

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕ-
ЖДЕНИЕ 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

Тема 27. Методы исследования больных с патологией поджелудочной железы.
Синдромы, характерные для патологии поджелудочной железы.
Симптоматология панкреатитов

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

Ассистентом

Абдулазизова З.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. Цель. Необходимо знать и уметь анализировать полученные результаты исследований больных с патологией поджелудочной железы. Знать и уметь выявлять основные клинические синдромы, характерные для патологии поджелудочной железы. Знать симптоматику панкреатитов. В процессе изучения темы у студента формируется необходимость углубления и расширения своего научно-творческого потенциала, научного мировоззрения для формирования высокого уровня общей и профессиональной культуры. В результате изучения учебных вопросов занятия студент должен знать: понятие острого и хронического панкреатита; этиологические факторы острого и хронического панкреатита; классификацию хронического панкреатита; основные жалобы, предъявляемые больными и клинические синдромы с патологией поджелудочной железы; наиболее информативные лабораторно инструментальные методы диагностики острого и хронического панкреатита; с какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика хронического панкреатита; современные принципы лечения. Уметь: провести последовательно расспрос больного с патологией поджелудочной железы (паспортные данные, жалобы, детализация жалоб, анамнез заболевания, анамнез жизни); выделить основные клинические синдромы; сформулировать клинический диагноз, на основании выделенных синдромов, согласно классификации; составить план наиболее информативных дополнительных исследований при данном заболевании; интерпретировать результаты дополнительных методов исследований (копрограмма и т.д.); правильно оформить фрагмент истории болезни. В процессе изучения данной темы студент закрепляет умения и навыки последовательности расспроса, общего осмотра больного при заболеваниях поджелудочной железы; методикой пальпации (точки и зоны болезненности); назначение основных и дополнительных методов исследования при патологии поджелудочной железы; уметь формулировать диагноз, согласно классификации.

2. Учебные вопросы

1. Анатомические особенности ПЖЖ?
2. Функции ПЖЖ?
3. Какие ферменты продуцируются эндокринным аппаратом поджелудочной железы?
4. Какие ферменты продуцируются экзокринным аппаратом поджелудочной железы?
5. Какие симптомы характерны для острого и хронического панкреатита?
6. Какие этиологические факторы могут спровоцировать развитие острого и обострение хронического панкреатита?
7. Что характерно для клинической картины острого и хронического панкреатита?
8. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз при хроническом панкреатите?
9. Какова клиническая картина острого и хронического панкреатита?
10. Какие изменения в биохимическом анализе крови характерны для острого и хронического панкреатита?
11. Какова медикаментозная терапия острого и хронического панкреатита?
12. Какие процессы лежат в основе патогенеза острого и хронического панкреатита?
13. Какие жалобы характерны для больных острым и хроническим панкреатитом?
14. Перечислите осложнения хронического панкреатита.

3. Теоретическая часть

ЖАЛОБЫ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

ОСНОВНЫЕ ЖАЛОБЫ:

- Боли в животе

- Диспепсические жалобы (отрыжка, изжога, тошнота, рвота, метеоризм, нарушение стула)

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЕЙ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Локализация и иррадиация. Боли, как правило, локализуются в эпигастральной области или в левом подреберье. При остром панкреатите локализуются в верхней половине живота и нередко носят опоясывающий характер. При поражении опухолевым или воспалительным процессом головки поджелудочной железы боли локализуются в правом подреберье, иррадируя в спину в область VI-XI грудных позвонков; при распространении воспалительного процесса на тело поджелудочной железы боли локализуются в эпигастральной области. При поражении хвоста поджелудочной железы боли локализуются в левом подреберье, при этом боль иррадирует в влево и вниз от VI грудного до I поясничного позвонка. При тотальном поражении поджелудочной железы боль локализуется во всей верхней половине живота и носит опоясывающий характер. Боли усиливаются при положении больного на спине вследствие давления на солнечное сплетение и уменьшаются в положении сидя с наклоном туловища вперед. При выраженном болевом синдроме больные принимают вынужденное положение - сидят с согнутыми в коленях ногами, приведенными к животу.

Характер и продолжительность. Приступообразные боли типа желчной колики, возникающие через 3-4 часа после приема пищи (особенно жирной), характерны для калькулезного панкреатита. Нередко боли настолько интенсивны, что снимаются лишь после применения спазмолитических препаратов и даже наркотиков.

Особенно острые боли отмечаются при остром панкреатите. Возникают они внезапно и продолжаются от нескольких часов до нескольких дней. Значительная интенсивность болевых ощущений и бурное их начало при остром панкреатите объясняются внезапно наступающей закупоркой главного выводного протока поджелудочной железы в результате спазма и воспалительного отека с последующим резким повышением давления в мелких протоках поджелудочной железы и раздражением солнечного сплетения.

При хроническом панкреатите наблюдаются боли ноющего характера различной интенсивности. Боли появляются через 3-4 часа после еды, чаще после обеда и нарастают к вечеру,

При опухолях поджелудочной железы боли отмечаются высокой интенсивностью и продолжительностью.

Что усиливает или облегчает боль. Основную роль в усилении боли при панкреатитах играет качество пищи: обильный прием жирной пищи, прием алкогольных напитков. Голодание облегчает боль, поэтому многие больные мало едят. Боли также уменьшаются при применении холода (пузырь со льдом) на область ПЖ, а также в коленно-локтевом положении или сидя с наклоном вперед.

ДИСПЕПСИЧЕСКИЕ ЖАЛОБЫ

Тошнота и рвота чаще сопутствуют острому панкреатиту и носят рефлекторный характер. При хроническом панкреатите и опухолях поджелудочной железы диспептические явления связаны с нарушением ферментативной деятельности поджелудочной железы. Тошнота может быть постоянной и мучительной. Рвота как правило не приносит облегчения.

Ситофобия - боязнь спровоцировать боль и диспептические явления. из-за плохой переносимости большого ассортимента блюд и продуктов, приводит к значительным ограничениям в еде и, как следствие, к значительной потере в весе.

Снижение аппетита или анорексия - в фазе обострения больные с хроническим панкреатитом жалуются на снижение аппетита; значительное снижение вплоть, до отвращения к пище, отмечается при тяжелом течении хронического панкреатита

Метеоризм возникает из-за нарушения внешней секреции поджелудочной железы

Поносы с обильными жидкими блестящими (“жировой стул”) и зловонными испражнениями возникают из-за нарушения внешней секреции поджелудочной железы. Нарушение кишечного пищеварения приводит к быстрому похуданию больного.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ЖАЛОБЫ

Желтуха механического типа, прогрессирующая, темно-бурой, зеленоватой окраски, сопровождающаяся резким кожным зудом и геморрагиями, характерна для рака головки поджелудочной железы, так как опухоль сдавливает проходящий в ней конечный отрезок общего желчного протока, препятствуя оттоку желчи. Желтуха может появляться также при склерозе головки поджелудочной железы как следствие хронического панкреатита.

При нарушении внутренней секреции поджелудочной железы (ПЖ) появляются жалобы характерные для сахарного диабета: жажда, полиурия, полидипсия, зуд кожи.

ЖАЛОБЫ ОБЩЕГО ХАРАКТЕРА: слабость, снижение трудоспособности, быстрая утомляемость, повышение температуры.

ОБЩИЙ ОСМОТР

Пониженное питание больного отмечается при длительном прогрессирующем течении хронического панкреатита или раке поджелудочной железы, кожа становится сухой, теряет эластичность, приобретает грязно-серый оттенок, появляется пигментация на коже лица и конечностях. Субиктеричная окраска кожи и слизистых оболочек мягкого неба и склер или их желтушность возникает при псевдотуморозной форме хронического панкреатита или опухоли головки ПЖ. Бледность кожных покровов с участками цианоза наблюдается при остром панкреатите в результате нарушений дыхания и кровообращения, развившихся вследствие тяжелой интоксикации.

ОСМОТР ЯЗЫКА

Отмечается сухость и обложенность языка, сглаженность и атрофия сосочков, появляется своеобразный неприятный запах, трещины и изъязвления в уголках рта (хейлит), афтозный стоматит.

ОСМОТР ЖИВОТА

Живот нередко увеличен в объеме за счет метеоризма. В области живота, на груди и реже - на спине можно видеть четко ограниченные ярко-красные небольших размеров элементы, несколько возвышающиеся над поверхностью кожи, - симптом “красных капелек”, которые, однако, нельзя считать специфичными для хронического панкреатита а также коричневатая окраска кожи над областью поджелудочной железы. При внимательном осмотре изредка определяются атрофия подкожной жировой клетчатки в эпигастрии - в зоне, соответствующей проекции ПЖ на переднюю брюшную стенку (симптом Гротта).

ПАЛЬПАЦИЯ

При поверхностной пальпации живота у больного с острым панкреатитом отмечаются болезненность и напряжение мышц брюшного пресса в подложечной области, иногда в области левого подреберья или в месте проекции поджелудочной железы (симптом Керте).

При глубокой пальпации больных с хроническим панкреатитом и опухолью поджелудочной железы иногда можно пропальпировать ПЖ в виде плотного, неровного и слегка болезненного тяжа. Определенное диагностическое значение могут иметь болезненные точки и зоны, выявляемые при пальпации в эпигастрии и в зоне расположения ПЖ, которые считаются характерными для хронического панкреатита.

Симптомы, отражающие вовлечение в патологический процесс головки ПЖ:

- болезненность в холедохопанкреатической зоне Шоффара, расположенной в эпигастрии справа (в правом верхнем квадранте живота - внутри от биссектрисы, разделяющей прямой угол, образованный двумя пересекающимися линиями: передней срединной линией живота и линией проведенной перпендикулярно к ней через пупок).
- Одновременно у тех же больных нередко определяется болезненность в точке Дежардена, которую находят на расстоянии 6 см от пупка на линии, мысленно проведен-

ной от пупка к правой подмышечной впадине. Болезненность при пальпации в зоне Шофара и в точке Дежардена выявляется чаще всего при холепанкреатите и псевдоопухоловой форме ХП, так как соответствует локализации головки ПЖ.

- При поражении тела ПЖ определяется болезненность при пальпации точки Мейо-Робсона, а также выявляется положительный «симптом поворота».

- Точка Мейо-Робсона расположена на границе наружной и средней трети линии, соединяющей пупок и середину левой реберной дуги.

Положительный симптом поворота обозначает уменьшение болезненности в точке Мейо-Робсона при повороте больного на левый бок. Это объясняется тем, что желудок и кишечник, смещаясь, создают дополнительную «подушку» между ПЖ и рукой врача, что ведет к уменьшению боли. Боль, вызванная заболеванием желудка или кишечника, при этом усиливается

При поражении хвоста ПЖ обнаруживается болезненность в левом реберно-позвоночном углу (точка Мейо-Робсона II)

- Положительный симптом Кача – зона кожной гиперестезии в зоне кожной иннервации VIII- X го грудных сегментов, может быть единственным симптомом при раке хвоста ПЖ.

ПЕРКУССИЯ ПЖ мало информативна, даже при значительном увеличении ПЖ вследствие поликистоза или опухолей.

СИНДРОМЫ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

1. ВОСПАЛИТЕЛЬНО-ДЕСТРУКТИВНЫЙ СИНДРОМ

Включает в себя комплекс симптомов (синдромов) патогенетически связанных с воспалительным отеком, аутолизом ткани поджелудочной железы и резорбцией панкреатических ферментов. К ним относятся:

- боли (болевого синдром)
- панкреатическая диспепсия (синдром панкреатической диспепсии)
- клинические и лабораторные симптомы острой фазы воспаления (sd воспалительной интоксикации)
- подпеченочная желтуха (sd подпеченочного холестаза)
- панкреатическая гиперферментемия и гиперамилазурия

2. СИНДРОМ НАРУШЕНИЯ ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИИ

3. СИНДРОМ НАРУШЕНИЯ ИНКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИИ

ВОСПАЛИТЕЛЬНО-ДЕСТРУКТИВНЫЙ СИНДРОМ

Развивается вследствие серозного воспаления ПЖ, гибели ацинозных клеток и разрастания соединительной ткани. Сопровождается развитием боли, панкреатической диспепсии, панкреатической гиперферментемией и гиперамилазурией, подпеченочной желтухи и симптомами острой фазы воспаления.

Боль возникает в результате: растяжение протоков поджелудочной железы при повышении в них давления; воздействие воспалительного процесса на рецепторный аппарат железы; ишемия ткани ПЖ вследствие отека или фиброза.

Боль появляется достаточно рано. При локализации воспалительного процесса в области головки ПЖ боли ощущаются в эпигастрии преимущественно справа, в правом подреберье, иррадиируют в область VI-XI грудных позвонков. При пальпации определяется болезненная точка Дежардена (см рис 1). При вовлечении в воспалительный процесс тела ПЖ боли локализуются в эпигастрии и при пальпации возникает болезненность в т.Мейо-Робсона-I (см рис 1). При поражении хвоста ПЖ - в левом подреберье, с иррадиацией в спину, определяется болезненность в т.Губергрица, т.Мейо -Робсона-II. При тотальном поражении ПЖ боль локализуется во всей верхней половине живота и носит опоясывающий характер.

Боль усиливается в положении лежа на спине, после приема жирной и жареной пищи, желчегонных средств.

Боль ослабевает в положении сидя, особенно при небольшом наклоне вперед. Голод, антациды, спазмолитики, М-холинолитики уменьшают боль (снимается спазм сфинктера Одди, нормализуется тонус двенадцатиперстной кишки).

Панкреатическая диспепсия

Сочетается (патогенетически связана) с синдромом внешнесекреторной недостаточности ПЖ. Достаточно характерна для ХП, особенно часто выражена при обострении или тяжелом течении заболевания. Диспептический синдром проявляется повышенным слюноотделением, отрыжкой воздухом или съеденной пищей, тошнотой, рвотой, потерей аппетита, отвращением к жирной пище, вздутием живота. Больные часто испытывают тошноту. Она бывает постоянной и мучительной, может быть связана с приемом или характером пищи. Боясь тошноты, больные значительно сокращают прием пищи или даже отказываются от еды. Наряду с тошнотой у части больных наблюдается рвота, обычно не приносящая облегчения.

В фазе обострения больные жалуются на снижения аппетита. Значительное снижение аппетита, вплоть до отвращения к пище, отмечается при тяжелом течении заболевания.

Панкреатическая гиперферментемия и гиперамилазурия

Специфический лабораторный признак воспалительно-деструктивного синдрома. Вследствие препятствия оттоку панкреатического сока и усиленной секреторной деятельности ацинарных желез происходит разрыв базальной мембраны ацинарных клеток с выходом в окружающую ткань ферментов. В крови и моче повышается уровень диастазы (амилазы).

Подпеченочная желтуха

Обусловлен отеком головки поджелудочной железы, увеличением железы (смотри в синдромах поражения печени).

Клинические и лабораторные симптомы острой фазы воспаления

- Слабость, лихорадка, артралгия.
- Увеличение СОЭ, лейкоцитоз со сдвигом влево, диспротеинемия, положительные острофазовые тесты, например, С-реактивный протеин – в крови.

СИНДРОМ НАРУШЕНИЯ ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИИ

Развивается вследствие уменьшения количества панкреатического сока и недостаточного содержания в нем ферментов (липазы, амилазы, трипсина).

Причины возникновения: острые и хронические панкреатиты, закупорка или сдавление протока железы, разрушение железы опухолью, неврогенное торможение функции поджелудочной железы (вагусная дистрофия, отравление атропином), дуодениты, сопровождающиеся уменьшением образования секретина, вследствие чего понижается секреция панкреатического сока, аллергическое поражение ПЖ. При нарушении внешней секреции страдает кишечное пищеварение (пристеночное и полостное).

Внешнесекреторная недостаточность представлена клиникой мальдигестии и мальабсорбции (описание синдромов кишечной диспепсии в разделе «Семиотика и синдромология заболеваний кишечника»).

Ранним признаком внешнесекреторной недостаточности ПЖ является стеаторея, возникает при снижении секреции панкреатической липазы на 10% по сравнению с нормой. При выраженной стеаторее появляются поносы до 3-6 раз в сутки. Кал кашицеобразный, зловонный, с жирным блеском, реже водянистый.

При тяжелых формах ХП развиваются синдромы мальдигестии и мальабсорбции, что приводит к снижению массы тела, сухости и нарушению кожи, гиповитаминозам (в частности, недостатку витаминов А, Д, Е, К и других), обезвоживанию, электролитным нарушениям (снижению содержания в крови натрия, хлоридов, кальция), анемии; в кале обнаруживаются жир, крахмал, непереваренные мышечные волокна.

СИНДРОМ НАРУШЕНИЯ ИНКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИИ

Развивается вследствие снижения содержания инсулина в крови в связи с нарушением инкреторной функции поджелудочной железы.

Причины возникновения: разрушение поджелудочной железы опухолью, туберкулезным или сифилитическим процессом, острый и хронический панкреатит, атеросклероз, спазме сосудов (местная гипоксия островков Лангерганса), истощение после предварительного повышения функции (при избыточном употреблении в пищу усвояемых углеводов).

Клинически проявляется:

1. Нарушением толерантности к углеводам (у 75% больных).
2. Сахарным диабетом (слабостью, жаждой, повышением аппетита, снижением массы тела). Выявляется у 20-50% больных. Особенности течения панкреатического диабета: склонность к гипогликемиям, потребность в низких дозах инсулина, редкое развитие кетоацидоза, сосудистые осложнения.

4. Практическая часть

1. Задание 1. Курация больных гастроэнтерологического отделения;
2. Задание 2. Написание кураторских листов;
3. Задание 3. Чтение и трактовка результатов лабораторно-инструментальных исследований.

5. Вопросы для собеседования

4. Какие функции выполняет поджелудочная железа?
5. Какие ферменты продуцируются эндокринным аппаратом поджелудочной железы?
6. Какие ферменты продуцируются экзокринным аппаратом поджелудочной железы?
7. Какие жалобы характерны для больных острым панкреатитом?
8. Какие жалобы характерны для больных хроническим панкреатитом?
9. Какие симптомы характерны для острого панкреатита?
10. Какие симптомы характерны для хронического панкреатита?
11. Какие процессы лежат в основе патогенеза острого панкреатита?
12. Какие процессы лежат в основе патогенеза хронического панкреатита?
13. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз при хроническом панкреатите?
14. Какие изменения в биохимическом анализе крови характерны для острого панкреатита?
15. Какие изменения в биохимическом анализе крови характерны для хронического панкреатита?
16. Какие основные принципы терапии острого панкреатита вы знаете?
17. Какие основные принципы терапии хронического панкреатита вы знаете?
18. Какие осложнения хронического панкреатита вы знаете?

6. Тестовые задания

1. О чем в типичных случаях свидетельствует болезненность в зоне Шоффара:
А) о поражении тела желудка
Б) о поражении пилорической части желудка
В) о поражении двенадцатиперстной кишки
Г) о поражении двенадцатиперстной кишки и пилорической части желудка
Д) о поражении пилорической части желудка и/или головки поджелудочной железы

2. Самым ценным лабораторным показателем в диагностике обострения хронического панкреатита является:
- А) лейкоцитоз
 - Б) уровень аминотрансфераз
 - В) уровень амилазы крови и мочи
 - Г) уровень щелочной фосфатазы
 - Д) гипергликемия
3. Для заболеваний поджелудочной железы наиболее характерен:
- А) жидкий кал черного цвета
 - Б) обесцвеченный кал
 - В) «жирный», блестящий, плохо смывающийся кал
 - Г) черный оформленный кал
4. Положение лежа на животе или в коленно-локтевом положении занимают больные при одном из заболеваний:
- А) острый аппендицит
 - Б) почечно-каменная болезнь
 - В) рак поджелудочной железы
 - Г) печеночная колика
 - Д) язвенная болезнь желудка
5. Какие клетки поджелудочной железы вырабатывают инсулин:
- А) альфа-клетки
 - Б) бета-клетки
 - В) дельта-клетки
 - Г) клетки ацинусов
6. Признаки инкреторной недостаточности поджелудочной железы при хроническом панкреатите:
- А) желтуха
 - Б) частые потери сознания
 - В) высокое содержание сахара в крови и моче
 - Г) увеличение печени, пальпируемый желчный пузырь
 - Д) креаторея, стеаторея
7. Амилорея – это:
- А) сахар в моче
 - Б) увеличенное количество крахмала в кале
 - В) большое количество мышечных волокон в кале
 - Г) большое количество нейтрального жира в кале
 - Д) желчные кислоты в моче
8. Сиптом Курвуазье может появиться при:
- А) циррозе печени
 - Б) раке печени
 - В) раке головки поджелудочной железы
 - Г) хроническом холангите
 - Д) хроническом гепатите
9. Больной 58 лет поступил с жалобами на боли в эпигастральной области, похудание на 10 кг, отвращение к жирным продуктам, плохой аппетит, метеоризм, поносы, повышение

температуры тела (37,3°C). Болен около года. При осмотре: желтушность кожных покровов, при пальпации живота определяется увеличенный, безболезненный желчный пузырь. Предположительный диагноз:

- А) язва желудка
- Б) острый холецистит
- В) рак поджелудочной железы
- Г) гепатит

10. Хронический рецидивирующий панкреатит наблюдается чаще всего при:

- А) язвенной болезни
- Б) холелитиазе
- В) постгастрорезекционном синдроме
- Г) хроническом колите
- Д) лямблиоз

11. Для диагностики поражения поджелудочной железы необходимо исследования кала на:

- А) стеркобилин
- Б) скрытую кровь
- В) креаторею, стеаторею
- Г) билирубин

12. Стеаторея-это:

- А) сахар в моче
- Б) увеличенное количество крахмала в кале
- В) большое количество мышечных волокон в кале
- Г) большое количество нейтрального жира в кале
- Д) желчные кислоты в моче

13. О чем в типичных случаях свидетельствует болезненность в зоне Шоффара:

- А) о поражении тела желудка
- Б) о поражении пилорической части желудка
- В) о поражении двенадцатиперстной кишки
- Г) о поражении двенадцатиперстной кишки и пилорической части желудка
- Д) о поражении пилорической части желудка и/или головки поджелудочной железы

14. Боли при панкреатите чаще локализуются:

- А) в верхней половине живота
- Б) в левом подреберье
- В) опоясывающего характера, усиливающиеся в положении на спине
- Г) локализуются в правом подреберье
- Д) верно Б) и В)

15. Больной в течение 10 лет страдает хроническим панкреатитом, отмечает частые поносы, похудание, боли после еды. Укажите характерные признаки нарушения внешнесекреторной деятельности поджелудочной железы:

- А) сухость кожных покровов
- Б) диабет
- В) креато-и стеаторея
- Г) расширение вен передней брюшной стенки
- Д) почечно-печеночная недостаточность

Ответы на тестовые задания

- 1 – Д
- 2 – В
- 3 – В
- 4 – В
- 5 – Б
- 6 – В
- 7 – Б
- 8 – В
- 9 – В
- 10 – Б
- 11 – В
- 12 – Г
- 13 – Д
- 14 – Д
- 15 – В

7. Рекомендуемая литература:

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. – (300 экз.)
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>
4. Основы семиотики заболеваний внутренних органов [Текст] : учеб. пособие / А.В. Струтынский [и др.]. - 8-е изд. - М. : МЕДпресс-информ, 2013. - 304 с. (170 экз.)
5. Практическое руководство по пропедевтике внутренних болезней: уч. пособие / под ред. С. Н. Шуленина. – М.: МИА, 2006. – 256 с. (291 экз.)