоятельная работа №8 «Атеросклероз»

Краткие теоретические сведения

Пожалуй, атеросклероз это основная причина, по которой нарушается кровообращение в тканях и органах. Кровообращение - это неотъемлемая часть нормального функционирования организма, все это приводит к другим заболеваниям. На стенках артерий откладывается холестерин и другие компоненты полипептидов, что по своей форме напоминают бляшки, все это приводит к тому, что стенки артерий сильно забиваются и уплотняются, а соответственно теряют свою упругость и эластичность. Они затвердевают и не дают нормально проходить потоку крови, что снижает доступ к органам. Порой это может привести к тому, что сосуд полностью закупорится, затем последует нарушение свертываемости крови, и появляются первые признаки тромбоза и ишемические проблемы с сердцем. Это болезнь буквально синоним слова уплотнения.

Атеросклероз часто называют характерным признаком старости, что способствует рассеянности и забывчивости. Но болезнь может проявляться и у молодых людей и вообще не возникать у людей пожилого возраста. Да и признаки заболевания многогранны, и способны поражать организм на протяжении многих лет. Болезнь может развиваться в дыхательных путях, тогда это будет называться пневмосклероз, когда развивается в мышцах сердца то кардиосклероз, в почках это нефросклероз, в костной ткани - остеосклероз, ну и самая тяжелая форма - атеросклероз.

Факторы, которые способствуют развитию болезни, есть несколько причин возникновения болезни, в первую очередь это стрессы и нервные срывы, наследственная предрасположенность, нарушения работы некоторых желез, курение и плохое питание, особенно это касается той пищи, богатая на холестерин, в особенности это яйца, мясные продукты, все, что содержит

большое количество животных масел, в общем, все, что приводит к ожирению.

У этой болезни есть и свои характерные стадии развития, в начальной стадии все это затрагивает лишь маленькие участки артерий, нарушая проницаемость стенки артерий, но со временем ощущается влияние. Дальше нарушается питание тканей органов и тканей организма кислородом, ухудшается обмен веществ и целостное функционирование, что впоследствии приводит к омертвлению тканей и органов.

Задачи для самостоятельного решения

Задача №1

Пациент, 39 лет, предъявляет жалобы на сильные головные боли в затылочной области. Из анамнеза выяснено, что боли появились около 5 месяцев назад. До этого состояние больного было удовлетворительным, но периодически отмечался подъём артериального давления. При осмотре – кожа и видимые слизистые гиперемированы. АД 185/125 мм рт.ст., размеры печени увеличены. Голени и стопы пастозны. Анализ крови выявил эритроцитоз ($6,7 \cdot 10^{12}$), лейкоцитоз ($11,2 \cdot 10^9$), тромбоцитоз ($650 \cdot 10^9$).

1. Какие формы патологии развились у пациента?. Ответ аргументируйте.

2. Можно ли заключить, что у пациента, помимо других форм патологии имеется артериальная гипертензия? Какие дополнительные исследования необходимо провести для определения её патогенеза?

3. Возможна ли патогенетическая связь между повышенным уровнем АД и имеющимися изменениями в крови в данном случае? Ответ обоснуйте.

Задача №2

Пациент X, 37 лет на приёме у врача предъявляет жалобы на эпизоды сильной головной боли, мелькание «мушек» и появление «сетки» перед

глазами, приливы крови к лицу, повышенную потливость, головокружение, сердцебиение и боль в области сердца, крупную дрожь тела, чувство немотивированной тревоги при выполнении тяжёлой физической работы. В покое АД 136/85 мм рт.ст., ЧСС 80 уд/мин, данные анализов крови и мочи без изменений. При физической нагрузке АД 230/165 мм рт.ст., ЧСС 188 уд/мин, В анализе крови глюкоза 10,5 ммоль/л, в анализе мочи повышен уровень катехоламинов и их метаболитов. На рентгенограмме поясничной области – существенное увеличение размеров правого надпочечника.

1. Назовите и обоснуйте возможные формы патологии у пациента?

Ответ обоснуйте.

2. Каковы причины и патогенез повышений АД у данного пациента?

Ответ аргументируйте.

3. Каков механизм развития каждого из симптомов?

Задача №3

Пациент А., 57лет, руководитель крупного предприятия, госпитализирован по результатам профилактического осмотра, в ходе которого выявлено: АД 170\100 мм.рт.ст. , ЧСС 89, пульс ритмичный., расширение границ сердца влево., усиление верхушечного точка, увеличение ОЦК на 20%. На ЭКГ признаки гипертрофии левого желудочка. Повышенная извитость сосудистого рисунка глазного дна и сужение артериол. В анализе крови гипернатриемия, уровень альдостерона в пределах нормы, гиперхолестеринемия. Пациент эмоционален, возбуждён, не курит.

1.Какая форма патологии развилась у данного пациента?

2. Какие наиболее вероятные причины и основные звенья патогенеза?

3. Чем можно объяснить факт развития гипернатриемии и гиперволемии при нормальном содержании альдостерона?

4.Какие осложнения заболевания возможны у данного больного?

Задача №4

Пациентка В., 61 г., много лет страдающая артериальной гипертензией, в последние 2 года стала отмечать зябкость в ногах, онемение и боли в икроножных мышцах при ходьбе, а затем и в покое (преимущественно в ночное время, вследствие чего нарушился сон). Полгода назад на правой голени образовалась эрозия, а затем язва, безболезненная и не поддающаяся лечению. На приёме у врача пациентка предъявила жалобы на сухость во рту, постоянную жажду, частое мочеиспускание. Объективно: кожа на голени сухая, бледная, холодная на ощупь. пульсация на артериях стоп пальпаторно не обнаруживается.

1. Какая форма нарушения регионарного кровообращения имеется у пациентки?

2. Что могло явиться причиной нарушения кровообращения в конечностях?

3. Чем обусловлено образование эрозии и язвы на голени?

4. Какие формы расстройств микроциркуляции в сосудах правой голени возможны у данной пациентки?

Задача №5

Больная Л., 73 лет на протяжении 15 лет болела атеросклерозом с преимущественным с преимущественным поражением сосудов сердца, мозга, нижних конечностей. Периодически лечилась в стационаре. Поступила в хирургическое отделение с жалобами на боль и онемение конечностей, ноющую боль внизу живота. Общее состояние удовлетворительное, пульс ритмичный, АД 160\80 мм.рт.ст. В брюшной полости пальпируется плотное пульсирующее образование. На следующий день после поступления в стационар усилилась боль в животе. В 17 часов больная потеряла сознание, АД снизилось до 60\40 мм.рт.ст. После проведённой терапии больная пришла в сознание. День спустя вновь потеряла сознание. Резко побледнела. Не приходя в сознание умерла через 20 минут.

1. Какая форма нарушения кровообращения имеется у пациентки?

2. Что могло явиться причиной нарушения кровообращения?
3. Чем осложнилось основное заболевание?
4. Причины смерти больной?

Задача №6

Больной С., 65 лет. Доставлен в хирургическое отделение бригадой скорой медицинской помощи с жалобами на резчайшие боли в области мезогастрия, вздутие живота. При осмотре выявлены положительные симптомы раздражения брюшины. Объективно выявлено повышение температуры, лейкоцитоз, повышение СОЭ, гиперхолестеринемия. Экстренно оперирован. На операции обнаружено в брюшной полости серозно-фибринозный выпот, петли тонкого кишечника покрыты фибринозным налётом, серозная оболочка тусклая, пульсация сосудов брыжейки кишечника не определяется, на протяжении 30 см участок кишки цианотично-багрового цвета, с кровянистым содержимым. Произведена резекция кишечника, наложен анастомоз по типу «конец в бок». В связи с тяжёлым общим состоянием по выходу из наркоза развилась тяжёлая полиорганная недостаточность. Больной умер.

1. Какая форма нарушения кровообращения имеется у больного?
2. Чем осложнилось основное заболевание?
3. Какие морфологические изменения можно выявить при гистологическом исследовании операционного материала?
4. Причины смерти больного?

Самостоятельная работа №9

«Кожные и венерические заболевания»

Краткие теоретические сведения

Особенностью обследования кожного и венерического больного является детальный осмотр всего кожного покрова. При этом после нескольких общих вопросов необходимо перейти к осмотру, а затем вернуться к более детальному опросу. Именно после осмотра больного можно задавать более целенаправленные вопросы, имеющие отношение к данному заболеванию. Следовательно, к сбору анамнеза следует приступать после тщательного осмотра кожи и слизистых оболочек (при кожных болезнях видны патологические изменения, в связи с чем после осмотра появляется возможность вести нужный опрос). Например, при подозрении на чесотку уместен вопрос - в какое время суток усиливается зуд (при чесотке - в ночное время); при подозрении на лекарственную сыпь необходимо задавать соответствующие вопросы. При подозрении на венерическое заболевание после осмотра следует иной характер беседы с больным. Осмотр следует проводить в теплом помещении при достаточном освещении (лучше рассеянный солнечный свет; яркий, прямо падающий свет затрудняет осмотр). При осмотре обращается внимание на общую окраску, тургор кожи, пото-и салоотделение, состояние придатков кожи, а также на следы от перенесенных заболеваний кожи, рубцы, пигментации.

В дальнейшем переходят к изучению морфологических элементов сыпи, которые принято делить на первичные (возникают на неизменной до того коже) и вторичные (образуются из первичных при их последующем развитии). К первичным элементам кожных сыпей относят: пятно, узелок, бугорок, волдырь, пузырек, пузырь, гнойничок, узел. К вторичным морфологическим элементам принадлежат: чешуйка, корка, эрозия, ссадина,

трещина, язва, рубец, атрофия, вторичное пятно, эксфолиация, вегетации, лихенификация.

Первичные Морфологические элементы.

Пятно (macula) - изменение окраски, цвета кожи, не возвышается над поверхностью кожи. Различают пятна: 1) сосудистые: а) воспалительного характера - появляются в результате расширения кровеносных сосудов; они имеют вначале розово-красный цвет, позднее - приобретают синюшный или буроватый оттенок. Воспалительные

Сосудистые пятна небольшой величины называются розеолой, более крупные - эритемой, при надавливании исчезают. Такие пятна отличаются эфемерностью, исчезают бесследно или оставляют временное шелушение, пигментацию. Воспалительные сосудистые пятна наблюдаются при экземе, дерматите, сифилисе и многих других заболеваниях; б) невоспалительные сосудистые пятна возникают в результате стойкого расширения кровеносных сосудов (телеанги-эктазии, сосудистые родимые пятна). 2) Геморрагические пятна - возникают при выходе крови из сосудистого русла в ткань кожи (увеличение проницаемости, разрыв сосуда); не исчезают при давлении. Небольшие геморагии называют петехиями, более крупные

- пурпурой, неправильной формы - экхимозы, обширные кровоизлияния - гематомы; постепенно изменяют окраску (красная, багровая, синюшная, зеленоватая, буро-желтая); после "цветения" - исчезают. 3) Пигментные пятна - представляют собой изменение цвета кожи вследствие увеличения или уменьшения количества пигмента. При увеличении пигмента образуются гиперпигментированные пятна (веснушки, родимые пятна). При уменьшении пигмента наблюдаются депигментированные пятна - врожденные (альбинизм) и приобретенные (витилиго, лепра). Расстройство пигментации, при котором на гиперпигментированном фоне имеется депигментация следует обозначать как лейкодерма.

Узелок или папула (papula) - бесполостной элемент, возвышающийся над уровнем кожи; образуется за счет клеточного инфильтрата или

утолщения кожи. Папулы бывают воспалительными (экзема, сифилис) и невоспалительными (отложение патологических продуктов и др.). В зависимости от размера различают папулы: мили-арные (мелкие узелки), более крупные - лентикулярные, монетовид-ные, бляшки. Поверхность их может быть плоской, остроконечной. Обычно патологический процесс локализуется в эпидермисе или поверхностных слоях дермы. Рассасывание элементов происходит без образования рубца (в отличие от бугорков).

Волдырь (*urtica*) - отек сосочкового слоя кожи. Волдырь бывает красного, розового и белого цвета (в зависимости от степени отека). Для волдыря характерно эфемерное развитие - быстро появляется (обычно с зудом, жжением) и также быстро исчезает, не оставляя следа (крапивница).

Пузырек (*vesicula*) - полостное образование, содержит жидкость - прозрачную, мутноватую или геморрагичную (при васкулитах). Пузырьки последовательно подсыхают с образованием корочек или вскрываются, образуя поверхностный дефект в виде небольшой эрозии. Пузырьки на ладонях и подошвах часто не приподнимают кожу (ввиду значительной толщины), а просвечивают (в виде зерен). Сгруппированные мелкие пузырьки называются герпесом (обычно

На покрасневшем воспаленном основании). Пузырьки после регресса следов не оставляют (преходящая пигментация, например, при дерматите Дюринга).

Пузырь (*bulla*) - отличается от пузырька большей величиной. Пузыри бывают однокамерные, многокамерные; содержимое их - прозрачное, мутное или кровянистое. Пузыри наблюдаются при многих заболеваниях (пузырчатка, сульфаниламидная эритема и др.)

Гнойничок или пустула (*pustula*) - полостное образование, в отличие от пузырька содержимое пустулы имеет гнойный характер. Если пустула находится в эпидермисе - она считается поверхностной и носит название импетиго. Пустула, захватывающая дерму, является глубокой, а вокруг волосяного фолликула - фолликулит. Глубокая пустула, не связанная с

фолликулом, называется эктимой. Содержимое поверхностных пустул подсыхает (образуется корочка) или пустула вскрывается (образуется эрозия). После глубокой пустулы образуется язва и формируется рубец. Пустула вокруг сальной железы обозначается как акне.

Бугорок (*tuberculum*) -. Бесполостной элемент, возвышающийся над уровнем кожи: по внешнему виду весьма напоминает папулу, но расположен глубже в дерме и может изъязвляться и заживать с образованием рубца. Состоит из клеточного инфильтрата (скопление лимфоидных, эпителиоидных, гигантских клеток, т. е. представляет инфекционную гранулему). Консистенция бугорков различная - например, бугорки при третичном сифилисе плотные; при туберкулезной волчанке - мягкой консистенции. Бугорок при регрессе: а) некротизируется, распадается, образуется язва, рубец; б) рассасывается без язвы, изъязвления; при этом формируется рубцовая атрофия ("сухой путь"). Бугорки обычно возникают в большем или меньшем количестве на ограниченных участках кожи, могут группироваться, располагаясь близко друг к другу или постепенно сливаться в сплошной инфильтрат.

Узел (*nodus*) - представляет собой более крупный элемент, чем бугорок, расположен в подкожно- жировом слое. Воспалительный узел может иметь сходство инфильтрата с бугорком. Часто при регрессе узел подвергается некрозу с образованием язвы, на месте которой формируется рубец (сифилитическая гумма, скрофулодерма, фурункул). В других случаях, например при узловатой эритеме, узел не подвергается распаду, а постепенно инфильтрат рассасывается. К узлам невоспалительного типа относят узлы, образующиеся при фиброме, липоме и др.

Вторичные морфологические элементы

Чешуйка (*squama*) - в нормальных условиях наблюдается постоянное отторжение чешуек - т. н. физиологическое шелушение (что является незаметным). Однако, при некоторых кожных болезнях про-

Исходит значительное шелушение (при псориазе), а также при регрессе различных высыпаний. Избыточное шелушение наблюдается при нарушении процессов ороговения. Существует несколько видов шелушения отрубевидное (чешуйки мелкие, напоминают муку или отруби), пластинчатое (крупнопластинчатое или мелкопластинчатое, например, при эритродермии), листовидное. Цвет чешуек может быть серебристым, белым (псориаз) до черного (при некоторых формах ихтиоза). Обычно чешуйки легко снимаются, но иногда - с трудом и болезненностью (красная волчанка). При некоторых заболеваниях наблюдается своеобразное шелушение, что может помочь в их диагностике (шелушение в виде папиросной бумаги при розовом лишае; при ихтиозе в виде "рыбьей чешуи"; шелушение в виде воротничка - при сифилисе). При тяжелых поражениях может наблюдаться значительное отторжение кожи, например, по типу перчатки, носка (токсический эпидермальный некролиз). Таким образом, шелушение является обязательным симптомом при многих кожных заболеваниях (себорея, псориаз, микозы).

Корка (crusta) - засохший экссудат; в зависимости от его характера различают корки серозные, гнойные, геморрагические. Они могут менять внешний вид, форму - в зависимости от характера патологических изменений, которые привели к их образованию (например, при примеси лекарств). При естественном течении процесса корки сами отторгаются - в одних случаях остается временная пигментация, в других - рубец или рубцовая атрофия. В процессе лечения иногда приходится удалять корки, в некоторых случаях - это нежелательно (при васкулитах, когда при геморрагическом некрозе формируются плотные черные корки без признаков нагноения).

Эрозия (erosion) - дефект кожи в пределах эпидермиса; форма и величина эрозии соответствует тому элементу, на месте которого она образовалась. При некоторых заболеваниях эрозии имеют характерный вид (экзема, твердый шанкр при сифилисе, микозы стоп с обрывками

эпидермиса). Заживление эрозии происходит путем эпителизации (не оставляет стойкого следа), без образования рубца.

Язва (ulcus) - дефект кожи в пределах дермы, гиподермы. Язвы обыкновенно образуются из бугорков и узлов (могут развиваться и из других морфологических элементов (например, хроническая язвенная пиодермия). При заживлении образуется рубец. Язвы наблюдаются при многих заболеваниях (туберкулез, лепра, рак, сифилис, глубокие микозы).

Рубец (cicatrix) - образуется из соединительной ткани. Вначале рубец имеет красноватый, красно-синюшный цвет, позднее становится почти белым. Рубцы бывают различными, их особенности помогают иногда в диагностике (например, при скрофулодерме - не-

Ровные, с мостиками, перемычками в области шеи; при папуло-некротическом туберкулезе - "штампованные", после бугоркового третичного сифилиса - мозаичные, после гуммозного - зезчатые). В отличие от рубца - рубцовая атрофия кожи - развивается без нарушения целостности эпидермиса, т. е. замещение соединительной тканью происходит "сухим" путем.

Лихенификация (lichenificatio) - уплотнение кожи, утолщение ее; при этом рисунок кожи усилен, кожные борозды видны отчетливо. Поверхность кожи на участках лихенификации может быть покрыта чешуйкам. Лихенификация может развиваться первично (нейродермит) или вторично (например, при хронических болезнях - Экзема и др.).

Задачи для самостоятельного решения

Задача №1

Пациент 25 лет обратился в ФАП к фельдшеру с направлением от врача дерматовенеролога.

Больному назначен пенициллин внутримышечно по поводу свежей гонореи. У пациента после первой инъекции пенициллина внезапно

появились чувство стеснения в груди, нехватка воздуха, слабость, чувство жара во всём теле, зуд, беспокойство, головная боль, затруднённое дыхание, одышка, сердцебиение.

Объективно: состояние больного тяжёлое, дыхание частое поверхностное, кожные покровы бледные, холодный липкий пот, пульс 100 ударов в минуту слабого наполнения, АД 80 мм рт. ст.

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и дайте обоснование каждого этапа.

Задача №2

Вызов на дом фельдшера скорой помощи.

Больная 35 лет жалуется на высокую температуру, насморк, ломоту во всем теле, головные боли, слабость, болезненные пятна и язвы на теле. Заболела 3 дня назад, по назначению участкового врача принимала аспирин. На 2-й день после приема аспирина на коже появились сначала болезненные красные пятна, затем пузыри, язвы.

Объективно: состояние больной тяжелое, температура 38,5°. На коже спины в подмышечных впадинах, в паховых областях, множественные болезненные эритемы, пузыри, эрозии. Пораженная кожа имеет вид ошпаренной кипятком. Слизистая оболочка полости рта резко гиперемирована, местами имеются эрозии. ЧДД - 26 в минуту, АД - 110/60, Ps-110 ударов в минуту, ритмичный. Живот мягкий, безболезненный, физиологические отправления в норме.

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите дополнительные симптомы для уточнения диагноза, расскажите о методике их выявления.

Задача №3

К фельдшеру здравпункта обратился больной 18 лет с жалобами на зуд кожи, усиливающийся в ночное время, высыпания на коже, которые появились после работы в колхозе и проживании там в общежитии. Болен около недели.

Объективно: общее состояние больного удовлетворительное, температура 36,5°. Кожа обычной окраски, в области живота, на внутренней поверхности бёдер, половом члене, в межпальцевых складках кистей, сгибательных поверхностях конечностей имеются множественные папуло-везикулёзные элементы, парные чесоточные ходы, экскориации. Ps, АД, ЧДД в пределах возрастной нормы, живот мягкий, безболезненный, физиологические отправления в норме.

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите дополнительные симптомы для уточнения диагноза, расскажите о методах их выявления.

Задача №4

Вызов фельдшера скорой помощи. Женщина, 65 лет, стояла в очереди в гастрономе. Внезапно она почувствовала себя плохо, побелела, вскрикнула, и потеряв сознание, упала.

Объективно: кожные покровы бледные, холодный липкий пот, Ps. 90 ударов в минуту, АД 140/70 мм рт ст., ЧДД – 14 вдохов в одну минуту.

Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.

Задача №5

На приём к фельдшеру здравпункта обратился больной 35 лет с жалобами на слабость, недомогание, головные боли, снижение аппетита и появление высыпаний на теле. Пациент встревожен, беспокоится о здоровье жены и детей, выражает опасение за своё и их будущее. Больным себя считает в течение недели. Из анамнеза выяснилось, что больной 10-12 недель назад имел случайную половую связь с незнакомой женщиной в поезде.

Объективно: сознание ясное, температура 37°. При осмотре на боковой поверхности туловища, половых органах обнаружены множественные розеолезно-папулезные высыпания, мелкие рассеянные, буровато-красного цвета, округлой формы, не склонные к слиянию. Субъективные ощущения отсутствуют. На половом члене имеется язва с ровными краями в стадии обратного развития. Лимфатические узлы все увеличены, плотно-эластической консистенции, безболезненные, не спаянные друг с другом (полиаденит).

Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

Задача №6

Вы работаете фельдшером в кожно-венерологическом диспансере. Во время ночного дежурства Вас срочно вызвали к больному, 30 лет, из второй палаты, который упал и потерял сознание.

При осмотре обнаружено:

- сознание у пациента отсутствует;
- кожные покровы бледные;
- пульс на периферических и магистральных сосудах (лучевой, сонной) отсутствует;
- дыхания нет;
- АД не определяется;
- зрачки широкие, на свет не реагируют.

Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.

Литература

1. Гребнев, А.Л. Пропедевтика внутренних болезней / А.Л. Гребнев. – М.: Медицина, 2002. - 518 с.
2. Гребнев, А.Л., Шептулин, А.А. Непосредственное исследование больного / А.Л. Гребнев, А.А. Шептулин. – М.: Медицина, 1999. – 344 с.
3. Ивашкин, В.Т. Пропедевтика внутренних болезней : Практикум : Учеб.пособие / В.Т.Ивашкин, В.К.Султанов .- СПб.: Питер, 2003 .- 544 с.
4. Ройтберг, Г.Е., Струтынский, А.В. Лабораторная и инструментальная диагностика заболеваний внутренних органов: Руководство для врачей и студентов / Г.Е. Ройтберг, А.В. Струтынский. – М.: Бином, 2000. – 800 с.