

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«Ставропольский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра пропедевтики внутренних болезней

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ К ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ

Наименование дисциплины	Пропедевтика внутренних болезней
Специальность	31.05.01 лечебное дело
Форма обучения	Очная

Занятие 18. «Методы исследования больных с заболеваниями органов
пищеварения (расспрос, осмотр)».

Методические указания к практическим занятиям по дисциплине
«Пропедевтика внутренних болезней»:

Разработаны

Ассистентом

Хубиева Ф.Х.

Обсуждены на заседании кафедры
«Пропедевтики внутренних болезней»,
зав. кафедрой

Павленко В.В.

Согласованы и рекомендованы к использованию в
образовательном процессе для обучающихся по направлению
подготовки (специальности) 31.05.01 Лечебное дело 2022 года
набора очной формы обучения 08.04.22 (протокол №11)

Руководитель ОПОП ВО,
декан факультета

Никулина Г.П.

*Методические указания по дисциплине «Пропедевтика
внутренних болезней» размещены в ЭИОС университета в
авторской редакции*

1. Обучение студентов технике последовательности расспроса больного при патологии органов пищеварения (паспортные данные, жалобы, детализация жалоб, история заболевания и жизни), а также технике последовательности общего осмотра больного при патологии органов пищеварения. Закрепление у студентов знаний и практических навыков по пищеварительной системе.

2. Учебные вопросы:

1. Методика проведения расспроса больного с заболеваниями органов пищеварения.
2. Общий осмотр больных с патологией пищевода, желудка, кишечника.

3. Теоретическая часть

Расспрос больного и жалобы, характерные для заболеваний пищевода:

Дисфагия: это нарушение глотания, которое может носить как функциональный, так и органический характер. Функциональная дисфагия возникает в молодом возрасте в результате невроза и вызвана спазмом гладкой мускулатуры пищевода, периодична. Органическая дисфагия носит стойкий и нарастающий характер, возникает вследствие наличия опухоли, рубцового стеноза. Выделяют, кроме того, параэзофагеальную дисфагию, вызываемую поражением органов, соседствующих с пищеводом (дилатированное левое предсердие при митральном стенозе сдавливает пищевод).

Боль при глотании: характерна для эзофагитов, рака пищевода.

Пищеводная рвота: связана с застоем пищи в пищеводе при его сужении (рак, рубцовый стеноз, дивертикул пищевода).

Отрыжка газом (воздухом), пищей: возникает в результате регургитации содержимого желудка при его поражениях: гастрит, язва, рак, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, гастроэзофагеальный рефлюкс при рефлюксной болезни,

Икота: возникает при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы в результате рефлюкс эзофагита, при раке кардии, пищевода, возникает при раздражении диафрагмального и блуждающих нервов.

Слюнотечение: частый симптом эзофагита и ахалазии кардии (нарушения раскрытия кардии), стеноза пищевода, возникает при раздражении блуждающего нерва,

Кровотечение: из пищевода часто наблюдается из варикозно расширенных вен у больных циррозом печени, при синдроме Меллори-Вейса (продольных надрывах слизистой кардии и пищевода, возникающих при интенсивной рвоте, чаще при злоупотреблении алкоголем).

Жалобы, характерные для заболеваний желудка:

Боли в подложечной области и их характер: боли в подложечной области и ощущение тяжести связаны с заболеваниями желудка, печени, поджелудочной железы, наличием грыжи белой линии живота и другими заболеваниями брюшной полости. Боли в подложечной области при заболеваниях желудка (гастрит, язва) возникают вследствие растяжения желудка или спазма мускулатуры, имеют, как правило, висцеральное происхождение. При глубоком поражении стенки, желудка может наблюдаться висцерально-соматический (иррадиация болей) или даже соматический болевой синдром (рак желудка, пепетрирующая язва). Ощущение тяжести в эпигастрии чаще возникает после приема пищи и связано с понижением тонуса гладкой мускулатуры желудка (острый, поверхностный гастрит), либо болевой может ощущать чувство тяжести постоянно - При повышении тонуса его мускулатуры (функциональная патология, синдром неязвенной диспепсии, компенсированный стеноз привратника). Приступообразные, спастические, режущего характера, периодические боли в подложечной или пилородуоденальной зонах возникают при спазме привратника и чаще наблюдаются при язве двенадцатиперстной кишки, дуодените. Ноющие, тупые боли в эпигастрии возникают из-за перерастяжения желудка (диспсионные боли), появляются, как правило, сразу после приема пищи и типичны для обострения хронического гастрита, язвы кардии, малой кривизны желудка, рака желудка высокой локализации, без прорастания стенки органа.

Выделяют, кроме того, периодичность болевого синдрома, в зависимости от приема пищи или длительности состояния натошак:

- а) ранние боли, возникающие через 10-15 мин. после еды с последующим усилением через 1-1,5 часа, характерны для гастрита, язвенной болезни с локализацией в теле желудка, раке кардии, тела желудка;
- б) поздние боли, через 1,5-4 часа после приема пищи. характерны для язвы 12-перстной кишки, дуоденита;
- в) ночные и "голодные" боли, как правило, сочетаются с гиперсекрецией соляной кислоты и пепсина в желудке, легко купируются приемом антацидов и небольшого количества пищи, характерны для язвы 12-перстной кишки;
- г) весенне-осенний характер появления болевого синдрома.

Желудочное кровотечение: появляется в виде кровавой рвоты или дегтеобразного стула. Если кровотечение продолжительное, то под действием соляной кислоты образуется соляно-кислый гематин - содержимое желудка (рвотные массы приобретает цвет кофейной гущи. Это наблюдается при кровоточащей язве желудка, раке желудка. Содержание

алой крови - признак повреждения крупного сосуда - при язвенной болезни, рака, полипах желудка. При кровотечении из варикозно-расширенных вен пищевода цвет крови темный (венозная кровь, чаще со сгустками).

Нарушение аппетита: понижение его вплоть до полной потери (анорексия) наблюдается при атрофии слизистой желудка (атрофический гастрит типа А, язва тела желудка, рак тела желудка). Повышение аппетита характерно для язвенной болезни с локализацией язвы в 12-перстной кишке, может наблюдаться при сахарном диабете и при инсульте. Извращение аппетита чаще наблюдается при ахлоргидрии, отвращение к мясу наблюдается у больных с раком желудка и входит в так называемый "синдром малых признаков".

Отрыжка: обусловлена сокращением мускулатуры желудка при открытом кардиальном сфинктере, что вызывает заброс содержимого желудка в пищевод до полости рта. Различают физиологическую отрыжку (прием газированных напитков, переедание) и патологическую - при недостаточности кардиального сфинктера желудка, гастрите, язве желудка, раке тела желудка. Отрыжка тухлым свидетельствует о застое пищи в желудке, разложении ее (нарушение эвакуации пищи из желудка, ахлоргидрия, ахилия).

Изжога - чувство жжения в проекции пищевода (возможна на разных уровнях) возникает при желудочно-пищеводном рефлюксе, эзофагите, вызывающем рефлекторное сокращение гладкой мускулатуры пищевода с ограничением заброса. Изжога чаще наблюдается при повышенной кислотности желудочного сока, но может возникать и при снижении желудочной секреции. Иногда изжога возникает при отсутствии органической патологии пищевода или желудка, носит функциональный характер и возникает при приеме какой-либо раздражающей (очень индивидуально) пищи.

Тошнота: возникает при острых, хронических гастритах, раке желудка, нередко при секреторной недостаточности (подпороговое раздражение рвотного центра).

Рвота: бывает нервного (центрального), желудочного происхождения, рефлекторного, а также гематогенно-токсическая, Рвота центрального происхождения возникает внезапно, без предшествующих диспепсических расстройств, она многократна и не приносит облегчения, возникает при поражении ЦНС. Рвота желудочного происхождения вызывается раздражением рецепторов слизистой оболочки желудка, воспалительным процессом (острый гастрит, хронический гастрит, язвенная болезнь, рак желудка). Гематогенно-токсическая рвота возникает при уремии и других заболеваниях внутренних органов. Рефлекторная рвота наблюдается при

виде визуальных картин, вызывающих сильный стресс, иногда при обонятельных реакциях.

Определите характер рвоты:

По времени: Рвота натощак характерна для хронического гастрита, часто наблюдается у алкоголиков, рвота через 10-15 мин после еды характерна для язвенной болезни желудка и рака кардиального отдела желудка, острого гастрита. Рвота через 2-3 часа, в разгар пищеварения, характерна для рака и язвы желудка (тела). Рвота через 4-6 часов после еды характерна для язвы привратника или 12-перстной кишки. Рвота пищей, съеденной накануне и даже через 1-2 дня, характерна для стеноза привратника. Рвота, возникающая на высоте болевого синдрома и приносящая облегчение, характерна для язвенной болезни желудка.

По запаху: Рвотные массы при желудочной рвоте чаще имеют кисловатый запах. Гнилостный запах характерен для процессов гниения в желудке. Каловый - при каловом свище, высокой кишечной непроходимости.

По реакции: Кислая реакция характерна для желудочной рвоты при гиперхлоргидрии, нейтральная или щелочная реакции характерны для ахилии.

По примесям: Наличие свежей крови характерно для эрозивного гастрита и язвенной болезни. Наличие желчи - для дуодено-гастрального рефлюкса, дуоденостаза, заболеваний желчевыводящих путей.

Жалобы, характерные для заболеваний кишечника:

Боли:

Ноющие, которые носят стойкий характер, усиливаются при кашле, возникают при воспалительных заболеваниях кишечника с частым вовлечением в процесс брыжейки Кишечника или брюшины.

Схваткообразные (по типу кишечных колик) характеризуются короткими повторными приступами, начинаются и кончаются внезапно. Боли локализуются, как правило, вокруг пупка, по ходу толстого кишечника, в основе болей лежат спазмы гладкой мускулатуры кишечника. Данные боли часто наблюдаются при синдроме раздраженной толстой кишки, язвенном колите, болезни Крона, дивертикулах толстой кишки.

Острые боли влевой нижней части живота появляются при непроходимости толстой кишки, воспалении сигмовидной кишки, тонкой кишки, раке ободочной кишки.

Тенезмы (болезненные позывы на дефекацию) характерны для вовлечения в патологический процесс прямой кишки, сфинктера и наблюдаются при дизентерии, заболеваниях нисходящей и сигмовидной кишки.

Метеоризм: ощущение пучения, вздутия живота вследствие:

- усиленного газообразования в кишечнике, обусловленного употреблением с пищей растительной клетчатки;
- нарушения двигательной функции кишечника при падении тонуса и непроходимости;
- понижения всасывания газов при их нормальном образовании;
- аэрофагии;
- истерического метеоризма.

Поносы:

Поносы - жидкий стул. Наблюдается при острых и хронических кишечных инфекциях (энтериты, энтероколиты, сигмоидиты, проктиты), при экзогенных (мышьяк, ртуть) и эндогенных интоксикациях (уремия, диабет, подагра), эндокринных расстройствах.

Поносы возникают вследствие:

- ускоренного продвижении пищевой кашицы;
- нарушения всасывания;
- воспалительных процессов в кишечнике;
- приема слабительных средств.'

Выявите отличительные признаки поносов при заболеваниях тонкого и толстого кишечника:

Поносы, возникающие при поражении толстого кишечника, бывают необильными, частыми, более 10-20 раз в сутки. При поражении тонкого кишечника поносы обильные, связаны с нарушением двигательной и всасывающей функций кишечника, их частота 5-6 раз в сутки.

Запоры:

Запоры —это длительная задержка кала в кишечнике (более 48 часов). затрудненное опорожнение кишечника, отсутствие чувства облегчения после дефекации. Запоры бывают спастическими и атоническими, обусловлены либо органическими (воспалительный процесс, токсическое поражение, опухоли толстой кишки), либо функциональными нарушениями (алиментарные, неврогенные -- "привычные", при гипокинезии).

Кровотечение:

Появление дегтеобразного стула характерно для язвенного поражения органов пищеварения высокого расположения (язвенная болезнь двенадцатиперстной Кишки), может быть при опухолях, при тромбозе сосудов брыжейки, алая кровь выделяется с калом при поражении толстого кишечника язвенным неспецифическим колитом, кровоточащих полипах толстой кишки, трещинах заднепроходного отверстия, геморрое.

II. Соберите анамнез заболевания:

Следует обратить внимание на предполагаемую больным причину заболевания, динамику симптомов, частоту и длительность обострений, сезонность.

III. Соберите анамнез жизни у больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта:

Перенесенные заболевания: при сборе анамнеза заболевания следует ознакомиться с перенесенными ранее Заболеваниями пищевода (имевшие место ожоги щелочами или кислотами) - перенесенный сифилитический аортит, который приводит к сдавлению пищевода, митральный стеноз, хирургические вмешательства.

Условия питания: качественный и количественный состав пищи, регулярность питания.

Привычные интоксикации: злоупотребление алкоголем и курением способствует развитию язвенной болезни, гастрита.

Прием лекарственных веществ: длительный прием лекарственных веществ (гормональные препараты, ацетилсалициловая кислота) ведет к раздражению слизистой желудка и образованию эрозий и язв.

IV. Проведите общий осмотр больного и выявите:

Положение больного: оно может быть активным, пассивным - при раковой кахексии, вынужденным:

- лежа на спине с приведенной к животу одной или двумя ногами принимают больные с сильными болями в животе (во время приступа аппендицита, холецистита, при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, колите);
- лежа на животе занимают больные язвенной болезнью (при локализации язвы на задней стенке желудка);
- коленно-локтевое (Положение *ala vache*) - при опухоли желудка, поджелудочной железы и других органов брюшной полости.

Питание больного: Может быть Пониженным, удовлетворительным и повышенным. При тяжелых заболеваниях, длительных нарушениях всасывании наблюдается крайняя степень истощения, вплоть до кахексии.

Отеки: возникают при потере организмом белка и одновременно задержке солей и воды.

Сухость кожных покровов и их шершавость: связана с недостаточным всасыванием железа и анемизацией больного (развитие железodefицитной анемии). Шершавость кожных покровов часто сочетается с; трещинами губ. может возникать и за счет авитаминоза, развивающегося при нарушении всасывания в тонком кишечнике.

Лицо Гиппократата: имеет важное диагностическое значение при перитоните и непроходимости кишечника.

V Проведите осмотр ротовой полости и живота:

При осмотре ротовой полости оцените:

Зубы (количество и Состояние их). При отсутствии или наличии нездоровых, кариозных зубов отметьте количество и их порядковые номера.

Десны: оцените окраску их слизистой, наличие налетов, изъязвлений.

Язык: оцените его величину, окраску, наличие налетов, выраженность сосочков, влажность. У здорового человека язык розовый, влажный, без каких-либо налетов:

- малиновый язык наблюдается при выраженном гастрите, колите;
- обложенность языка белым, серовато-белым налетом наблюдается при хронических заболеваниях желудочно-кишечного тракта, лихорадочных состояниях, некоторых инфекционных заболеваниях;
- "лакированный" язык с ярко-красной блестящей поверхностью, обусловленной атрофией сосочков, может быть у больных с гастритом типа А, при раке желудка, толстого кишечника, глистной инвазии, хроническом колите;
- сухость языка с наличием трещин и темно-коричневого налета наблюдается при перитоните, обезвоживании.

Небные миндалины - на величину, форму, окраску слизистой, наличие налетов.

Окраску остальной слизистой ротовой полости, наличие сыпей и налетов на ней.

Осмотр живота:

Изменение величины: увеличен в объеме, может быть за счет чрезмерно развитого подкожного жирового слоя, вздут за счет метеоризма, при асците.

Симметричности: увеличение живота в правом или левом подреберье или в нижних отделах может быть за счет увеличения печени, селезенки или опухолей.-

Формы: в норме форма живота правильная, при перитоните доскообразная, при наличии асцита - "лягушачья" - жидкость собирается в боковых фланках.

Участие в акте дыхания: в норме обе половины симметрично участвуют в акте дыхания. При наличии аппендицита, холецистита симметричность при дыхании обеих половин исчезает.

Изменение пупка: в норме пупок втянут, при асците выбухает, а также при наличии пупочной грыжи.

Рисунок подкожных вен: увеличение рисунка подкожных вен в области пупка характерно для заболеваний печени (портальная гипертензия).

Перистальтика: антиперистальтические движения наблюдаются в подложечной области, либо по ходу кишечника, могут навести на мысль о наличии Препятствия для продвижения каловых масс (кишечная непроходимость).

Следы от применения грелок, послеоперационные рубцы, стрии: помогают в расшифровке жалоб больных.

4. Практическая часть:

Задание 1. Курация больных гастроэнтерологического отделения;

Задание 2. Написание кураторских листов;

Задание 3. Чтение и трактовка результатов лабораторно-инструментальных исследований.

5. Вопросы для собеседования

1. Назовите жалобы, предъявляемые больными с заболеваниями пищевода.
2. Отличие органической дисфагии от функциональной.
3. Назовите жалобы, предъявляемые больными с заболеваниями желудка.
4. Отличительные признаки болевого синдрома при поражении желудка и двенадцатиперстной кишки.
5. Признаки желудочного и кишечного диспепсических синдромов.
6. Отличие желудочного кровотечения от легочного.
7. Назовите жалобы, предъявляемые больными с заболеванием кишечника.
8. Как отличить кровотечение из верхних и нижних отделов кишечника?

6. Тестовые задания

1. Какие изменения, выявляемые при осмотре и перкуссии живота, наиболее характерны для стеноза привратника?

А) живот втянут (ладьевидный), практически не участвует в дыхании, выраженное напряжение мышц брюшной стенки

Б) живот увеличен в размерах, куполообразно вздут, участвует в дыхании, пупок

втянут, перкуторно - громкий тимпанит

В) живот увеличен в размерах; в горизонтальном положении - распластан, в вертикальном - выглядит отвисшим, пупок выбухает, на боковых поверхностях живота - расширенная венозная сеть

Г) у истощенного больного в эпигастрии хорошо заметно выбухание и периодически возникающие волны антиперистальтики

Д) при осмотре живота на глаз заметна усиленная бурная перистальтика кишечника, живот вздут

2. В пользу воспалительного процесса в нижнем отделе тонкой кишки говорит:

- А) запор
- Б) понос с частотой до 10 раз в сутки
- В) понос с частотой более 10 раз в сутки
- Г) вздутие живота
- Д) тенезмы

3. Дисфагия при приеме жидкости характерна для:

- А) рака пищевода
- Б) функциональной дисфагии
- В) атонии пищевода
- Г) ахалазиикардии
- Д) стриктуры пищевода

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

- А) появление через 1,5-2 часа после еды
- Б) появление через 15 минут после еды
- В) облегчение боли после рвоты
- Г) усиление боли после приема пищи
- Д) появление боли после приема жирной пищи

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

- А) малый разовый объем стула
- Б) наличие в кале слизи
- В) императивные и частые позывы к дефекации
- Г) уменьшение болей в животе после дефекации
- Д) диарея только в утренние часы

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

- А) увеличенный разовый объем стула
- Б) увеличенный суточный объем стула
- В) диарея, в том числе и в ночные часы
- Г) наличие императивных позывов на дефекацию
- Д) локализация болей (не сильных) в околопупочной области

7. Для кровотечения из дистальных отделов толстого кишечника не характерно:

- А) дегтеобразный стул
- Б) резкая слабость
- В) кровавый стул
- Г) сердцебиение
- Д) головокружение

8. Какие изменения, выявляемые при осмотре и перкуссии живота, наиболее характерны для механической непроходимости толстого кишечника?

А) живот втянут (ладьевидный), практически не участвует в дыхании, выраженное напряжение мышц брюшной стенки

Б) живот увеличен в размерах* куполообразно вздут, участвует в дыхании, пупок втянут, перкуторно - громкий тимпанит

В) живот увеличен в размерах; в горизонтальном положении - распластан, в вертикальном - выглядит отвисшим, пупок выбухает, на боковых поверхностях живота - расширенная венозная сеть

Г) у истощенного больного в эпигастрии хорошо заметно выбухание и периодически возникающие волны антиперистальтики

Д) при осмотре живота на глаз заметна усиленная бурная перистальтика кишечника, живот вздут

9. Для механизма изжоги обязательно наличие:

А) гиперсекреции НС 1 в желудке

Б) наличие эзофагита

В) дуоденально-гастральный рефлюкс

Г) спазм мускулатуры пищевода

Д) язвенной болезни желудка

10. Для острого гастрита характерно:

А) ранний болевой синдром

Б) рвота накануне съеденной пищей

В) рвота "кофейной гущей"

Г) мелена

Д) обстипационный синдром

11. Для пищеводной рвоты не характерно:

А) наличие тошноты

Б) отсутствие тошноты

В) высокое Ph рвотных масс

Г) рвота непереваренной нишей

Д) зловонный запах рвотных масс

12. Какие изменения, выявляемые при осмотре и перкуссии живота, наиболее характерны для перитонита?

А) живот втянут (ладьевидный), практически не участвует в дыхании, выраженное напряжение мышц брюшной стенки

Б) живот увеличен в размерах, куполообразно вздут, участвует в дыхании, пупок втянут, перкуторно - громкий тимпанит

В) живот увеличен в размерах; в горизонтальном положении - распластан, в вертикальном - выглядит отвисшим, пупок выбухает, на боковых поверхностях живота - расширенная венозная сеть

Г) у истощенного больного в эпигастрии хорошо заметно выбухание и периодически возникающие волны антиперистальтики

Д) при осмотре живота на глаз заметна усиленная бурная перистальтика кишечника, живот вздут

13. Для стеноза привратника характерно все, кроме:

А) рвота пищей, съеденной накануне

Б) смещение границы большой кривизны желудка вниз

В) шум плеска

Г) голодные боли в эпигастральной области

Д) отрыжка "тухлым яйцом"

14. Для функциональной дисфагии не характерно:

А) затруднение прохождения в основном жидкой нищи

Б) затруднение прохождения в основном твердой пищи

В) отрыжка воздухом

Г) усиление дисфагии после волнения

Д) более частое возникновение в молодом возрасте

15. Для энтерита не характерно:

А) частый стул до 10-20 раз в сутки

Б) кашицеобразный стул

В) зловонный стул

Г) стул 3-4 раза в сутки

Д) обильный стул

Ответы на тестовые задания

1-Г

2-Б

3-Б

4-А

5-Д

6-Г

7-А

8-Д

9-Г

10-А

11-А

12-А

13-Г

14-Б

15-А

7.Рекомендуемая литература:

Основная

1. Мухин, Н. А. Пропедевтика внутренних болезней [Текст] : учеб. для студ.мед. вузов / Н. А. Мухин, В. С. Моисеев. - 2-е изд., доп. и перераб. - М. : ГЭОТАР- Медиа, 2012. - 848с.
2. Мухин, Н. А. Пропедевтика внутренних болезней [Электронный ресурс]: учеб.для студ. мед. вузов / Н. А. Мухин, В. С. Моисеев. - 2-е изд., доп. и перераб. - М. : ГЭОТАР- Медиа, 2012. - 848с.- Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970421321.html?SSr=3301337aeb105a62164857828011959>
3. Мухин, Н. А. Пропедевтика внутренних болезней [Электронный ресурс]: учеб.для студ. мед. вузов / Н. А. Мухин, В. С. Моисеев. - 2-е изд., доп. и перераб. - М. : ГЭОТАР- Медиа, 2015. - 848с.- Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970434703.html?SSr=3301337aeb105a62164857828011959>

Дополнительная

1. Основы семиотики заболеваний внутренних органов [Текст] : учеб.пособие / А.В. Струтынский [и др.]. - 8-е изд. - М. : МЕДпресс-информ, 2013. - 304 с.
2. Практическое руководство по пропедевтике внутренних болезней: уч. пособие / под ред. С. Н. Шульгина. – М.: МИА, 2006. – 256 с.