

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»		
Контрольно-измерительные средства «Кардиореспираторная система у детей в патологии»		47 / 11 1 стр. из 13

КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА

Вопросы программы для рубежного контроля 1

Название дисциплины: «Кардиореспираторная система у детей в патологии»

Код дисциплины: ВРКZh 3302

Название и шифр ОП: 6В10116 «Педиатрия»

Объем учебных часов/кредитов: 9/270

Курс и семестр изучения: 3 курс, V семестр

Шымкент 2024

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИЯСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»		47 / 11
Контрольно-измерительные средства «Кардиореспираторная система у детей в патологии»		2 стр. из 13

Контрольно-измерительные средства разработаны в соответствии с рабочей учебной программой дисциплины (силлабусом) и обсуждены на заседании кафедры.

Протокол № 10 от « 31 » 05 2024 г.

Зав.кафедрой, д.м.н., профессор Бекмурзаева Э.К.

Бекмурзаева Э.К.

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»		47 / 11
Контрольно-измерительные средства «Кардиореспираторная система у детей в патологии»		3 стр. из 13

Рубежный контроль №1

1. Задание для демонстрации практических навыков.

1. Расспрос больных с заболеваниями органов дыхания.
2. Общий осмотр больных с заболеваниями органов дыхания.
3. Статический и динамический осмотр грудной клетки.
4. Определение частоты, типа и ритма дыханий.
5. Пальпация грудной клетки.
6. Определение резистентности грудной клетки.
7. Определение голосового дрожания.
8. Сравнительная перкуссия легких: методика проведения, диагностическое значение.
9. Топографическая перкуссия легких: методика определения верхней границы легких. Диагностическое значение.
10. Топографическая перкуссия легких: методика определения полей Кренига. Диагностическое значение.
11. Топографическая перкуссия легких: методика определения нижней границы легких. Диагностическое значение.
12. Топографическая перкуссия легких: методика определения активной подвижности нижнего края легких, диагностическое значение.
13. Основные правила аускультации легких, методика проведения, диагностическое значение.
14. Расспрос и общий осмотр больных с синдромом очагового уплотнения легочной ткани.
15. Расспрос и общий осмотр больных с бронхообструктивным синдромом.
16. Расспрос и общий осмотр больных с синдромом образования полости в легком.
17. Расспрос и общий осмотр больных с синдромом скопления жидкости в полости плевры.
18. Расспрос и общий осмотр больных с синдромом скопления воздуха в полости плевры.
19. Расспрос и общий осмотр больных с синдромом дыхательной недостаточности.
20. Особенности пальпации при основных легочных синдромах. Диагностическое значение.
21. Особенности перкуссии при основных легочных синдромах. Диагностическое значение.
22. Особенности аускультации основных легочных синдромах. Дополнительные дыхательные шумы. Диагностическое значение.
23. Особенности интерпретации результатов лабораторных и инструментальных методов исследования при ведущих синдромах патологии органов дыхания.

Ситуационная задача

*Мужчина 33 лет обратился в приемное отделение с жалобами на повышение температуры тела до 38,5° С, одышку смешанного характера при физической нагрузке, сухой кашель, интенсивные боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при дыхании и кашле. Из анамнеза: заболел остро неделю назад, когда внезапно повысилась температура тела до 39,0° С, появилась головная боль, сухой кашель. Самостоятельно принимал жаропонижающие без существенного эффекта. На третий день заболевания появился насморк, небольшие боли при глотании. Через 5 дней болезни температура снизилась до 38,5° С, появились боли в правой половине грудной клетки при дыхании и кашле.

Объективно: состояние средней тяжести. Отмечается небольшое отставание правой половины грудной клетки при дыхании. В легких жесткое дыхание, над нижними отделами правого легкого выслушивается интенсивный «скребущий» шум на вдохе и выдохе. ЧДД 20 в мин. АД

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»		
Контрольно-измерительные средства «Кардиореспираторная система у детей в патологии»		47 / 11 4 стр. из 13

110/70 мм рт. ст., ЧСС 120 уд/мин, ритм правильный. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах, печень и селезенка не увеличены.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Выделите ведущий синдром.
3. Техника проведения аускультации легких.
4. Техника проведения сравнительной перкуссии легких.

*Женщина 50 лет, поступила с жалобами на головную боль, высокую температуру, резкую колющую боль в правой половине грудной клетки, усиливающуюся при кашле, одышку, кашель с мокротой ржавого цвета. Заболевание началось остро, после переохлаждения. Больна 2-день. Объективно: температура 39,40С. Общее состояние тяжелое. ЧДД - 28 в мин. При осмотре правая половина грудной клетки отстает при дыхании, при пальпации голосовое дрожание справа усилено, при перкуссии справа над нижней долей определяется притупление звука, при аускультации справа над нижней долей дыхание ослабленное, везикулярное, определяется крепитация. Тоны сердца приглушены. Пульс 110 в мин., ритмичный, АД 110/70 мм рт. ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Выделите ведущий синдром.
3. Определите голосовое дрожания.
4. Техника проведения сравнительной перкуссии легких.

*Мужчина 45 лет, поступил в приемное отделение с жалобами на кашель с небольшим количеством вязкой, трудноотделяемой мокроты, на одышку при физической нагрузке.

Из анамнеза: кашель беспокоит в течение последних 7 лет, усиливается преимущественно после частых ОРВИ, назначались антибиотики с положительным эффектом. В течение последних 2 лет стал отмечать одышку при умеренной физической нагрузке. Пациент курит с 17-летнего возраста по 1 пачке сигарет в день. По профессии слесарь, работа связана с частыми переохлаждениями. Ухудшение состояния в течение последних 3 дней, когда усилился кашель с отхождением небольшого количества слизисто-гнойной мокроты, появилась субфебрильная температура тела.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Температура тела 37,5 С. Над легкими при перкуссии - коробочный звук, при аускультации - жесткое дыхание. ЧДД - 22 в мин. Пульс - 80 в мин. АД - 130/80 мм рт. ст.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Выделите ведущий синдром.
3. Техника проведения сравнительной перкуссии легких.
4. Техника проведения аускультации легких.

*Пациентка 18 лет жалуется врачу участковому на повышение температуры тела до 39 °С по вечерам, кашель с выделением слизисто-гнойной мокроты до 50 мл в сутки без запаха, общую слабость, снижение веса на 10 кг за последние 4 месяца, одышку при умеренной физической нагрузке, ночную потливость.

Анамнез заболевания: ухудшение самочувствия отмечает в течение 4 месяцев. В начале температура поднималась до субфебрильных цифр, появились слабость, небольшое покашливание. Лечилась домашними средствами. 2 недели назад состояние резко ухудшилось: температура достигла 39 °С, стали беспокоить проливные ночные поты, резкая слабость, усилился кашель, появилось кровохарканье. Была доставлена службой скорой медицинской

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»		
Контрольно-измерительные средства «Кардиореспираторная система у детей в патологии»		47 / 11 5 стр. из 13

помощи в стационар детской больницы. При обследовании найдены изменения в лёгких. Проводилось лечение по поводу пневмонии. Эффекта не достигнуто.

Анамнез жизни: в детстве росла и развивалась нормально. Образование неполное среднее. Не учится и не работает. Живёт с родителями в благоустроенной квартире. Материально-бытовые условия удовлетворительные. Сведений о контакте с инфекционными больными нет. Флюорографически обследовалась 1 год назад, патологии не было выявлено.

Объективно: общее состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные. Рост 170 см, вес 50 кг. Умеренно увеличены периферические лимфоузлы почти во всех группах, плотноэластические, слегка болезненные, не спаянные между собой: левая половина грудной клетки отстаёт в дыхании. Перкуторный звук укорочен над левым лёгким сзади и спереди от верхушки до IV ребра. При аускультации прослушивается ослабленное бронхиальное дыхание, влажные разнокалиберные хрипы в значительном количестве. Границы сердца в пределах нормы, частота сердечных сокращений – 96 в минуту, имеется акцент II тона над лёгочной артерией. Живот мягкий, печень выступает на 2 см из-под рёберного края.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Выделите ведущий синдром.
3. Техника проведения пальпации легких
4. Техника проведения сравнительной перкуссии легких.

*Женщина 38 лет, поступила в клинику с жалобами на приступообразный кашель с трудноотделяемой вязкой слизистой мокротой (единичные плевки), приступы удушья с затрудненным выдохом, возникающие ежедневно в дневное и в ночное время, одышку при незначительной физической нагрузке, заложенность носа.

Из анамнеза: Сестра пациентки страдает полипозным риносинуситом, У матери больной пищевая аллергия в виде крапивницы. Пациентка работает вязальщицей на текстильном предприятии, имеет постоянный контакт с шерстью. В течение последних лет отмечает частые ОРВИ – 2-3 раза в год. В анамнезе отмечены аллергические реакции на прием ампициллина – заложенность носа, слезотечение; цитрусовые и клубника – крапивница. В течение многих лет беспокоит практически постоянная заложенность носа, 2 года назад диагностирован полипозный риносинусит, проведена полипотомия носа. Год назад после перенесенного ОРВИ длительно сохранялся приступообразный кашель. Состояние ухудшилось весной, когда впервые развился приступ удушья, купированный в/в введением эуфиллина. В последующем больная самостоятельно принимала антигистаминные препараты, эуфиллин с эффектом. Последние ухудшение после ОРВИ, резко возросла частота приступов удушья в дневное время, появились ночные приступы. Для обследования и коррекции терапии больная поступила в клинику.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное, ЧДД 22 в мин., на коже кистей – экзематозные бляшки. Носовое дыхание резко затруднено. Отмечается диффузный «теплый» цианоз. При аускультации легких выслушивается большое количество сухих свистящих и жужжащих хрипов над всей поверхностью легких. ЧСС 96 в мин. АД 110/70 мм рт. ст. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Выделите ведущий синдром.
3. Техника проведения топографической перкуссии легких (верхний и нижний)

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней» Контрольно-измерительные средства «Кардиореспираторная система у детей в патологии»		47 / 11 6 стр. из 13

4. Техника проведения аускультаций легких

*Мужчина 20 лет, поступает в терапевтический стационар с жалобами на общую слабость, повышение температуры, кашель со слизисто-гнойной мокротой, одышку. Заболел 10 дней назад: появился насморк, кашель, болела голова, лечился сам, больничный лист не брал. Хуже стало вчера - вновь поднялась температура до 38,4С.

Объективно: температура - 38,6С. Общее состояние средней тяжести. Кожа чистая, гиперемия лица. Число дыханий 30 в мин. При осмотре грудной клетки и при пальпации изменений нет. При перкуссии справа под лопаткой притупление перкуторного звука. При аускультации в этой области дыхание более жесткое, выслушиваются звучные влажные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца приглушены. Пульс - 98 в мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД 110/60 мм рт.ст. Язык обложен белым налетом. Абдоминальной патологии не выявлено.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Выделите ведущий синдром.
3. Техника проведения аускультации легких.
4. Определите голосовое дрожания.

2. Защита и заполнение учебной истории болезни.

Форма заполнения и защиты прилагается в библиотечном фонде кафедры и академии.

Рубежный контроль №2

1. Задание для демонстрации практических навыков.

1. Расспрос больных с заболеваниями органов ССС.
2. Общий осмотр больных с заболеваниями органов ССС.
3. Пальпация области сердца. Определение верхушечного толчка.
4. Определение относительной сердечной тупости.
5. Определение абсолютной сердечной тупости.
6. Методика и техника проведения аускультации сердца.
7. Сбор мокроты для лабораторного исследования.
8. Исследование функции внешнего дыхания.
9. Техника снятия ЭКГ.
10. Расспрос и общий осмотр больных с синдромом коронарной недостаточности.
11. Расспрос и общий осмотр больных с синдромом поражения клапанного аппарата.
12. Расспрос и общий осмотр больных с синдромом острой и хронической сердечной недостаточности.
13. Расспрос и общий осмотр больных с синдромом артериальной гипертензии.
14. Расспрос и общий осмотр больных с синдромом острой сосудистой недостаточности.
15. Особенности пальпации при основных сердечных синдромах. Диагностическое значение.
16. Особенности перкуссии при основных сердечных синдромах. Диагностическое значение.
17. Особенности аускультации основных сердечных синдромах. Дополнительные сердечные шумы. Диагностическое значение.
18. Особенности интерпретации результатов лабораторных и инструментальных методов исследования при ведущих синдромах патологии сердечно-сосудистой системы.

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»		47 / 11 7 стр. из 13
Контрольно-измерительные средства «Кардиореспираторная система у детей в патологии»		

Ситуационная задача

*У мужчины 26 лет, перенесшего 3 дня назад эмболектомию из правой плечевой артерии с хорошим восстановлением кровотока. Жалобы на интенсивные давящие боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо, продолжавшиеся в течение 1,5 часов, не снимающиеся приемом нитроглицерина, на перебои в работе сердца, резкую общую слабость, холодный липкий пот. Внезапно повторно возникли ишемия правой руки, ишемия 1Б степени. Анамнестических и клинических признаков заболеваний сердца не выявлено.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Определите ведущий синдром
3. Определите поперечник сердца
4. Покажите технику проведения пальпации сердца

*Мужчина К., 57 лет, учитель, доставлен машиной «Скорой помощи» с жалобами на интенсивные давящие боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо, продолжавшиеся в течение 1,5 часов, не снимающиеся приемом нитроглицерина, продолжающиеся около часа, чувство перебоев в работе сердца, резкую общую слабость, холодный липкий пот. Из анамнеза: накануне чрезмерно поработал физически на даче. В анамнезе - в течение 4-5 лет отмечает приступы сжимающих болей за грудиной во время быстрой ходьбы, длящиеся 3-5 минут, проходящие в покое и от приема нитроглицерина. Объективно: состояние тяжелое, кожные покровы бледные, акроцианоз, ладони влажные. Пульс 96 в минуту, единичные экстрасистолы. АД - 90/60 мм рт. ст. Границы сердца расширены влево на 1,5 см. Тоны глухие, единичные экстрасистолы. В легких дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется.



Вопросы:

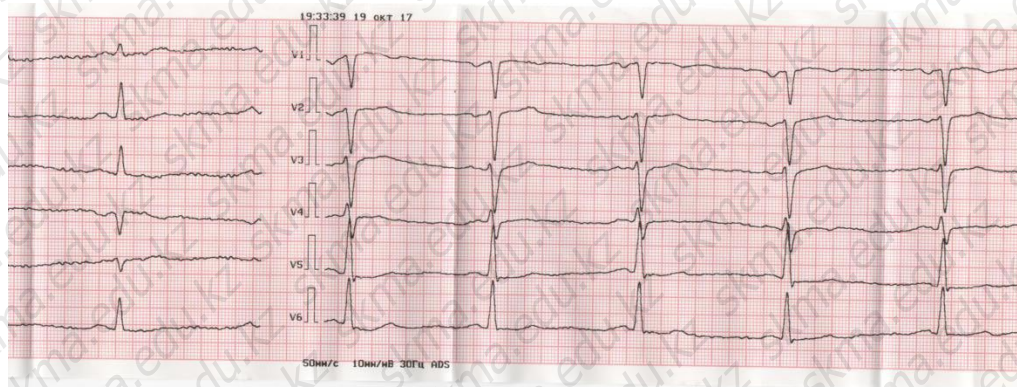
1. Поставьте предварительный диагноз
 2. Определите ведущий синдром
 3. Опишите ЭКГ картину
 4. Покажите технику проведения перкуссии сердца
- *Мужчина К., 45 лет, проводник поезда, обратился к терапевту с жалобами на головную боль, преимущественно в затылочной области, мелькание мушек перед глазами после физического или психоэмоционального перенапряжения. Из анамнеза заболевания: вышеуказанные жалобы фиксируются в течение последних 2-3 лет. Во время ежедневного предварительного медосмотра зарегистрировано повышение АД 170/95 мм рт.ст., по поводу чего был направлен

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»		47 / 11 8 стр. из 13
Контрольно-измерительные средства «Кардиореспираторная система у детей в патологии»		

к участковому терапевту. Ранее за медицинской помощью не обращался, не обследовался, лекарственные препараты не принимал.

Из истории жизни: у отца – повышение АД. Хронические заболевания отрицает. Курит: 1 пачка сигарет в день.

Объективно: Вес 98 кг, рост 175 см. Лицо гиперемировано. Отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. При пальпации сердца – верхушечный толчок разлитой, усиленный приподнимающийся. Границы относительной сердечной тупости: правая – на 1,5 см вправо от правого края грудины, верхняя – III ребро, левая – по левой СКЛ. Тоны сердца громкие, ритм правильный, акцент II тона над аортой при аускультации. ЧСС 72 уд/мин. АД 180/110 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Размеры печени по Курлову 10×9×6 см. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.



Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Определите ведущий синдром
3. Покажите технику проведения пальпации сердца
4. Опишите ЭКГ картину

*Женщина, 48 лет поступила в кардиохирургическое отделение с жалобами: на одышку при незначительной физической нагрузке, быструю утомляемость, слабость, перебои в сердце, кашель с незначительной мокротой. Анамнез: Около 6 лет наблюдается у ревматолога по поводу ревматической болезни сердца. Регулярно обследовалась и лечилась по месту жительства. Последнее ухудшение 3 месяца назад, когда усилилась одышка при ходьбе, снизилась толерантность к физической нагрузке, появилась слабость. Объективно: При поступлении состояние средней степени тяжести. Имеется резко очерченный цианотический румянец. Над верхушкой сердца выслушивается громкий (хлопающий) I тон и низкочастотный протодиастолический шум с иррадиацией в подмышечную область. Перебои в области сердца, тахикардия.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Определите ведущий синдром
3. Определите у больной верхушечный толчок сердца
4. Покажите технику проведения сравнительной перкуссии

*Мужчина, 55 лет, учитель, доставлен машиной «Скорой помощи» в приемное отделение с жалобами на интенсивные давящие боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо, продолжавшиеся в течение 1,5 часов, не снимающиеся приемом нитроглицерина, на перебои в работе сердца, резкую общую слабость, холодный липкий пот. Из анамнеза: накануне

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»		47 / 11 9 стр. из 13
Контрольно-измерительные средства «Кардиореспираторная система у детей в патологии»		

чрезмерно поработал физически на даче. В анамнезе - в течение 4-5 лет отмечает приступы сжимающих болей за грудиной во время быстрой ходьбы, длительностью 3-5 минут, проходящие в покое и от приема нитроглицерина. Объективно: состояние тяжелое, кожные покровы бледные, акроцианоз, ладони влажные. Пульс 96 в минуту, нерегулярный. АД - 90/60 мм рт. ст. Границы сердца расширены влево на 1,5 см. Тоны глухие, аритмичны. В легких дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется.

Вопросы:

- 1.Поставьте предварительный диагноз
- 2.Определите ведущий синдром
- 3.Покажите технику проведения пальпации сердца
- 4.Проведите технику аускультации сердца?

*Мужчина, 69 лет поступил в клинику с жалобами на тяжесть в грудной клетке, одышку.

Из анамнеза: страдает гипертонической болезнью в течение 25 лет, стенокардией напряжения - 10 лет. Одышка при физической нагрузке беспокоит в течение 3-х лет. За последние два месяца появились тяжесть в грудной клетке, одышка при небольшой физической нагрузке.

Объективно: состояние тяжелое, ортопноэ, акроцианоз, одышка смешанного характера. Частота дыхательных движений 26 в 1 мин. В легких дыхание ослаблено, множество сухих хрипов, в нижних отделах - незначительное количество влажных мелкопузырчатых хрипов. Границы относительной тупости сердца расширены во все стороны. Тоны сердца глухие, акцент II тона над легочной артерией. ЧСС- 104 в 1 мин. АД - 140/95 мм рт. ст. Печень пальпируется на 3 см ниже края реберной дуги. Отеки голеней.

Вопросы:

- 1.Поставьте предварительный диагноз
- 2.Определите ведущий синдром
- 3.Покажите технику проведения пальпации сердца
- 4.Определите границы относительной тупости сердца

*Женщина, 38 лет, поступила в кардиологическое отделение с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке, быструю утомляемость, слабость, эпизоды удушья, возникающие в горизонтальном положении, отеки голеней и стоп. Из анамнеза известно, что в возрасте 17 лет был выявлен ревматический порок сердца - недостаточность митрального клапана.

При осмотре: состояние тяжелое. Отеки голеней и стоп. Грудная клетка конической формы, симметричная. Частота дыхания 24 в минуту. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки определяется ясный легочный звук, справа ниже угла лопатки отмечается притупление перкуторного звука. При аускультации над легкими - жесткое дыхание, в нижних отделах выслушивается небольшое количество влажных незвонких мелкопузырчатых хрипов. При пальпации грудной клетки верхушечный толчок определяется в VI межреберье на 3 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Границы относительной тупости сердца смещены резко влево. Аускультативная картина соответствует имеющемуся пороку. Ритм сердечных сокращений неправильный, ЧСС 103 в мин. АД 110/65 мм рт.ст. Живот увеличен в объеме за счет ненапряженного асцита, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 13x12x10 см. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, край ее закруглен, слегка болезненный.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз сердца
3. Покажите технику проведения пальпации сердца

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней» Контрольно-измерительные средства «Кардиореспираторная система у детей в патологии»		47 / 11 10 стр. из 13

2. Определите ведущий синдром

*Пациентка 68 лет обратилась в поликлинику с жалобами на постоянную одышку, резко усиливающуюся при физической нагрузке, постоянные тупые боли в правом подреберье, отеки на ногах, кашель со слизистой мокротой, общую слабость. В течение многих лет страдает ишемической болезнью сердца, 2 года назад был инфаркт миокарда.

Объективно: температура 36,4⁰С. Кожа влажная, отеки на стопах и голених, акроцианоз. Дыхание жесткое, в нижних отделах незвучные влажные хрипы. ЧДД 26 в мин. Тоны сердца аритмичные, приглушены. ЧСС 100 в мин. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, слабоболезненный в правом подреберье. Печень выступает из-под края реберной дуги по среднеключичной линии на 4 см, слабоболезненная

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Определите ведущий синдром
3. Покажите технику проведения пальпации сердца
4. Проведите технику проведения аускультации сердца

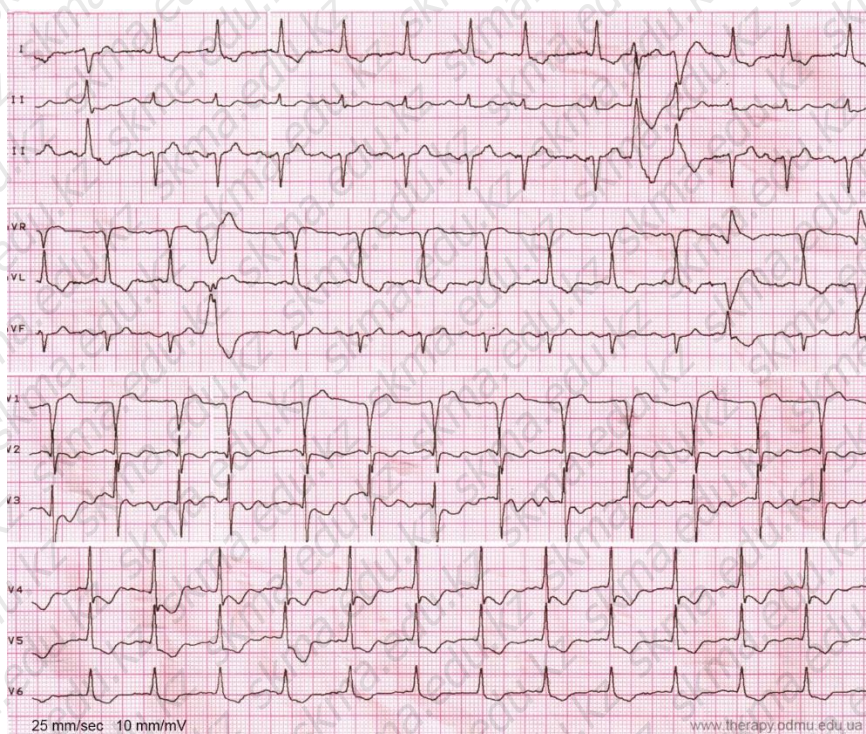
*Женщину 44 лет беспокоят короткие эпизоды слабости и сердцебиения, которые стали появляться около месяца назад и в последнее время возникают по несколько раз в день. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное. Пульс ритмичный, 72 в 1 мин, АД 120/70 мм рт. ст. При аускультации сердца в области верхушки выслушивается очень громкий первый тон и третий тон, следующий сразу за вторым. В положении пациента на левом боку в области верхушки выслушивается негромкий диастолический шум, начинающийся сразу за третьим тоном и усиливающийся непосредственно перед первым тоном. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Определите ведущий синдром
3. Покажите технику проведения пальпации сердца
4. Определите верхушечный толчок сердца

*Мужчина, 58 лет, поступил в кардиохирургический центр с жалобами на приступы давящих болей за грудиной с иррадиацией в левую руку, возникающие при физической нагрузке (ходьба не более 200 м, подъеме по лестнице не выше 2 этажа), купирующиеся приёмом «Нитроспрея» через 1-2 минуты. Из анамнеза: считает себя больным с мая 2009 г., когда после падения с высоты 3 метров у больного развился инфаркт миокарда, после которого стали беспокоить вышеперечисленные жалобы. С этого же времени стало повышаться АД до 160/90 мм рт.ст. при рабочем 120/80 мм рт.ст.

4. Определите сосудистый пучок сердца



Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Определите ведущий синдром
3. Проведите технику проведения аускультации сердца?
4. Опишите картину ЭКГ

*Женщина 60 лет вызвала на дом участкового терапевта. Жалобы на одышку при бытовых физических нагрузках, перебои сердцебиения, отечность нижних конечностей. Одышка и сердцебиение беспокоят на протяжении нескольких месяцев, отеки появились неделю назад. Хронические заболевания и профессиональные вредности отрицает. Не курит, алкоголь не употребляет. Рост 156 см, масса тела 78 кг. Кожные покровы сухие, гиперемия щек, выраженный цианоз губ и кистей рук. Отеки голеней и стоп. Дыхание жесткое, в нижних отделах с обеих сторон не звонкие мелкопузырчатые хрипы. ЧДД 20 в 1 мин. Тоны сердца аритмичные, на верхушке выслушивается хлопающий I тон и дополнительный тон открытия митрального клапана. ЧСС 118 в 1 мин, пульс 102 в 1 мин, АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Определите ведущий синдром
3. Покажите технику проведения аускультации сердца
4. Определите сосудистый пучок сердца

*Мужчина 77 лет обратился в поликлинику с жалобами на сжимающие загрудинные боли, которые возникают при спокойной ходьбе на расстояние до 200 м и проходят через несколько минут после прекращения нагрузки. Приступы загрудинных болей стали появляться около полугода назад. За медицинской помощью не обращался, поскольку боли возникали редко и привычного образа жизни не нарушали. Однако в последнее время приступы стали появляться

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»		47 / 11
Контрольно-измерительные средства «Кардиореспираторная система у детей в патологии»		12 стр. из 13

при доступных ранее нагрузках, что и послужило поводом для обращения к врачу. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, систолический шум над всей поверхностью сердца с эпицентром во втором межреберье справа от грудины. Шум проводится на сосуды шеи и не проводится в левую подмышечную область. ЧСС 75 в 1 мин, АД 135/85 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Определите ведущий синдром
3. Покажите технику проведения аускультации сердца
4. Определите верхушечный толчок сердца

*Мужчина, 18 лет доставлен в кардиохирургический центр с подозрением на транспозицию магистральных сосудов. При ЭХОКГ и ангиокардиографии диагноз транспозиции подтвержден. Принято решение выполнить операцию Растрелли. Жалоба пациента: часто страдает респираторным заболеванием, часто возникает одышка (в состоянии покоя), опухшие ноги, заметный цианоз в теле.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Определите ведущий синдром
3. Покажите технику проведения аускультации сердца
4. Покажите технику проведения перкуссии сердца

*Мужчина 36 лет жалуется на одышку при ранее переносимых физических нагрузках (быстрая ходьба, подъем по лестнице более чем на 1 этаж). Одышка появилась несколько месяцев назад и постепенно усиливается. Правильного телосложения, нормального питания. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. ЧД 18 в 1 мин. Перкуторный звук над легкими ясный легочный. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 90 в минуту. Первый тон на верхушке приглушен, выслушивается систолический шум над всей поверхностью сердца с эпицентром в области верхушки, проводится в подмышечное пространство. АД 100/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Определите ведущий синдром
3. Определите верхушечный толчок сердца
4. Покажите технику проведения аускультации сердца

*Мужчина 57 лет обратился в поликлинику с жалобами на одышку при доступных ранее физических нагрузках. Самочувствие ухудшилось 1,5–2 месяца назад после перенесенного «простудного» заболевания. Анамнез без особенностей, хронические заболевания отрицает. Объективно: кожные покровы обычной окраски и влажности, периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, систолический шум над всей поверхностью сердца с эпицентром во втором межреберье справа от грудины. Шум проводится на сосуды шеи и не проводится в левую подмышечную область. ЧСС 60 в 1 мин, АД 135/85 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»		
Контрольно-измерительные средства «Кардиореспираторная система у детей в патологии»		47 / 11 13 стр. из 13

2. Определите ведущий синдром

3. Покажите технику проведения относительной тупости сердца?

4. Покажите технику проведения аускультации сердца

*Мужчина 69 лет жалуется на повышение АД, которое было выявлено несколько дней назад при случайном измерении. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски и влажности, периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 82 в 1 мин, АД 170/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуг. Аорта уплотнена, диаметр восходящего отдела 4,6 см. АК трехстворчатый, раскрытие 2,3 см, кровоток 1,8 м/с, максимальный градиент давления 12 мм рт.ст., средний – 7 мм рт. ст., регургитация 2– 3 степени, объем регургитации 50 мл. ТМЖП 1,23 см, ТЗС 1,2 см, КДР 6,3 см, индекс ММЛЖ 135 г/м², ФВ 64 %. Нарушений локальной сократимости нет. МК: створки уплотнены, кровоток 0,8 м/с, регургитация 1 степени. Размер ЛП 4,3 см, объем 68 мл. Диаметр ЛА 2,5 см, СДЛА 28 мм рт. ст. Кровоток на клапане ЛА 0,8 м/с, регургитация 1 степени. ПЖ 2,7 см. ТК не изменен, кровоток 0,65 м/с, регургитация 1 степени. Размер ПП 3,9 см, объем 55 мл. НПВ на выдохе 1,9 см, на вдохе 0,8 см. Полость перикарда не изменена.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз

2. Определите ведущий синдром

3. Определите верхушечный толчок сердца

*Мужчина, 18 лет направлен в кардиохирургический центр для консультации. Жалобы на частые респираторные заболевания. При плановом медицинском осмотре выявлен систолический шум на основании сердца, направлен в поликлинику по месту жительства. В поликлинике осмотрен кардиологом, выполнено ЭКГ, выявлено отклонение ЭОС вправо, полная блокада правой ножки пучка Гиса, направлен на консультацию в кардиохирургический центр для уточнения диагноза. Консультирован кардиохирургом, объективно: Нервно-психическое развитие соответствует возрасту, физическое развитие по центильным таблицам ниже среднего. Тоны сердца ясные ритмичные систолический шум на основании сердца слева от грудины, акцент второго тона над лёгочной артерией.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз

2. Определите ведущий синдром

3. Определите относительную тупость сердца

4. Проведите технику аускультации сердца

2. Защита и заполнение учебной истории болезни.

Форма заполнения и защиты прилагается в библиотечном фонде кафедры и академии.