МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

ТАШКЕНТСКИЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

КАФЕДРА ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ПЕДИАТРИЯ С РЕАБИЛИТОЛОГИЕЙ

«УТВЕРЖДАЮ»

Проректор по учебной работе

_____2007г

проф. А.И. Искандаров

Область знаний - здравоохранение -720000

По направлению - 5720200 – «педиатрическое дело»

5140900 –«профессиональное образование» (5720200 – педиатрическое дело»)

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

ПО ДИСЦИПЛИНЕ ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ПЕДИАТРИЯ И РЕАБИЛИТОЛОГИЯ ДЛЯ СТУДЕНТОВ 7 КУРСА

Общая трудоёмкость - часов

В том числе:

Практические занятия –

Самостоятельная работа -

Ташкент – 2007 г.

Занятие 1.

Философия первичной помощи. Алма-атинская декларация. Определение ВОЗ. Организация и принципы работы сельского врачебного участка (СВП) как первичного звена здравоохранения. (Приказы Минздрава). Финансирование ПЗЗ. Роль и задачи врача общей практики в системе здравоохранения.

Цель занятия. Студентам необходимо знать принципы организации работы системы ПМСП (СВП).

Задачи: Студенты будут знать

1 Философию первичной помощи.

2. Приказы Минздрава Узбекистана регламентирующие работу организаций ПМСП

3. Пути финансирования ПЗЗ

4. Роль и задачи врача общей практики в системе здравоохранения.

5. Принципы и тактику командной работы.

Материалы занятия:

1. Приказы Минздрава об организации ВОП(см. СД диск)
2. Презентация РР «Элементы РС»
3. Справочник врача общей практики. Дж.Мерта, стр. 17.
4. Карточки с надписями: лаборант, стоматолог, ВОП(1-2 карточки) медсестра ВОП (1-2 карточки), фтизиатр, кардиолог, микробиолог, акушер-гинеколог,
5. Оверхед +прозрачки

8.30

1. **Знакомство и представление курса подготовки ВОП.** Объяснение цели и задач подготовки врачей общей практики. Получение обратной связи аудитории о роли и месте семейной медицины в общей системе здравоохранения. (30 мин.)

9. 00

2. **Введение в цикл: Эффективное здравоохранение. Общественное здравоохранение.**

   Объяснить роль и значение ПМСП в системе медицинского обслуживания населения. Обсудить важность реформ здравоохранения направленных на усиление роли ПМСП и развития института семейной медицины в мире и в Узбекистане.

   Работа в малых группах(40 мин.): «Метод снежков» Поделите студентов на 2 группы

   Задание 1. Обсудите недостатки старой системы ПМСП.

   Задание 2. Обсудите преимущества введения общеврачебной или семейной практики в ПМСП.

10.10. Презентация РР (СД диск раздел ОЗ. Файл «Элементы РС»). Элементы первичной помощи старой и новой системы ПМСП.

Представление Алма-Атинской декларации, принципов организации работы ПМСП (1978 г.) Определение ВОЗ.

10.40.

3. Роль и задачи врача общей практики в системе здравоохранения. Интерактивная лекция по 4 модулям организации работы ПМСП (материал Рифата Атуна. Реформы здравоохранения: обобщение опыта и последующие шаги в подготовке врачей общей практики, Ташкент, 2000 г, Справочник врача общей практики. Дж.Мерта). Работа с прозрачками (транспарантами) на оверхеде (1,5 часа)

11.50

Обеденный перерыв

12.50.

4. Организация и принципы работы сельского врачебного пункта на сегодня регламентируется положениями приказа Минздрава Узбекистана № 535 от 6 декабря 2004 г.

Ознакомление с приказом Минздрава республики Узбекистан №535 от 6 декабря 2004 г.” О поэтапном переходе к обще врачебной и обще сестринской практике в республике Узбекистан“. Следует ознакомить студентов с пунктами приказа – Положение о враче общей практики, квалификационная характеристика ВОП, положение о том, в каких медицинских учреждениях может работать ВОП, положение о сельском (городском) врачебном пункте, положениях о лекарственном обеспечении, положение об оснащении мед. оборудованием СВП (ГВП); положение об обеспечением твердым и мягким инвентарем СВП (ГВП) и положением о введении медицинской документации в СВП (ГВП).

Провести ознакомление с приказами

13.40. 5. Практика.. Понадобится:

- карточки с надписями: лаборант, стоматолог, ВОП(1-2 карточки, медсестра ВОП (1-2 карточки), фтизиатр, кардиолог, микробиолог, акушер-гинеколог,

Выберите одного из студентов и попросите его прочитать задание для группы: « В районе объявлена эпидемия неизвестной инфекции, которая поражает как взрослых, так и детей. Из ЦРБ доставлена вакцина для вакцинации населения. Даны также указания, что все заболевшие должны пройти полный осмотр и 1 день находится под наблюдением врача, так как симптомы включают лихорадку, судороги и онемение нижних конечностей. Необходимо также обеспечить внутривенное введение растворов при симптомах шока. Ваше СВП обслуживает 2500 человек. »(Вы можете составить любое другое задание, главное, чтобы оно подразумевало работу группой).

Остальные студенты держат карточки в руках с различными надписями (название различных специальностей).

Задание 1: Студент, который читал приказ райздрава, назначен руководителем СВП. Он должен выбрать команду для того, чтобы предотвратить распространение эпидемии и обеспечить раннее лечение заболевших.

Руководитель СВП должен отобрать из числа студентов самых необходимых в команду.

В идеале членами команды должны стать все, кто может помочь вам, в первую очередь, ВОПы, м\с ВОП, лаборанты. Другие специалисты также могут помочь вам, но уйдет время, чтобы обучить их как действовать в подобных ситуациях.

Задание 2. Теперь, когда вы выбрали команду, обсудите их роль в решении проблемы.

14.30. Тесты и проверочные вопросы по занятию.

15.00-15.25 Обсуждение новой темы. Конец занятия

Занятие 2.

Модели консультаций: Биомедицинская модель Психосоциальная модель. Навыки консультации. Консультации трудных больных. Принципы и стили взаимоотношения «врач-больной».

Цель занятия. У студентов необходимо сформировать навыки проводить эффективную консультацию пациентов

Задачи занятия. К концу занятия студенты должны знать:

1. 3 модели консультации
2. Основы эффективной консультации
3. Типы «трудных больных»
4. Как консультировать «трудных больных»
5. Принципы и стили взаимоотношения "врач-больной"

К концу занятия студенты должны уметь:

1. Консультировать больных, используя модели консультаций

2. Проводить консультацию трудных больных

Материалы занятия:

1. Дж.Мерта, Стр. 42
2. Книга Ш.З.Касымов, 2002 г. "Навыки консультации больных» (СД диск Database, папка Обществ-Эффективное здравоохранение, файл «Навыки консультирования»)
3. Презентации РР

8.30. Повторение вчерашней темы (15-20 минут)

1. Какая из ниже перечисленных характеристик соответствует в отношении общеврачебной практики:

а) занимается выборочными проблемами здоровья населения
б) Непрерывность обслуживания +
в) Обслуживание координированное +
г) Ориентированность только на общину.
д) Обслуживание доступное +

2. Какое оснащение необходимо для врача общей практики для выполнения клинического обследования?

а) офтальмоскоп и отоскоп +
б) фонарик, часы с секундной стрелкой +
в) шпатель и камертон +
г) неврологический молоточек +
д) бумага и ручка +

3. К основным функциям СВП относятся:

а) охрана материнства и детства +
б) профилактика болезни +
в) диагностика и лечение заболеваний +
г) вакцинация населения +
д) пропаганда здорового образа жизни +

4.Доступность медицинской помощи оценивается по следующим критериям:

а) самостоятельный выбор СВП или врача общей практики+
б) удобное для больного контактное время +
в) получение медицинской помощи в ночное время +
г) близкое расположение СВП с домом +
д) наличие брошюр, санитарных бюллетеней по заболеваниям в СВП +

5 . Какие предпосылки реформ первичного звена здравоохранения в Узбекистане Вы знаете?

а) низкая заработная плата медицинских работников +
б) политические изменения в Узбекистане +
в) экономические изменения в Республике +
г) изменения в составе населения +
д) развитие медицинской науки +

8.50. Начало основной части занятия.

1. Ознакомление студентов с целью и задачами занятия.

Мозговой штурм. 10 минут. Провести структурированный (спросить последовательно всех) мозговой штурм по значению эффективной консультации пациентов в практике ВОП. Обсудить и отобрать наиболее важные принципы эффективной консультации

9.00. 2. Интерактивная лекция по различным моделям консультации заболеваний (1 час). (Материалы - книга Ш.З.Касымов, 2002 г. "Навыки консультации больных" глава: Общие подходы к консультации, (СД диск Database, папка Обществ-Эффективное здравоохранение, файл «Навыки консультирования»). Справочник врача общей практики. Дж.Мерт., стр. 27.

Презентация PP. (Сд диск Папка Общественное здравоохранение, файл «Presentation consultation skills»).

10.00. Навыки эффективной консультации. Интерактивная лекция . (Материалы - книга Ш.З.Касымов, "Навыки консультации больных" 2002 г. Глава: Обучение ведения консультаций(СД диск Database, папка Обществ-Эффективное здравоохранение, файл «Навыки консультирования»). Следует ознакомиться с этой главой книги. Справочник врача общей практики. Дж.Мерта, стр. 35.

Презентация PP. (1час) (Сд диск Папка Общественное здравоохранение, файл Навыки консультации. Дискуссия после лекции. **(30 минут)**

11.50 Обед

12.50. Интерактивная лекция с дискуссией.

Навыки консультации трудных пациентов.

Презентация PP. (СД диск Папка Общественное здравоохранение, файл «Трудные пациенты и трудные ситуации») Справочник врача общей практики. Дж.Мерт, стр. 42-61.

13.20. Практика. Принципы и стили взаимоотношения "врач-больной". Заранее попросите кого-нибудь из курсантов выписать на доске принципы взаимоотношения между врачом и больным:

1. создание непринужденной обстановки·
3. не торопиться
4. сосредоточиться на больном
5. не допрашивать
6. больному от разговора должно стать легче
7. говорить доступным языком
8. не злоупотребляйте терминами
9. давайте четкие инструкции
10. не обещайте невозможное
11. просвещайте больного
12. проверьте, правильно ли он вас понял
13. не бойтесь повторяться
14. Будьте уверены, что у больного не осталось вопросов
15. ·когда нужно, направьте больного к специалисту
16. сообщите больному номер своего телефона
17. регулярно сообщайте больному результаты анализов и других исследований
18. контролируйте выполнение своих назначений
19. если опаздываете на прием, предупредите больного
20. при неэффективности лечения направьте к специалисту21. когда нужно, настаивайте на госпитализации

Обсудите со студентами как они планируют свою работу, чтобы соответствовать принципам правильного взаимоотношения между ними и их больными.

Выберите некоторые пункты, например, пункт 7 и попросите одного из курсантов объяснить больному (в виде небольшой ролевой игры), как ему стоит принимать таблетки аспирина, при этом врач должен учесть, что больному нужно рассказать и о побочных эффектах препарата. Другой пример, по пункту 7. Врач должен объяснить пациенту, о гепатите А у его ребенка.

Пункт 14. Попросите студентов подумать, как они будут выяснять, не осталось ли у больного вопросов? Т так можно разобрать каждый пункт.

Придумайте свое задание для отработки принципов взаимоотношения между врачом и больным.

14.30. Тесты и проверочные вопросы по занятию.
15.00-15.25 Обсуждение новой темы. Конец занятия

Занятие 3.

Анализ консультации врача, заполнение карты консультаций. Менеджмент времени консультаций. Вопросы этики. Конфиденциальность.

Цель занятия: Обучение навыкам проведения эффективной консультации.
Задачи занятия: К концу занятия каждый курсант должен знать:

- Об основных методах оценки консультации
- об этических дилеммах и принципах конфиденциальности

Должен уметь:

- Проводить оценку консультации.
- Проводить консультацию случаев, где необходимо решить этические дилеммы

Обучающиеся должны освоить

1. Методы наблюдения за консультацией.
2. Методы оценки и анализа консультации.
3. Вопросы этики и конфиденциальности консультации

Материалы занятия:
Презентации PP:

1. «Методы наблюдения»
2. «Методы оценки»
3. «методы анализа»
4. « Вопросы этики. Конфиденциальность»
5. Джон Мерта. Справочник врача Общей практики . Часть 1.
6. Карта консультации
7. Шкала оценки консультации
8. Шкала оценки для пациента.
9. Необходимо также: видеокамера и чистая видеокассета
10. Телевизор и видеомагнитофон
11. Реальный пациент или сценарий ролевой игры по одной проблеме (например, головная боль)

8.30. Повторение вчерашней темы:

1. Перечислите характеристики трудных больных: обилие жалоб, неясный диагноз, консультации у многих врачей, придирчивость, враждебность и раздраженность, отсутствие объективных проявлений болезни, недовольство лечением, неуважение к занятости врача, частые несущественные жалобы.
2. Какие рекомендации вы дадите вашим коллегам, у которых много рудных пациентов:

А) принимать больных такими, какие они есть+
Б) лучше их сразу оборвать и поставить на место
В) во время консультации дайте понять, что не стоит постоянно обращаться с жалобами на несуществующие проблемы+
Г) назначьте график встреч с ограничением времени+
Д) будьте честными +

3. Принципы консультирования в конфликтной ситуации :

А) оставаться спокойным+
Б) усадить больного+
В) сразу выставить больного за дверь
Г) прикрикнуть на больного, чтобы успокоить его
Д) уделить больному больше времени.+

4. Приведите примеры вопросов и ваших действий, на ситуацию «Гнев пациента»:
А) Женщина зашла к вам в кабинет с жалобой, что вы слишком долго принимаете других пациентов, а у нее дома трое детей ждут ее.

Б) Мужчина средних лет пришел с жалобой, что вы выписали его жене лекарство, которого нет в аптеке.

5. Вы видите, что ваш пациент – мужчина 58 лет, которого в коридоре ожидает его молодая жена- 24 лет, хочет вас о чем –то спросить, но страшно стесняется. Помогите ему начать разговор. Попросите курсантов высказать их мнения, их варианты.

9.00. Начало основной части занятия.

Интерактивная лекция по методам наблюдения за проводимой консультацией пациента **(30 мин.).**

Следует ознакомиться с книгой "Навыки консультации больных".
Ш.З.Касымов, 2002 г. глава: Методы наблюдения за
Консультацией (см. СД диск Data base . Папка Эффективное -общественное здравоохранение, файл «Навыки консультирования»)

Презентация РР. (СД диск, раздел Общественное здравоохранения, файл «Методы наблюдения»)

9.50.Семинар (15 мин.) по обучению оценке консультаций с применением карт, шкалы оценки консультаций и оценки интервью курсанта (актером). Менеджмент времени консультаций. Следует ознакомиться с главой книги: Методы оценки консультации.

10.05. Презентация РР(15минут) (СД диск, раздел Общественное здравоохранения, файл «Методы оценки»), карты консультаций, шкалы оценки консультаций и оценки интервью симулированным больным или реальным пациентом. Все карты и методы их использования приведены в книге "Навыки консультации больных". Ш.З.Касымов, 2002 г. (стр.31,32 и 46). (см. СД диск Data base . Папка Эффективное - общественное здравоохранение, файл «Навыки консультирования»)

10.20. Видеозапись. Запишите короткую консультацию на видео. Для этого выберите 2 студентов на роли врача и пациента, или пригласите реального пациента. Объясните пациенту, чтобы он сфокусировал свои жалобы на одной проблеме - например, головная боль или бессонница или тошнота (чтобы не затягивать консультацию). Время консультации - не более **20 минут.**

Если нет реального пациента используйте следующий сценарий:

Инструкции врачу: «Проведите консультацию с пациентом 44 лет с жалобами на головные боли»

Инструкции пациенту: « Вам 44 года, вы работаете преподавателем в ВУЗе. У вас головные боли в течение последних 3 дней. Боли в основном в затылочной области и сопровождаются тошнотой, иногда закладывает и шумит в ушах, потемнением перед глазами. Вы курите по 10-15 сигарет в сутки и выпиваете по 100- 200 г водки в неделю. У вас никогда не было повышенного давления, ваш отец умер от инфаркта в возрасте 50 лет. Вы не принимали таблеток».

Попросите оставшихся курсантов оценить консультацию, используя карту консультации. Не проводите разбор консультации сейчас. Вы сделаете это позже.

10.45. Интерактивная лекция по методам анализа консультации пациентов **(20 мин**.). В книге "Навыки консультации больных". Глава: Методы наблюдения за консультацией. (см. СД диск Data base . Папка Эффективное - общественное здравоохранение, файл «Навыки консультирования») .

Презентация РР СД диск, раздел Общественное здравоохранения, файл « Методы анализа»).

11.10. Просмотр видеозаписи/Обсуждение консультации. Просмотрите видеозапись консультации. Если по техническим причинам не удалось провести видеозапись, вспомните основные моменты консультации – проблему пациента, как проводилась

консультация, чем она закончилась. Спросите «врача» и «больного»(по карте оценке для больного) , что они думают об этой консультации. Затем попросите студентов (1-2 человека) провести анализ консультации по картам консультации и дать обратную связь. Проследите, чтобы обратная связь носила конструктивный и объективный характер.

11.50. Обеденный перерыв

12.50. Интерактивная лекция по вопросам этики и конфиденциальности консультаций. **Презентация PP**

.(СД диск, раздел Общественное здравоохранения, файл «Вопросы этики, Конфиденциальность») Справочник врача общей практики. Дж.Мерта, стр. 50.

13.40. Дискуссия по вопросам этики и конфиденциальности консультаций. Эутаназия. Задайте вопросы:

1) Сталкивались ли вы в вашей практике с подобными ситуациями?

2) как вы думаете, имеют ли подростки право на конфиденциальность или вы должны сообщить родителям в случае наступления беременности у 15 летней девочки?
3) Кто может решить вопрос об эутаназии? (сам больной, его родственники, врач, который знает, что больной умирает?)

Составьте еще вопросы для дискуссии.

14.20. Тесты.

14.30 Ролевые игры Примерные сценарии можно взять с указанной книги "Навыки консультации больных" стр.48-49. (см. СД диск Data base . Папка Эффективное - общественное здравоохранение, файл «Навыки консультирования») Использовать пункты характеристика и предоставление проблемы пациента. Возможно использование собственных сценариев ролевых игр проведения консультаций. Использование карт консультаций, шкалы оценки консультаций и оценки интервью студента (актером). После каждой консультации провести обратную связь по возможным улучшениям (оценку) с участием врача, наблюдателей, преподавателя и актера

15.00-15.25 Обсуждение новой темы

Занятие 4.

Рациональный сбор анамнеза. Квалифицированное заполнение амбулаторных карт.

Ведение медицинской документации в СВП. Квалифицированный осмотр больного.

Навыки клинического и инструментального обследования, интерпретация анализов

Время	План мероприятий
	Тема занятия – Рациональный сбор анамнеза. Квалифицированное заполнение амбулаторных карт. Ведение медицинской документации в СВП. Квалифицированный осмотр больного. Навыки клинического и инструментального обследования, интерпретация анализов Основная цель: **1. Научить методике рационального расспроса пациентов (детей, женщин, пожилых) в зависимости от цели обращения** 2. Разобрать правила заполнения амбулаторных карт согласно

	рекомендациям ВОП 3. Рассказать о ведении медицинской документации в поликлинике 4. Показать особенности квалифицированного осмотра пациентов (детей, женщин, пожилых) 5. Показать основные инструменты ВОП и технику их применения 6. Показать основные анализы, проводимые в условиях СВП, их интерпретацию Студенты должны знать: Как нужно рационально провести опрос пациентов в зависимости от возраста, пола, цели обращения. Как заполнять консультацию в амбулаторной карте. Какие документы ведутся в условиях врачебного участка. Какие инструменты используют ВОП. Какие анализы выполняются в условиях врачебного участка Студенты должны уметь: ▪ собирать жалобы и анамнез ▪ проводить общий осмотр пациента (пальпация, перкуссия, аускультация) ▪ измерять пульс, АД, ИМТ, снимать ЭКГ ▪ использовать пикфлоуметр, Доплер, молоточек, отоскоп, офтальмоскоп,
8.30-10.00	**Правила оформления истории болезни, составные части и назначение истории болезни. Содержание истории болезни.** Презентация «Рациональный сбор анамнеза и заполнение истории болезни» ЭКОБ стр.1-3 **Подготовка к проведению опроса** ЭКОБ стр.10-20 Группа делится на малые по 2 человека в каждой. Предлагается составить план беседы с различной группой населения: 1. Беседа с родителями 2. Беседа с ребенком или беседа с подростком 3. Больные пожилого возраста 4. Трудные ситуации (молчание, говорливые больные, патологические страхи, утешение) 5. Трудные ситуации (гнев и враждебность, плач, больные с ограниченным интеллектом) Использовать материалы ЭКОБ стр. 20-30
10.00-10.45	Группа делится на 3 малые по 3-4 человека, каждой предлагаются 3 клинических случая: 1. 3-летний ребенок с болью в ухе. 2. Женщина 28 лет на 22 неделе беременности. 3. Мужчина 76 лет с АГ Проведите рациональный сбор жалоб и анамнеза. Самостоятельная работа в течение 15 минут, показ консультации в виде ролевой игры, обсуждение всей группой сильные и слабые стороны каждой консультации в течение 30 минут. Запись консультации на доске (флипкартах) для наглядного изучения в течение всего занятия - 10 минут. Материалы для самостоятельной работы преподавателя: История болезни взрослого человека - ЭКОБ стр.3 История болезни ребенка - ЭКОБ стр.7 Больные пожилого возраста - ЭКОБ стр.23 Медицинская карта беременной - ЭКОБ стр.405

10.45-11.15.	Медицинская документация в СВП Материалы приказа №327, Медицинская документация в поликлинике – презентация сотрудника статистического отдела и заведующей терапевтическим отделением поликлиники.
11.15-11.50	Квалифицированный осмотр пациентов. Презентация преподавателя на основе материалов 2 главы ЭКОБ стр.31-61. – 30 минут Групповая работа по изучению осмотра ВОП проводится с привлечением больных поликлиники или на добровольце из числа студентов – 15 минут.
11.50-12.50	Обед
12.50-14.00	Ознакомление с основными инструментами ВОП, обучение техники использования инструментов согласно критериям обучения навыкам, показ муляжей, инструментов и аппаратов ВОП.
14.00-14.30	Ознакомление с принципами лабораторной службы в поликлинике, анализы, проводимые в условиях врачебного участка. Разбор заранее подготовленных анализов крови и мочи, разбор нормальных показателей, применяемых в СВП.
14.30-15.00	Вопросы для закрепления темы – обратная связь
15.00-15.25	Обсуждение новой темы

5-е занятие

Тема занятия: Введение в педиатрию. Принципы сбора анамнеза и обследования , выявление больного ребенка. Периоды развития ребенка. Ребенок и семья (проблемы поведения, насилия в семье).

№	Время	Тема занятия: Введение в педиатрию. Принципы сбора анамнеза и обследования, выявление больного ребенка. Периоды развития ребенка. Ребенок и семья (проблемы поведения, насилия в семье).
1.		**Студент должен знать**: 1. Общие подходы ведения в педиатрической практике, учитывая наличие у ребенка при встрече с врачом: 2. Типы поведения, присущие каждому возрасту (см. спр. Мерта, стр. 705) (нет информации в плане занятия, где мы должны говорить об этом): • 2 года • 3 года • 4 года • 5 лет • 6 лет • 7 лет • 8 лет • 9 лет 3. Составные элементы наблюдения за ребенком • Динамичность наблюдения (на 1-ом году – ежемесячно, на 2-ом – 1 раз в 3 месяца, до 6 лет – 2 раза в году, после 6 лет – ежегодно) нет информации в данном занятии

		• Принципы сбора первичного анамнеза и в дальнейшем дополнением его новыми данными (см. спр. Мерта, стр. 705) • Инструктаж (по вопросам детского питания, соблюдения правил безопасности и предупреждения травм, поведения и развития ребенка, взаимоотношения детей с родителями и др.) нет информации в данном занятии • Физикальное исследование (полное объективное обследование ребенка в зависимости от возраста разным органам и системам уделяют повышенное внимание) 4. Важные признаки-симптомы заболевшего ребенка - младенца 5. Периоды развития ребенка нет информации в данном занятии: • Ранний неонатальный – от рождения до 7-го дня • Поздний неонатальный (период новорожденности)– с 8-го по 28-й дни жизни • Ранний возраст – с 29 дня до 3 лет • Дошкольный – от 3 до 6 лет • Младший школьный возраст – от 6 до 11 лет • Старший школьный возраст (подростковый) от 11 лет до 14 лет 6. Определение и типы поведенческих расстройств (см. спр. Мерта, стр. 721) 7. Понятие, причины и виды жестокого обращения с детьми. (Спр. Мерта, стр. 725)
2.		**Студент должен уметь:** 1. Найти общий язык с ребенком и с его родителями 2. Наладить контакт с ребенком 3. Оценить тип поведения ребенка 4. Рационально собрать анамнез для выяснения причины обращения к врачу 5. Отвлечь ребенка во время физикального обследования, превратить процесс в игру 6. Выявить и опознать симптомы больного ребенка 7. Выявить и установить тип поведенческих расстройств. 8. Выработать врачебную тактику при выявлении поведенческих проблем и насилий в семье
3.	8.30.	**Введение:** Как лучше эффективно решить проблему ребенка? В чем разница консультации взрослого от консультации ребенка? Ориентация на следующий ответ: В современной тенденции развития педиатрии в общей медицинской практике, в понимании философии педиатрии, специфических подходах ведении ребенка в той же общей практики (пункт 1.1) • Чувство стеснения, страха, пугливости • Чувство протеста • Возможности говорить неправду • Понимание боли и смерти • Умение разгадать неискренность и перестать доверять вам • Ощущение права знать преимущества и опасности лечения, участие в выборе метода Принципы общего подхода в педиатрии - Посмотрите на Мир глазами ребенка и вспомните, что когда-то тоже

		им были - Проблемы детей часто отличаются от проблем взрослых - Дети могут испугаться - Дети хотят объяснений и понимают их - Дети могут принимать решения
4.	8.35.	**1. Клинический случай: пример** Ребенок 7 лет не идет на контакт с врачом во время консультации. В руках у него книжка, в которую он вцепился и никому не дает. А. Что вы считаете полезным для налаживания контакта с данным ребенком? • Оценить тип поведения ребенка (сложный, склонный к дурным поступкам, упрямый, не признающий авторитетов) • Спросить, как его лучше называть • Поговорить с ним об игрушке или книге, которую он держит в руках • Попросить рассказать об учителях, воспитателях, друзьях • Спросить, кем он хочет стать, когда вырастет **2. Клинический случай. Пример:** Ребенок 1 года, часто болеющий, сопротивляется обследованию. А. Как отвлечь ребенка - показать блестящую игрушку, яркую картинку, пощекотать, немного поиграть с ним В. Как заставить ребенка повернуть голову во время отоскопии - это можно сделать с помощью механической игрушки, стоящей сбоку на столе (например, зайца, играющего на барабане) С. Как продуктивно провести аускультацию - можно перед аускультацией прикрепить к фонендоскопу небольшие фигурки зверей Д. Как осмотреть зев, чтобы ребенок не сопротивлялся - можно пообещать подарок. После осмотра на чистом конце шпателя нарисовать какую-нибудь картинку и дать его ребенку. 3. Что нужно выяснить при сборе анамнеза во время посещения родителей с больным ребенком к ВОП (работа в малых группах, распределяя каждый пункт на группу) А. вначале внимательно выслушать, не прерывая их и не выказывая недоверия Б. состояние ребенка до болезни В. Анамнез жизни: • Течение беременности и родов у матери • Особенности периода новорожденности • Особенности вскармливания в грудном возрасте • Питание • Иммунизация • Приучение к горшку Г. Семейный анамнез: • Наследственные болезни • Заболевания, для которых характерна наследственная предрасположенность Д. Состояние здоровья в настоящее • Настроение

		• Физическая активность • Аппетит • Зрение • Слух Е. Психомоторное развитие Ж. Навыки общения З. Особенности поведения
5	8.55	Конкурс 2-х больших групп: Перечислите важные признаки-симптомы заболевшего младенца (насторожившие мать и врача) **Ответ:** сонливость, снижение активности, бледность, стойкий, тихий беззвучный плач, отсутствие движений головы – ребенок следит за врачом глазами, отсутствие аппетита (ребенок в течении суток, съедает вдвое меньше обычного), олигурия (< 4 мочеиспусканий в сутки, втяжение податливых участков грудной клетки, рвота, признаки обезвоживания, одышка с внезапным началом, снижение мышечного тонуса, кровь в стуле, мраморность кожных покровов
6.	9.10.	С какими самыми частыми типами поведенческих расстройств вам приходилось сталкиваться? Какова была ваша тактика при том или ином случае?
7.	9.20	Показать\прочитать лекцию по теме: Ребенок и семья. Проблемы поведения ребенка. Насилие в семье.
	9.50	Признаки-симптомы последствий жестокого обращения с ребенком: Истязания, унижения, плохого ухода за ребенком, полового преступления. Для каждого типа жестокого обращения не более 4-5 признаков (см Спр. Мерта, стр.726-727)
9.	10.10	Задание на взаимоотношения между ребенком и родителем. Перечислите проявления доверчивости у ребенка грудного возраста Независимости у ребенка младшего возраста Инициативности у ребенка дошкольного возраста Трудолюбия у ребенка младшего школьного возраста Индивидуальности у подростка
10	10.30-11.50	Работа студентов с реальными пациентами во врачебном кабинете по отработке навыка сбора анамнеза
11	11.50-12.50	Обед

6 занятие.

Тема занятия: Ребенок до 2 лет (от 2-х недель до 6 месяцев; от 6 мес. до 2 лет). Развитие ребенка. Вакцинация. Наиболее часто встречающиеся проблемы.

№	Время	**Тема занятия: Ребенок до 2 лет (от 2-х недель до 6 месяцев; от 6 мес. до 2 лет). Развитие ребенка. Вакцинация. Наиболее часто встречающиеся проблемы. (В конце предыдущего занятия желательно предупредить студентов, почитать о проф. прививках и вспомнить правила грудного вскармливания).**
1.		**Студент должен знать:** А. Особенности сбора анамнеза 1. выяснить волнующие их вопросы 2. обстановка в семье после появления ребенка

		3. приступили ли они к работе вне дома 4. как они подготовлены к уходу за ребенком 5. по проведению проф. прививок Б. Аспекты инструктажа родителей 1. питания ребенка • Роль грудного молока • Добавление фтора 0,25 мг в день независимо от вида вскармливания (до 6 мес.) (ссылка, источник?) • При грудном вскармливании назначение вит D 400 МЕ в день зимой (ссылка, источник?) • Режим кормления до 1,5 лет - 5 раз; после 1,5 лет - 4 раза • Правила введения прикорма; новую пищу добавлять с интервалами в несколько дней, приучать к самостоятельному приему пищи, не подсаливать • К концу 1-го года пользоваться чашкой, к 15 мес. – ложкой • Со снижением темпов роста ребенка аппетит уменьшается 2. безопасность и профилактика травм • Безопасная кроватка • В автомобиле специальное детское сиденье • Подогрев воды • Игрушки – мягкие моющиеся, без острых углов, съемных частей, больших размеров • Может скатиться со стола или с кровати • Помнить об увеличении подвижности ребенка с 6 мес.: опасность – лестницы, открытые окна, электрические розетки, свешивающаяся скатерть, электропровода • Иметь детский манеж, заглушки для розеток, высокие детские стулья 3. Отправления • На грудном вскармливании – скудный, желтый, после каждого кормления • На питательных смесях – оформленный и редкий 4. Сон • До 4-х месяцев всю ночь спит • Развитие бутылочного кариес • При пробуждении по ночам не брать к себе в постель, не предлагать бутылочку со смесью • Ласково и настойчиво уложить в кроватку 5. Прививки • Показания • Возможный риск • Нежелательные ранние реакции, зафиксировать документально • Успокоить родителей 6. Приучать к опрятности • Готов с 18 мес. 7. Уход за зубами • Сначала кусочек марли или другой ткани • На 2-м году – мягкая зубная щетка 8. Вопросы по развитию ребенка, особенно с 12 мес. (шкала Денвера?) • Самостоятельность • Характер

		• Привязанность • Двигательная активность • Развитие познавательных способностей - в 9-10 мес мысленно представляет игрушку и находит ее - интерес к заводным игрушкам - в 18 мес представляет предмет или действие. Возможны игры с символами В. Особенности объективного осмотра данного возраста 1. общий вид, пропорции тела, вес, окружность головы 2. состояние кожи 3. голова и шея • Малый родничок закрывается на 2-м месяце; Большой родничок через 1 год после рождения • Зрение – реакция на ребенка на темные, светлые предметы • Слух – подозрение на снижение слуха, барабанная перепонка • Рот – слизистая, состояние зубов 4. грудная клетка – аускультация сердца, легких 5. живот 6. гениталии 7. конечности 8. врожденные рефлексы – хватательные, тонические шейные и рефлекс Моро угасают к 4-6 мес. 9. показатели развития ребенка Г. Наиболее часто встречающиеся медицинские проблемы 1. Врожденный вывих бедра 2. Слезотечение. Дакриоцистит 3. Экссудативно-катаральный диатез (Экзема). Пеленочный дерматит 4. Колики. Запоры 5. Рахит 6. Прорезывание зубов 7. Баланит Д. Рекомендуемый скрининг данного периода
2.	**Студент должен уметь:** 1. Собрать анамнез соответственно возрасту ребенка. 2. Оценивать соответствие физико-психического развития ребенка согласно его возрасту 3. Проводить инструктаж родителей. Давать рекомендации родителям по волнующим их вопросам, указанных в разделе 1.«Студент должен знать» пункт Б. 4. Проводить обследование при скрининге детей в возрасте 1 мес – 2 лет. См Раздел Студент должен знать раздел 1 пункт Д. 5. Выявлять и выработать тактику при наиболее часто встречающихся медицинских проблемах данного возраста	
3.	8.30-8.50 20 мин.	Период детства от 1мес до 2 лет очень важный и ответственный по процессу вакцинации. Давайте вспомним календарь прививок, показания и противопоказания к прививкам, а так же перечислим живые вакцины
4.	8.50-9.10	А.Клинический случай на усвоение умения проведения инструктажа и

	20 мин.	оценки психического развития ребенка: Ребенку 1 год. Мама жалуется на снижение аппетита, просыпается по ночам и успокаивается только, если дать бутылочку со смесью. 1.Дайте рекомендации матери по поводу ее жалоб. Ответ: К концу 1-го года пользоваться чашкой. Со снижением темпов роста ребенка аппетит уменьшается. Многие дети 1г внезапно просыпаются по ночам и плачут, не смотря на предшествующий хороший сон. Эти явления проходят в течении 1-4 недель в том случае, если не брать ребенка на руки и не пытаться успокоить кормлением из бутылочки (предотвращение бутылочного кариеса). 2.Перечислите особенности физико-психического развития в данном возрасте Ответ: - в 12 мес мысленно представляет игрушку и находит ее - интерес к заводным игрушкам - произносит «мама» «папа» - начинает ходить - перекладывает кубики, самостоятельно ест твердую пищу - отсутствие врожденных рефлексов Б.Мама 6 месячного ребенка жалуется на обильное слюноотделение, отделяемое из носа, понос, раздражительность, плохой аппетит, подъем температуры до 37,5 град. 1.Чем обусловлено данное состояние? (Прорезывание зубов). 2. Перечислите особенности психического развития в данном возрасте. Ответ: - Кричит, выражая требование, недовольство - сидит без поддержки, стоит на ножках при поддержке за руки - тянется за погремушкой и перекладывает из одной руки в другую - Врожденные рефлексы угасают
5.	9.10-9.25 15 мин.	Задача на определение знаний причин и умение выявлять признаки расстройства питания и нарушения гармоничного развития ребенка (Failure to thrive) в возрасте 1мес-2 лет Актуальность: часто встречается, является причиной детской смертности. На фоне таких расстройств фатально заканчиваются пневмонии. Дети отстают в физическом, умственном развитии, часто и тяжело болеют инфекционными заболеваниями. Самыми распространенными считаются гипотрофии – снижение массы тела по отношению к его длине. Обращение преподавателя к аудитории, перечислить причины вышеуказанных расстройств с последующим дополнением самого тренера Сведения для тренера: Органические причины 1. Неадекватный прием пищи • Нарушение правил грудного вскармливания • Недостаточно грудного молока • Бутылочное кормление – слишком разведенное водой при приготовлении • Аномалии развития – волчья пасть, заячья губа • Нарушение координации, глотания

		• Рвота – гастроэзофагальный рефлюкс, пилоростеноз • Хронические заболевания, сопровождающие диареей, рвотой - желудочно-кишечные (синдром мальабсорбции) - легочные (муковисцедоз) - сердечные (ВПС) - нефрологические (инфекция мочевого тракта, ХПН) - почечно-тубулярный ацидоз • Сниженная абсорбция пищи - болезни поджелудочной железы –кистофиброз, С-м Швахмана (недостаточность поджелудочной железы, нейтропения, аномалия костей0 - болезнь тонкого кишечника • Целиакия • Галактоземия • Гликогенная болезнь • Злокачественные образования • Ожоги, травмы • Метаболические расстройства-гипотиреоидизм • Хромосомные заболевания, синдромы Неорганические: • Факторы окружающей среды - психические заболевания матери - проблемы в обучении родителей • - социально-экономический фактор (необразованность, бедность) При выявлении гипотрофий направить к педиатру
6.	9.25-9.45 20 мин.	Рахит
7.	9.45-10.00	Разбор клинического случая А.Мамочка младенца 2 мес. жалуется ВОП на слезотечение у ребенка из одного глаза 1.Вопрос проявлением чего может быть данный признак? Ответ: проявление нарушения проходимости слезного канала или дакриоцистита 2.Вопрос: Какие еще дополнительные признаки могут указывать на вышеуказанную патологию? Ответ: отек, покраснение, уплотнение слезного мешка Б. Три Мамы жалуются, что их 1 мес, 3 мес, 8 мес младенцы плачут после еды и в вечерние часы. И их трудно успокоить. Все эти дети на питательных смесях. Вопрос? Какое общее состояние или симптом объединяет этих деток. Ответ: Колики Вопрос? Что может быть причиной данного состояния у них? Ответ: Непереносимость питательной смеси, запор, прорезывание зубов, болезнь. Ваша тактика: Успокоить мать и объяснить, что они самостоятельно проходят.
8.	10.00-10.30	Задание на определение знаний по соответствию признаков развития речи, зрения, слуха, двигательных функций согласно возрасту. А. Показатели развития ребенка • Зрение – к 4 мес отводит взгляд в полном объеме • Слух – локализует звук поворотом головы и глаз

		• Речь – в1-е месяцы гулит; - к 4-м -6 мес. Кричит, выражая требование, недовольство - 9-10 мес. Произносит «мама»и «папа» - 18 мес. Указывает части тела при их назывании - в конце 2-го года прибавляются новые слова - в 2 года связывают 2 слова в предложения • Двигательные функции - в 2 мес лежит на животе, приподнимает голову на 45 град - 4 мес переворачивается и сидит при поддержке - 6 мес сидит без поддержки, стоит на ножках при поддержке за руки - 7-8 мес удерживается на ногах при подтягивании за руки, переворачивается и ползает - 10-11 мес начинает ходить - 18 мес спускается по лестнице без посторонней помощи - 2г самостоятельно поднимается по лестнице и толкает мяч ногой • Точные движения - 4 мес хватает погремушку - 6 мес тянется за погремушкой и перекладывает из одной руки в другую - 9 мес перекладывает кубики, самостоятельно ест твердую пищу - 15 мес противостояние большого пальца, щипковый захват, манипулирует мелкими прдеметами - 2 г уверенно держит чашку, складывает до 4-х кубиков
9.	10.30-10.50.	Врожденный вывих бедра. Кривошея.
10.	10.50-11.30	Отработка практического навыка на предмет проведения скрининга и тактики в случае выявления патологии А. На обнаружении патологии со стороны зрения. Ребенок 3 мес. Лежит на спине. Наблюдают, следит ли ребенок за перемещающимся объектами, находящимися в поле зрения (красный предмет или лицо обследуемого). Необходимо расспросить мать о фиксации взора, исследовать реакцию на свет и убедиться в наличии красного рефлекса с глазного дна. При обнаружении любой патологии следует направить к специалисту. Б. На исследование способности ребенка удерживать головку Ребенок 3 мес. Если не удерживает головку (отклонение на 15-20 град от оси тела считается нормальным) показано направление к специалисту и повторное обследование в 4 месяца В. На исследование патологической позы или движений Ребенок 4 мес. Лежит на животе. И за ним наблюдают, как он удерживает верхнюю часть тела. Обычно ребенок может удерживать так, что локти располагаются на одной вертикальной линии с плечевыми суставами или перед ними. Сгибание локтей и верхних конечностей под живот – показание направления к специалисту. Г. На выявление косоглазия. Тест Хиршберга. Ребенок 8 месяцев. Для выполнения теста в глаза ребенку направляют свет карманного фонарика, поместив его перед своим лицом и на расстоянии 50 см от лица ребенка. При отсутствии косоглазия отраженный свет будет находится в центре зрачка или чуть в стороне, симметрично в обоих глазах. В случае положительного теста оправить к специалисту.

		Д. На выявление двигательных нарушений. Ребенок 6 мес. Наблюдают, удерживает ли ребенок вес тела, упираясь на всю поверхность подошвы или только на пальцы ног, и не перекрещиваются ли ноги, когда ребенка удерживают в положении стоя. Если ребенок не удерживает полный вес тела, обследование необходимо повторить в возрасте 8 мес. Ребенок должен опираться на обе ноги симметрично. Е. На выявление экссудативно-катарального диатеза (Экзема) и тактику ведения. Ребенок 3 мес. На коже лица воспаленная эритематозная сыпь, местами везикулезная. Мокнет, сопровождается зудом. Что за состояние у младенца?(ориентация на истинную экзему) Ваши рекомендации. Ваше Лечение. Назовите признаки себорейного дерматита при Эксуд-катар диатезе. Ваши рекомендации. Ваше Лечение. Сведения для тренера в лекции-слайдах Power Point (Экссудат-Катаральнй диатез) прилагаются.
11	11.30-11.50	Упражнение на определение знаний по скринингу у детей раннего возраста Тренер задает вопрос «Какой скрининг провести, например, ребенку 3 мес и т. д Ответы для тренеров прилагаются здесь же. • 3 мес. – д-ка врожденного вывиха бедра (проба Ортолани, отведение бедра) - д-ка неврологических расстройств (легкое нарушение удерживания головки) - пальпация яичек • 4 мес. - повышение мышечного тонуса, патологическая поза, движения, ассиметрия - мышечные подергивания - пальпация живота • 6 мес - выявление двигательных нарушений - мышечные подергивания - патологические взаимоотношения с родителями • 8 мес. - выявление неопущения яичек - выявление двигательных нарушений - косоглазие (Проба Хиршберга) - ослабленное зрение, слух - аутизм • 1 год - выявление неопущения яичек - косоглазие (Проба Хиршберга) • 18 мес. - выявление косоглазия - выявление очевидной умственной усталости • 2 года - выявление косоглазия - выявление задержки развития речи
12	11.50-12.50	Обед

7 занятие.

Тема: Ребенок от 2-х до 5 лет. Особенности консультирования. План обследования. Наиболее частые патологические состояния данного возраста.

№	Время	**Тема занятия: Ребенок от 2-х до 5 лет. Особенности консультирования. План обследования. Наиболее частые патологические состояния данного возраста.**
1.		**Студент должен знать:** А. Особенности консультирования • при сборе анамнеза • наибольший интерес родителей в отношении - развития ребенка - поведения - состояния зрения и слуха • в проведении инструктажа родителей по поводу - безопасности и профилактики травм - приучение к опрятности - уход за зубами - прививки Б. Показатели развития ребенка В. Виды скрининга данного возраста Г. Частые патологические состояния данного периода детского возраста:
2.		**Студент должен уметь:** А. Создать контакт с родителями ребенка, собрать анамнез Б. Оценивать нормальный рост и развитие ребенка В. Проводить вакцинацию Г. Проводить обследование Д. Проводить скрининг Е. Выявлять и лечить частые патологические состояния данного периода Ж. Определять показания для направления к специалисту
3.	12.50-12.55 5 мин.	Вопрос к аудитории: Чем отличается данный возрастной период от предыдущих в процессе его консультации и общения с ним? Ответ для преподавателя: Во время осмотра и общения с ребенком врачу следует проводить отдельный разговор с данным ребенком. Т.е. врач может обращаться непосредственно к ребенку, задавать ему вопросы, ждать от него ответ. Тем самым формируя взаимоотношения с ребенком, оценить его уровень развития.
4.	12.55-13.20	Задание на знание студента в проведении инструктажа родителей, обратившихся к ВОП с ребенком в возрасте от 2 до 5 лет. Составьте перечень областей, которые должен затронуть ВОП во время консультации в профилактических целях с детальным описанием того, что именно важно в каждой области Сведения для тренера. Перечень областей • Безопасность и профилактика травм. Тема: уличное движение, детская площадка, опасность укусов домашних животных. • Приучение к опрятности. Продолжать усилия по привитию гигиенических навыков. Приучать сидеть на горшке без штанишек. Выкидывать испачканные подгузники в корзину • Уход за зубами. Следует научить выдавливать зубную пасту из тюбика, пользоваться зубной щеткой. 2-х годовалым назначать фтор

		по 0,5 мг в день. В 3-х летнем увеличить до 1 мг в день. К 3-м годам осмотрен стоматологом. • Прививки – ревакцинация • Игры. 2-х летний ребенок еще играет один. В последующем появляется интерес к совместным играм со сверстниками • Телевизор. Не следует оставлять детей за телевизором без контроля • Готовность к школе. Устанавливается в беседе с родителями и с ребенком.
5.	13.20-13.40	Задание на знание студента по оценке развития ребенка данного возраста Сведения для преподавателя • 1г. 9 мес.- различает 3 разных по величине предмета. Начинает собирать примитивные конструкции (строит ворота, скамейки, домики). Для общения пользуется простыми предложениями; отвечает на вопросы при рассматривании сюжетных картинок. Предпринимает самостоятельные попытки одеваться или раздеваться. • 2 года – способен перешагивать через препятствия, чередуя шаг; воспроизводит ряд логических связанных игровых действий (купает, вытирает куклу). Словарный запас 300-400 слов. Понимает короткие рассказы о событиях, знакомых ребенку по опыту. • 2г. 6 мес. – способен подбирать по образцу разнообразные предметы 4-х цветов (красный, синий, желтый, зеленый). «Приставным шагом» перешагивает через несколько препятствий, лежащих на полу. Осуществляет взаимосвязанные или последовательные 2-5 этапные игровые действия (кормит куклу, укладывает спать, идет гулять). Самостоятельно одевается, но еще не умеет застегивать пуговицы, завязывать шнурки. Активно использует вопросы «Кто?» и «Где?» • 3г. – способен выполнять определенную роль в игре; н-ер: играя с куклой, действует от имени матери или доктора. Употребляет сложные предложения, вопросы «Когда?», «Почему?». Словарный запас 1200-1500 слов. Одевается самостоятельно, без или с небольшой помощью взрослого, застегивает пуговицы, завязывает шнурки. • 4-5 лет – формируется понятие пола и отражает его способность представлять строение тела. Способность к коллективным играм. Соперничество с братьями и сестрами.
6.	13.40-13.50	Обращение к студентам: Составьте перечень наиболее частых патологических состояний в данном возрасте. Сведения для тренера: Заболевания дыхательных путей: фарингит, ларингит, пневмония - Средние отиты - Астма до 5 лет - Эпилепсия. Судороги. - Энурез - Инфекция мочевых путей
7.	13.50-14.20	Тема: Инфекция верхних и нижних дыхательных путей (фарингит, ларингит, средний отит, бронхит, пневмония)
8.	14.20-14.40	Задание на знание студента аспектов объективного обследования: Работа с книгой «Энциклопедия Клинического обследования больного», стр 566, 589, 595, 597, 602, 614, 618, 624, 632.

9.	14.40-15.10	Упражнения на выявление и тактику ВОП при часто встречаемых патологических состояниях данного возраста. Сведения для преподавателя в книге **Доказательная медицина. Клинические рекомендации для врачей**. Страницы из этой книги будут указаны после каждой представленной ситуации соответственно. А. Мальчик 2-х лет. Д-з Дневной энурез Сведения для тренера: стр. 889 Б. Девочка 5 лет. Д-з: Ночной энурез Сведения для тренера: стр. 889-890 В. Мальчик 3 лет. Д-з Эпилепсия. Генрализованные припадки. Абсансы Сведения для тренера: стр. 934 Г. Девочка 2 года. Д-з Фебрильные судороги. Сведения для тренера: стр 933
10.	15.10-15.30 .	Продолжение выполнения упражнения на выявление и тактику ВОП при часто встречаемых патологических состояниях данного возраста. А. Мальчик 4 года. Д-з Бронхиальная астма. Задание курсанту: Перечислите вопросы, которые бы вы задали для оценки степени тяжести БА у данного ребенка. Сведения для тренера: 1. Как часто возникают симптомы БА? 2. Как они влияют на жизнь ребенка? 3. Как часто ему приходится пропускать занятия в школе из-за болезни? 4. Может ли он играть в спортивные игры? 5. Как часто он не спит ночью 6. Какова продолжительность бессимптомного периода от БА? Б. Девочка 2 г. Из анамнеза – частые бронхиолиты. Посещает детский сад. Эпизоды астмы менее 4 раз в год. Мама девочки курит. 1.Назовите возможные причины возникновения повторяющихся приступов у данного ребенка. Сведения для тренера: • частые бронхиолиты • курение матери ребенка 2.В каких препаратах нуждается данный ребенок? • Бета 2 бронходилятаторы- короткого действия (Сальбутамол, Тербуталин) 3.Если характер приступов тяжелый, что вы порекумендуете, не смотря на то, что эпизоды астмы менее 4 раз в году? • Бронходилятаторы небулайзером • короткий курс преднизолона В. Мальчик 5 лет. Жалобы на приступы астмы после физической нагрузки (бег, игра в футбол и т.д.). Еще он жалуется на плохой сон. 1. Какой препарат в данном случае вы рекомендуете? В каком режиме следует давать? • Бета-2 бронходилятаторы длительного действия (сальметерол), но в сочетании с ингаляционными стероидами (будесонид). • Давать в режиме до осуществления физической нагрузки. 2. Что бы вы еще порекомендовали из лекарственных препаратов? • Метилксантины (теофилин) 3. Каковы его побочные действия? • Рвота • Инсомния

		• Головная боль • Снижение концентрации
11.	15.30.	Контрольные тесты. Вопросы. Подведение итогов 1. Скрининг у детей от 2 до 5 лет включает: ПА. Выявление косоглазия ПБ. Выявление слуха ПВ. Выявление задержки речи ПГ. Опущения яичек ПД. Нарушения психического развития 2. Правильно ли, что ребенок 3 лет способен выполнять: ПА. Определенную роль в игре НБ. Не употребляет сложные предложения, вопросы «Когда?», «Почему?» НВ. Словарный запас 800 слов. ПГ. Одевается самостоятельно ПД. застегивает пуговицы, завязывает шнурки 3. Причины запоров у детей: НА. Чрезмерное употребление молочных продуктов Н.Б. Употребление препаратов железа при лечении анемии П В. Сниженное потребление жидкости П Г. Злоупотребление слабительными П Д. Заболевания прямой кишки 4. Причины развития рахита **Н. А ослабление процессов костеобразования в результате нарушения эндокринной регуляции** Н.Б.нарушение метаболизма вит. А вследствие врожденной неполноценности ферментных систем ЖКТ, печени, почек П.В высокая скорость роста скелета П Г. искусственное вскармливание, отсутствие профилактического введения вит.D П Д недостаточность УФО 5.По отношению к стулу младенца считается верным: П. А.На грудном вскармливании – скудный, желтый, после каждого кормления П. Б.На питательных смесях – оформленный и редкий Н. В. Меконий в норме может продолжаться до 13 дней с момента рождения Н. Г. Возможное появление слизи в стуле или крови как проявление полового криза новорожденного П. Стул до 5 раз в сутки не считается патологически частым 6. Правильно ли, что: П. А. врожденные рефлексы – хватательные, тонические шейные и рефлекс Моро угасают к 4-6 мес Н. Б. в 1 мес лежит на животе, приподнимает голову на 45 град П В. В 4 мес переворачивается и сидит при поддержке П Г.в 6 мес сидит без поддержки, стоит на ножках при поддержке за руки Н Д. в 5 мес удерживается на ногах при подтягивании за руки, переворачивается и ползает

8 занятие.

Тема: Дети от 5 до 12 лет. План обследования. Наиболее часто встречаемые медицинские проблемы в данном возрасте.

№	Время	Тема занятия: Дети от 5 до 12 лет. План обследования. Наиболее часто встречаемые медицинские проблемы в данном возрасте.
1.		**Студент должен знать:** А. Особенности консультирования • при сборе анамнеза • в проведении инструктажа родителей по поводу - успеваемости в школе - безопасности и профилактики травм - половое воспитание - отношение детей к своему здоровью Б. Показатели развития ребенка В. Виды скрининга данного возраста Г. Частые патологические состояния данного периода детского возраста:
2.		**Студент должен уметь:** А. Создать контакт с ребенком, собрать анамнез Б. Оценивать нормальный рост и развитие ребенка В. Проводить ревакцинацию Г. Проводить обследование Д. Проводить скрининг Е. Выявлять и лечить частые патологические состояния данного периода Ж. Определять показания для направления к специалисту
3.	8.30-8.35 5 мин.	Вопрос к аудитории: Чем отличается данный возрастной период от предыдущих в процессе его консультации и общения с ним? Ответ для тренера: - отсутствие трудностей при обследовании - учитывать, возможно, неприятные воспоминания о предыдущих встречах с врачом - застенчивость ребенка, как фактор, препятствующий успешному обследованию - девочка должна быть одета - девочки и мальчики должны оставаться в трусиках, до тех пор, пока не возникнет необходимость их снять - врачу противоположного пола лучше покинуть комнату, пока ребенок раздевается
4.	8.35-9.10 45 мин.	Задание на знание студента в проведении инструктажа родителей и ребенка, обратившихся к ВОП в возрасте от 5 до 12 лет. Составьте перечень областей, которые должен затронуть ВОП во время консультации в профилактических целях с детальным описанием того, что именно важно в каждой области. Сведения для преподавателя. Перечень областей • Успеваемость в школе. Спрашивать следует как родителей, так и ребенка • Безопасность и профилактика повреждений. Тема: использование ремней безопасности при езде в автомобиле, соблюдение правил безопасности при езде на велосипеде, занятиях спортом и плаванием.

		• Половое воспитание. В период полового созревания необходимо выяснить наличие установки у родителей на правильное половое воспитание и характер планируемых бесед с детьми о сексуальности. • Отношение детей к своему здоровью. По мере усиления самостоятельности и независимости ребенку чаще приходится принимать решения. Он осознает необходимость бережного отношения к своему здоровью. Необходимо объяснить ему значение правильного питания, физической активности, соблюдение правил безопасности.
5.	9.10-9.45 35 мин.	Задание на знание студента по оценке развития ребенка данного возраста Сведения для преподавателя показателях и оценке развития • Успеваемость и поведение в школе • Речь: Оценка на способность к чтению, произношению, письма • Двигательные навыки: Ребенок овладевает все более сложными движениями; может бегать вприпрыжку, прыгать на одной ноге, стоять с закрытыми глазами при сведенных стопах. Пользоваться ножницами. Отличие у себя правой стороны от левой (6-7 лет) и у других (8-9 лет) • Тонкие движения: держать в руке карандаш (5 лет), писать, рисовать им. (6 лет) завязывать шнурки на обуви. Ловкость рук – способность ребенка быстро и последовательно противопоставлять большой палец всем остальным пальцам кисти, скатывать пальцами одной руки кусочек бумаги в шарик • Двигательная активность со зрительным восприятием. Попросить ребенка нарисовать фигуру, соответствующую по сложности уровню развития в этом возрасте • Познавательные функции - конкретные операции. К 8 годам может сосредоточить внимание на многих аспектах явления, обнаружить иерархию, мыслить логически и понимать точку зрения других - формальные операции. К 12 годам появляется способность к абстрактному мышлению и составлению гипотез • Физическое развитие, начало полового созревания. Важно следить за изменениями, свидетельствующими о половом созревании. Стадии развития молочных желез. Стадии формирования лобкового оволосенения. Последний пункт (Физическое развитие) можно включить в раздел оценки знаний и навыков в методике объективного обследования ребенка данного возраста.
6.	9.45- 10.00 15 мин.	Обращение к студентам: Составьте перечень наиболее частых медицинских проблем в данном возрасте. Сведения для преподавателя: 1. Респираторные инфекции 2. Аллергические реакции 3. Сколиоз 4. Хронические заболевания (Эпилепсия) 5. Энурез 6. Отклонения в поведении 7. Боли (в животе, конечностях, головная боль). Обычно эти боли не связаны с какой-либо серьезной патологией, а чаще обусловлены трудноуловимым влиянием окружающей среды или конституциональными особенностями организма. 8. Плохая успеваемость в школе

7.	10.00- 10.45 45 мин.	Тема: Рекуррентные (Функционального генеза) боли у детей школьного возраста
8.	10.45- 11.50	Задание на овладение знаний студентами аспектов объективного обследования в оценке: 1. полового созревания • Стадии развития молочных желез – стр. 92 • Сроки полового созревания у девочек – стр. 96 • Сроки полового созревания у мальчиков – стр. 97 2. состояния позвоночника • сколиоз - стр. 116 • кифоз – стр. 117 Работа с книгой «Педиатрия» Руководство для врачей и студентов. Перевод с английского. Автор: Paul H.Dworkin, M.D. Под редакцией проф. Н.Н. Володин
9.	11.50- 12.50 60 мин.	Обед
10	12.50- 13.45	Упражнения на выявление и тактику ВОП при часто встречаемых патологических состояниях данного возраста. Сведения для преподавателя в книге **Доказательная медицина. Клинические рекомендации для врачей**. Страницы из этой книги будут указаны после каждой представленной ситуации соответственно. А. Мальчик 7 лет. Д-з: Болезнь Пертеса стр. 918 Б. Мальчик 12 лет. Д-з: Ювенильный ревматоидный артрит стр. 916 В. Мальчик 6 лет. Д-з: Аутизм стр. 956 Г. Девочка 8 лет. Д-з: Тик. Стр. 950
11.	13.45- 14.30	Продолжение выполнения упражнения на выявление и тактику ВОП при часто встречаемых патологических состояниях данного возраста. А. На приеме у ВОП мама с ребенком 6 лет. Она пришла на прием с целью профилактического осмотра для поступления в школу. При физикальном исследовании ВОП впервые у данного ребенка услышал шум в сердце. Какова его тактика в зависимости от характера шума Сведения для тренера. Если функциональный: 1. Сообщить об этом родителям 2. Распознать органический или функциональный. В данном случае у ребенка функциональный шум. 3. Назовите отличия функционального шума от органического - систолический, короткий, не грубый, не иррадиирует, не имеет диастолического компонента, тоны сердца не изменены, меняется в зависимости от положения тела, не зависит от фазы дыхания, не сопровождается патологическими симптомами у ребенка, ЭКГ в норме 4. Объяснить, что функциональные шумы встречаются у детей часто 5. Измерить А/Д. (Для исключения коарктации аорты). 6. Сделать ЭКГ 7. Провести повторное контрольное обследование через 6 месяцев или 1 год Если органический шум 1. не использовать термин «дырочка» или «отверстие» в сердце 2. не высказывать суждения о возможности хирургического лечения

		3. не ограничивать физическую нагрузку, если нет совершенно очевидных причин для ее ограничения 4. направить к специалисту для дальнейшего обследования Б. На приеме у ВОП во время профилактического осмотра девочка 10 лет. При обследовании горла обнаружено: гиперемия небных дужек, миндалины рыхлые, казеозные пробки в лакунах. Отмечается регионарный лимфаденит. 1. Ваш диагноз? Сведения для тренера: Хронический тонзиллит 2. Ваша тактика? Сведения для тренера: - взятие мазка с поверхности миндалин - анализ крови (анемия, лейкоцитоз, СОЭ) - Лечение: консервативное – 2 раза в год в осеннее-весеннее время, антибиотики 6 дней, НПВС по показаниям, препараты кальция, аскорбиновой кислоты местное лечение – промывание растворами антисептиков, физиолечение 3. Назовите показания к тонзилэктомии Сведения для тренера: неэффективность проводимой терапии, выраженная тонзилогенная интоксикация, паратонзилярные абсцессы, перенесенный ревматизм В. ВОП во время профилактического осмотра обнаружил у ребенка низкий рост. 1. Назовите возможные причины низкого роста Сведения для тренера: - хондроплазия - перенесенный рахит - хромосомные нарушения – с-м Шершевского – Тернера - дефицит гормона роста - лучевая терапия - гипотиреоз - гиперкортицизм 2. Какое обследование необходимо провести при низком росте? Сведения для тренера: - проанализировать кривые роста - ТТГ, Т4 - исключить хронические заболевания (общий анализ крови, биохимия – К, Са, фосфор, креатинин…..) - концентрация гормона роста - выяснить скорость роста родителей и близких родственников - обратить внимание на пороки развития и внешние признаки аномалий развития - определить у девочек кариотип крови - исключить хондродистрофию
12.	14.30- 14.45 15 мин.	Контрольные тесты. Вопросы. Подведение итогов 1. Какой из следующих симптомов позволяет заподозрить функциональную абдоминальную боль? Н А. Ребенок просыпается от боли Н Б. Боль сочетается с рвотой П В. Боль локализуется в пупочной области Н Г. Боль иррадирует в спину П Д. Усиливается при стрессе

		2. Следующие состояния могут привести к сенсорно-невральной потере слуха П А. Краснуха П Б. Менингит Н В. Средний отит П Г. Введение аминогликозидов Н Д. Сотрясение головного мозга 3. Вас просят обследовать 6-летнего ребенка, страдающего легким ожирением. Ребенок высокий для своего возраста, осмотр патологических изменений не выявил, у ребенка средняя успеваемость. Его родители, тоже страдающие ожирением, думают, что у ребенка «что-то не в порядке с железами» Все из последующего может быть необходимо для диагностики и лечения, КРОМЕ: Н А. Сведения о калорийности диеты ребенка Н Б. Семейного анамнеза П В. Хромосомного анализа Н Г. Измерения АД Н Д. Определение уровня холестерина и триглицеридов в сыворотке крови
13.	14.45-15.25	Обсуждение новой темы

9 Занятие.

Тема занятия: 12-16 лет. Особенности консультирования. Специфика проблем подросткового возраста.

№	Время	Тема: 12-16 лет. Особенности консультирования. Специфика проблем подросткового возраста.
1.		**Студент должен знать:** А. Нормальную анатомию и физиологию периода полового созревания • Стадии подросткового периода - препубертат, ранний пубертат (10-13 лет) - средний пубертат (14-16 лет) - поздний пубертат (после 16 лет) Б. Психологические особенности каждой стадии – сексуальность, поведение, чувства, отношения с семьей В. Вариации физического развития: высокий и низкий рост; раннее половое созревание; запоздалое половое созревание; запоздалое менархе; расстройство менструального цикла Г. Факторы риска жизни и здоровья: • Травмы – нечастные случаи, утопления, суицид • Заразные болезни, передающиеся половым путем Д. Методы профилактики и воспитания здоровья, консультирования Е. Специфические проблемы подростков Ж. Законодательства, связанные с подростками
2.		**Студент должен уметь:** А. Собирать анамнез Б. Проводить обследование подростка В. Создать контакт с подростком

		Г. Сохранять конфиденциальность Д. Использовать консультационные методики, необходимых для подростков (контрацепция, отвыкание от курения, алкоголя и других веществ, вызывающих зависимость) Е. Выявлять, предупреждать и лечить специфические проблемы подросткового возраста
3.	8.30-8.40 10 мин.	**Введение:** Актуальность темы: Почему тема участия ВОП в подростковой медицине так важна? Сведения для преподавателя: Подростковый период – сложный и противоречивый период для самих подростков и для их родителей, а так же для медицинских работников. Время начала полового созревания варьирует. Подростки отличаются друг от друга по способности реагировать на многочисленные психические, социальные и эмоциональные изменения, возникающие в этот период. Подростковая медицина касается не только строго медицинских аспектов, но и сфер жизни, ежедневно влияющих на подростков. У ВОП есть возможность повлиять на отношение подростков к своему здоровью и создать предпосылки для хорошего здоровья взрослого. Для этого ВОП должен иметь многие дополнительные знания об особенностях физиологии и психологии подростков и их специфических проблемах
4.	8.40-9.00 20 мин.	**Упражнение на знание студента в ориентации обсуждения ключевых тем проблем подростка.** Сведения для тренера после каждого вопроса в скобках. 1. Каковы твои планы по поводу создания собственной семьи? Как ты предохраняешься от беременности? (сексуальная активность) 2. Бываешь ли ты иногда в приподнятом настроении? Есть ли у тебя друзья, употребляющие наркотики или алкоголь? (употребление наркотиков) 3. Когда тебе тяжело на душе, с кем ты предпочитаешь общаться? (черты характера) 4. Какие у тебя обязанности по дому? Что бы ты хотел изменить в своих родителях? (ситуация дома) 5. Что ты испытываешь, когда смотришь на себя в зеркало по утрам? Что бы ты хотел изменить, чтобы чувствовать себя лучше, когда смотришь в зеркало? (самоощущение)
5.	9.00-9.30 30 мин.	**Упражнение на приобретение и определение знаний курсанта полового развития подростка** 1. Перечислите признаки, по которым можно судить о развитии молочных желез. Сведения для тренера: сосок, ареола, возвышенность ареолы, диаметр ареолы, ограничение ареолы от молочной железы, размер молочной железы. 2. Перечислите признаки, по которым можно судить о формировании лобкового оволосенения Сведения для преподавателя: пушковые волосы, длина волос, пигментация волос, распространение волос, вьющиеся волосы, жесткость волос, количество волос, распределение волос 3. Перечислите признаки, по которым можно судить о развитии мужских половых органов Сведения для преподавателя: пенис (размер, форма), мошонка (размер, цвет, структура кожи), яички (рост).
6.	9.30-	**Упражнение на приобретение и определение знаний студента по**

	10.15 45 мин.	**вопросам психического здоровья подростка.** В скобках сведения для преподавателя. 1. Девушка 15 лет. Жалобы на боли в спине, головные боли, боли в животе, плохой сон. Из анамнеза – плохо учится. Из общения с родителями выясняется, что родители очень требовательны к дочери. В семье частые ссоры между родителями. • Перечислите Ваши вопросы девочке. (касающиеся школы, увлечений и времени, проводимые с подругами) • Ваш диагноз. (Депрессия) • Перечислите причины данного состояния из представленного случая (взаимоотношения в школе – плохая успеваемость, завышенные требования со стороны родителей, ссоры между родителями) • Как вы попытаетесь предотвратить или лечить данное состояние (?? – ориентировочно – создание служб поддержки в школах, помощь в разрешении конфликтов), (интерес, забота со стороны родителей к дочери, обследование в центре здоровья, центр помощи семье, семейная терапия, индивидуальная терапия). Нуждается ли девочка в стац. лечении (Нет) Нуждается ли в лекарственной терапии (Нет)
7.	10.15- 10.45 30 мин.	**Сахарный диабет у детей. Акцентировать внимание на раздел «Обучение больных».**
8.	10.45 - 11.00	**Упражнение на приобретение и оценку навыков курсанта выявления, диагностики, лечения поведенческих расстройств у подростка** Вначале преподаватель обращается к курсантам с просьбой перечислить разновидности поведенческих расстройств (воровство, вспышки ярости, насилие, прогулы занятий или третирование одноклассников). Или наоборот, перечисляет эти разновидности сам, и спрашивает, к какому состоянию подростка можно отнести данные проявления.
9.	11.00- 11.50 50 мин	А. При проф. осмотре в школе ВОП случайно (или с помощью анкетирования) узнает, что мальчик 15 лет с очень вредным характером, постоянно придирается к сверстникам, пропускает занятия. В семье, где он воспитывается кроме него еще 3 детей. Отец часто в командировках на заработках, мать занята хозяйством и маленьким грудным ребенком и была удивлена, что ее 15-летний сын часто пропускает школу. Дети в семье между собой недружные, часто ссорятся, с неохотой помогают матери. 1.Ваш диагноз (Поведенческие расстройства подростка) 2. Перечислите возможные причины или факторы риска данного состояния (недостаток правил и взаимных соглашений в семье, ребенок не знает, что ему позволено делать, родители не знают, чем их сын занимается, взаимоотношения родителей и детей нестабильны, связь между детьми в семье слабая или отсутствует). 3. Ваша первоначальная тактика. (ВОП совместно с другим медицинским персоналом помочь родителям усовершенствовать их воспитательные навыки и научиться выражать словами свои чувства; 4. Если не удается решить проблему вышеуказанным способом, что можно порекомендовать? (необходимо проконсультироваться в центре помощи семьи (если есть такой или в детской психиатрической больнице). Б. Составьте диалог между ВОП и группой подростков на тему «Половое воспитание подростков». Максимум 5-6 вопросов и 5-6 ответов. Актуальность данной темы: недооценка подростками возможности

		забеременеть, случайный характер половой связи.
10.	11.50- 12.50 60 мин.	**Обед**
11.	12.50- 13.30	**Злоупотребление наркотическими веществами. Курение подростков**
12.	13.30- 14.25 55 мин.	**Упражнение на приобретение и отработку навыка по менеджменту следующих состояний: (сведения для преподавателя в скобках после каждого случая).** А. Подросток в возрасте 13 лет. Жалобы на недомогание, повышенную утомляемость, иногда отмечается повышение температуры до 37,2-37,3. (Тубинтоксикация подростка). Б. При осмотре спины ВОП выявил у девочки в прямом и согнутом положении ассиметрию позвоночника, лопаток, мышц, плеч, бедер. Рентгенологически определяется искривление позвоночника до 15 градусов. (Сколиоз). В. Жалобы девочки 14 лет и ее мамы на маленький рост. Из анамнеза родители здоровы. Рост их нормальный. Вес при рождении девочки был ниже нормы. Объективно: Незначительный отек стоп, кистей, крыловидные складки на шее, микрогнатия (маленький подбородок), косоглазие. Не определяются вторичные половые признаки. Соски широко расставлены. (синдром Шершевского-Тернера). Г. Мальчик 16 лет. Жалобы на боли в суставах, воспаление глаз, частое болезненное мочеиспускание Объективно: коленный сустав отечный, болезненный при пальпации, конъюнктивит, дизурия. (Болезнь Рейтера).
13.	14.25- 14.40 15 мин.	**Контрольные тесты. Вопросы. Подведение итогов** 1. Первый признак полового созревания у мальчиков: Н А. Развитие лобкового оволосенения Н Б. Развитие головки пениса Н В. Пигментация мошонки П Г. Увеличение размеров яичек Н Д. Увеличение длины пениса 2. Какое из перечисленных осложнений чаще других отмечается у беременных подростков моложе 15 лет (по сравнению с более старшими) Н А. Анемия П Б. Тазовые осложнения Н В. Токсикоз Н Г. Рождение младенцев с малым весом Н Д. Младенческая смертность 3. Правильно ли, что скачок роста в пубертатный период: Н А. У юношей он начинается гораздо раньше, чем у девушек П Б. У юношей он в первую очередь сопровождается развитием мышечной системы П В. Является последним из трех скачков П Г. У девушек связан с перераспределением жировой клетчатки П Д. В среднем длится около 3-х лет
14.	14.40-	Обсуждение новой темы

	15.25	

Занятие 10

Тема: Грудное вскармливание. Преимущества грудного вскармливания.

		По окончанию занятия студент должен знать: • Анатомию и физиологию молочных желез • Преимущества грудного вскармливания. • Характеристику молозива. • Шаги на пути к успешному грудному вскармливанию Студент должен уметь: • Правильно прикладывать ребёнка к груди матери. • Формировать уверенность и оказание поддержки при ГВ. • Показать технику сцеживания грудного молока.
8.30-8.50	Повторение пройденного материала	**Работа в группах**. Студенты разбиваются на 3 группы. 1-ой группе предлагается обсудить в течение 5 минут и доложить преимущества грудного вскармливания **для ребенка**; 2-ой группе - преимущества **для матери** и 3-ой группе – **экономические** преимущества (для бюджета семьи).
8.50-9.20	Клинический случай.	Ферузе 4 месяца, она находится на исключительно грудном вскармливании. В последнее время девочка стала капризной, плаксивой, плохо спит. Мать решила что ребенок не получает достаточного количества молока и обратилась к врачу за консультацией. Мед работник посоветовал ей давать ребенку соки и молочную смесь. Проверил ли мед работник все проблемы связанные с питанием ребенка? Дал ли правильные рекомендации? Грудное вскармливание - единственный способ вскармливания детей, который не сравним ни с чем, он уникально подходит для организма (как малыша, так и мамы). Ребенок на протяжении всей беременности был неразрывно связан с матерью и именно грудное вскармливание не нарушает, а поддерживает эту невидимую связь. Грудное вскармливание-это вскармливание малыша исключительно грудным молоком. 1.1 Психологические преимущества грудного вскармливания. Грудное вскармливание способствует формированию между матерью и ребёнком тесных, нежных взаимоотношений, от которых мать эмоционально получает глубокую удовлетворенность. Дети меньше плачут и быстрее развиваются, если они остаются со своими матерями и вскармливаются сразу же после родов. Матери, ласково реагируют на своих детей. Грудное вскармливание способствует интеллектуальному развитию

		ребёнка. Дети быстрее набирают вес. 1.2 Какие гормоны участвуют в выработке грудного молока Пролактин- выделяется после кормления, для подготовки следующего кормления. Наибольшая секреция происходит ночью. Окситацин- вырабатывается до и во время кормления заставляет молоко выделяться.
9.20-10.00.	Демонстрация преподавателем презентации.	Презентация «Анатомия молочной железы, физиология выработки грудного молока. Принципы грудного вскармливания»
10.00-11.00	**Работа в группах.** Можно провести эту часть занятия в поликлинике	*Правильное положение ребенка у груди.* Первым условием успешного кормления является правильное положение ребенка у груди, что значительно облегчает кормление, обеспечивает поступление молока и помогает предотвратить воспаление и трещины сосков, а также нагрубание молочных желез. *Преподаватель показывает фотографии приложенных к груди матери детей и объясняет правила правильного прикладывания к груди (их 4):* Положение тела матери и ребенка Матери удобно, она расслаблена. Тело ребенка прижато к материнскому, лицом к груди. Голова и тело ребенка лежат в одной плоскости Подбородок ребенка касается груди. Реакция ребенка Ребенок берет грудь, когда он голоден. При касании груди ребенок открывает рот и стремится ее захватить. Ребенок облизывает грудь. Ребенок не выпускает грудь. Эмоциональная близость Мать спокойна, уверена. Мать смотрит на ребенка, гладит его, помимо контакта “ кожа к коже” Контакт “глаза в глаза” Состояние груди Кожа выглядит здоровой. Соски набухшие, вытянуты вперед. Во время кормления грудь кажется круглой. После кормления грудь мягкая. Сосание Ротик ребенка широко открыт. Нижняя губа вывернута наружу.

		Язык изогнут вокруг груди. Щеки круглые. Ареола больше видна надо ртом ребенка. Медленное глубокое сосание с паузами. Можно видеть или слышать глотание. Ребенок сам отпустил грудь.
11.00-11.50	*Ролевая игра:*	<u>*Мать обращается к врачу :*</u> Сыну почти 2 месяца. Родился 4370, 53 см. Первый месяц прикладывала к груди очень часто, он не наедался, хотя набрал 1кг, молока мало, да и грудь тугая. Стала давать прикорм. Сейчас грудью кормлю, но не всегда. Бывает он грудь возьмет, а потом ее выпускает и кричит, иногда полностью высосет. Ночью ест только грудь! Сцедила две груди, получилось только 90 грамм. Что делать? *Ответ:* О нехватке молока можно судить только по двум признакам: прибавка веса и количество мочеиспусканий. Подробнее: http://ligamaterey.ru/content/view/38/44/. Что делать дальше – может решить только мама. Можно вернуть малыша полностью на грудь, а можно оставить все как есть. Обсудить группой некоторые правила успешного грудного вскармливания: • до 5-6-месячного возраста ребенок не нуждается в каком-либо дополнительном питании, кроме материнского молока; • кормление грудным молоком необходимо продолжать до двух лет; • впервые ребенок должен быть приложен к груди матери уже в родильном зале, в течение 30 минут после рождения; • лучше всего придерживаться свободного режима кормления, по требованию ребенка, то есть кормить малыша не по графику кормлений, а по мере появления у него чувства голода; • во время кормления не ограничивать ребенка во времени (для насыщения и удовлетворения сосательного инстинкта малыш должен сосать от 15 до 30 минут); • прикорм вводится с 5-6-месячного возраста; • отлучение от материнской груди должно быть постепенным (то есть, добавляя в рацион ребенка блюда прикорма, мама сокращает число грудных кормлений).
11.50-12.50	**Обед**	
12.50-14.00	Закрепление материала. Можно провести в виде игры «Тур	**Основные правила успешного грудного вскармливания (рекомендации Всемирной Организации Здравоохранения).** Этими правилами руководствуются члены общественной

	по галерее». Студенты делятся на 2-3 группы. Группам дается задание: в течение 5 минут написать на флипчарте правила успешного грудного вскармливания. Каждая группа держит фломастер определенного цвета. По знаку преподавателя группы подходят к своему флипу и перечисляют правила успешного грудного вскармливания (материал из РР). По завершении предоставленного времени сообща разбирают написанное каждой группой. Побеждает команда, написавшая больше всех верных ответов.	группы поддержки "Матери за грудное вскармливание" при выкармливании собственных детей и при консультировании женщин. Каждая женщина должна знать, что ее молоко является наиболее полноценной пищей для ее ребенка в первые 6 месяцев жизни, а по отдельным наблюдениям и в течение первого года жизни. Поэтому она должна стремиться выполнять правила успешного грудного вскармливания, чтобы обеспечить для своего малыша здоровье, а также лучшие условия для роста и развития его организма. 1. Раннее прикладывание к груди в течение первого часа после рождения. 2. Исключение кормления новорожденного из бутылки или другим способом до того, как мать приложит его к груди, чтобы у ребенка не сформировалась установка на любое иное кормление, кроме грудного. 3. Совместное содержание матери и ребенка в одной палате. 4. Правильное положение ребенка у груди, которое позволяет матери избежать многих проблем и осложнений с грудью. Если мать не научили этому в роддоме, ей следует пригласить консультанта по грудному вскармливанию или инструктора по обучению уходу за ребенком и научиться этому специально. 5. Кормление по требованию ребенка. Необходимо прикладывать малыша к груди по любому поводу, предоставив ему возможность сосать грудь, когда он хочет и сколько хочет. Это необходимо не только для насыщения ребенка, но и для его психоэмоционального комфорта. Для психологического комфорта малыш может прикладываться к груди до 4 раз в час. 6. Продолжительность кормления регулирует ребенок: не следует отрывать ребенка от груди раньше, чем он сам отпустит сосок. 7. Ночные кормления ребенка обеспечивают устойчивую лактацию и предохранят женщину от следующей беременности до 6 месяцев в 96% случаев. Кроме того, ночные кормления наиболее полноценны. 8. Отсутствие допаивания и введения любых инородных жидкостей и продуктов. Если ребенок хочет пить, его следует чаще прикладывать к груди. 9. Полный отказ от сосок, пустышек и бутылочного кормления. При необходимости введения докорма его следует давать только из чашки, ложки или пипетки.

		10. Не следует перекладывать ребенка ко второй груди раньше, чем он высосет первую грудь. Если мать поторопиться предложить малышу вторую грудь, он не дополучит позднего молока, богатого жирами, в результате у малыша могут возникнуть проблемы с пищеварением: лактазная недостаточность, пенистый стул. Продолжительное сосание одной груди обеспечит полноценную работу кишечника. 11. Исключение мытья сосков перед кормлением и после него. Частое мытье груди приводит к удалению защитного слоя жиров ареолы и соска, что приводит к образованию трещин. Грудь следует мыть не чаще 1 раза в день во время гигиенического душа. Если женщина принимает душ реже, то и в этом случае нет необходимости в дополнительном мытье груди. 12. Отказ от частых и контрольных взвешиваний ребенка, проводимых чаще 1 раза в неделю. Эта процедура не дает объективной информации о полноценности питания младенца. Она только нервирует мать, приводит к снижению лактации и необоснованному введению докорма. 13. Исключение дополнительного сцеживания молока. При правильно организованном грудном вскармливании молока вырабатывается ровно столько, сколько нужно ребенку, поэтому необходимости в сцеживании после каждого кормления не возникает. Сцеживание необходимо в случае вынужденного разлучения матери с ребенком, выхода матери на работу и т.д. 14. До 6 месяцев ребенок находиться на исключительно грудном вскармливании и не нуждается в дополнительном питании и введении прикормов. По отдельным исследованиям на грудном вскармливании без ущерба для своего здоровья он может находиться вплоть до исполнения 1 года. 15. Поддержка матерей, кормивших своих детей грудью до 1-2 лет. Общение с женщинами, имеющими положительный опыт грудного вскармливания, помогает молодой матери обрести уверенность в своих силах и получить практические советы, помогающие наладить кормление грудью. Поэтому молодым матерям рекомендуется обращаться в материнские группы поддержки грудного вскармливания как можно раньше. 16. Обучение уходу за ребенком и технике грудного вскармливания необходимы современной матери, чтобы она смогла без лишних хлопот с

		удобством для себя и малыша растить его до 1 года. Наладить уход за новорожденным и обучить технике грудного вскармливания матери помогут консультанты по грудному вскармливанию и инструктора по обучению уходу за грудным ребенком. Чем скорее мать научится материнству, тем меньше разочарований и неприятных минут перенесет она вместе с малышом. Сохранить грудное вскармливание до исполнения ребенку 1,5-2 лет. Кормление до 1 года не является физиологическим сроком прекращения лактации, поэтому при отлучении от груди страдают и мать и ребенок.
14.00-15.00	***Задание для студентов***	Студенты делятся на 2-3 группы. 1 группе дается задание сделать небольшую презентацию о значении молозива, 2 группе – гормоны и факторы роста, содержащиеся в грудном молоке, 3 группе- анатомия и физиология грудной железы.
15.00-15.25		Обсуждение новой темы

Занятие № 11

Тема: Грудное вскармлевание. Трудности при грудном вскармливании

По окончанию занятия студент должен знать:

- Признаки недостаточного количества молока
- Признаки инфицированного мастита
- Причины недостаточного получения ребенком молока
- Противопоказания к грудному вскармливанию

Студент должен уметь:

- Консультировать.мать по вопросам грудного вскармливания
- Оказать помощь при инфицированном мастите
- Дать совет по кормлению грудью при медикаментозном лечении матери

8.30-8.50	Повторение пройденного материала	Из цветной бумаги можно вырезать лепестки ромашки и на обратной стороне написать вопросы по анатомии и физиологии грудной железы, преимуществам ГВ, правилам правильного прикладывания к груди. Каждый студент выбирает по лепестку и отвечает на выбранный вопрос.
8. 50-9. 30	1. Как помочь матери увеличить лактацию. Определить достаточно ли молока для кормления грудью.	**1.Ролевая игра.** На приеме мама обратилась с врачу с вопросом? **1. Вопрос:** Моей дочке 1 месяц и 5 дней, полностью на ГВ. Когда ей исполнился 1 мес. резко стало не хватать молока. Кормлю каждые 2,5 часа и по требованию, из двух грудей. Врачи говорят, что молоко нужно сохранять, во что бы то ни стало. Как безопасно для малышки простимулировать приток молока в нужном количестве? **Ответ:** Как здорово, что Вам встретился доктор, поддерживающий ГВ. В 1 месяц у вас был лактационный криз, который нужно было просто переждать. Видимо, есть

		некоторые ошибки в организации ГВ, которые нужно первым делом устранять. Стимулировать лактацию можно сочетанием трех действий: соблюдением правил грудного вскармливания по требованию, увеличением количества прикладываний к груди и дополнительными сцеживаниями до увеличения количества молока. Сцеживания вводятся только если у вас действительно мало молока. **2Ролевая игра:** Малышке 3 месяца. Едим только мамино молочко. достаточно ли ей молочка, или нужно докармливать? Вес при рождении -2.800 гр. В первый месяц прибавка была - 700гр., во второй - 1.200гр., в третий -700гр. Грудь ест только одну в кормление и не более 5-7 минут. Перерыв между кормлениями 2-3 часа. **Ответ:** Чудесно, что Вы так печетесь о количестве грудного молока, ведь это единственное питание и жидкость, которые необходимо ребенку до 6 месяцев. К сожалению, только по прибавке в весе (а она у вас хорошая) трудно судить о достаточности молока. Обязательно нужно соблюдать правила кормления по требованию: давать грудь на каждое поисковое движение малыша или плач, не ограничивать ребенка по времени сосания, не навязывать режим кормлений, менять грудь не чаще раза в 2-3 часа, не использовать любые другие предметы для сосания, кроме материнской груди. Ключевые выводы: 1. Кормление по требованию ребенка. Необходимо прикладывать его к груди по любому поводу, предоставив возможность сосать грудь, когда он хочет и сколько хочет. Это очень важно не только для насыщения ребенка, но и для его ощущения комфорта и защищенности. Кроме этого мать может предлагать младенцу грудь до 4 раз в час. Ничего дурного не будет в том, что малыш лишний раз приложится к груди. От этого и он, и его мать только выиграют. 2. Продолжительность кормления регулирует ребенок. Не следует отрывать ребенка от груди раньше, чем он сам отпустит сосок. 3. Ночные кормления ребенка обеспечат устойчивую лактацию и предохранят женщину от следующей беременности. Кроме того, ночное молоко наиболее полноценно. 4. Отказ от частых контрольных взвешиваний ребенка. Эта процедура не дает объективной информации о полноценности питания младенца. Она только нервирует мать, приводит к снижению лактации и необоснованному введению докорма. 5. Исключение дополнительного сцеживания молока.

		При правильно организованном грудном вскармливании молока вырабатывается ровно столько, сколько нужно ребенку, поэтому необходимости в сцеживании после каждого кормления не возникает.
9.30-9.40	**Режим кормления**	Для вскармливания детей первых месяцев жизни рекомендован свободный режим кормления. Ребенок сам определяет частоту прикладывания к груди. Данный режим приводит к увеличению выработки молока, способствует профилактике лактостаза, мастита. Новорожденный ребенок может "требовать" от 8 до 12 и более раз прикладывания к груди, длительность кормления может составлять от 15 до 25 минут, однако надо знать, что в первые 2-3 минуты ребенок высасывает от 40 до 50 процентов необходимого ему молока, в последующие 4 -5 минут 70-80 процентов. Критерии достаточного кормления ребенка • Достаточная прибавка в весе ребенка за первый месяц (600 - 800 грамм), • Частота мочеиспусканий не менее 6 раз в сутки • Частота стула соответствует количеству кормлений (6 -10 раз) в первый месяц жизни • Ребенок спокоен, выдерживает интервалы меду кормлениями 2 и более часа. Для выработки достаточного количества молока маме необходимо • Увеличить частоту кормлений. • Не пропускать ночные кормления. • Если ребенок долго спит, не дожидаясь его пробуждения нужно сцедить молоко молокоотсосом. • Предлагать обе груди в одно кормление и заканчивать той грудью, которой начали. • Максимально долго находиться с ребенком, обеспечивая тесный контакт с ним. • Необходима спокойная обстановка дома, помощь и психологическая поддержка мужа и родственников • Достаточный по продолжительности ночной сон (6 - 8 часов) и отдых днем (1 - 2 часа) • Правильное и сбалансированное питание с использованием специальных продуктов питания для кормящих матерей (увеличение калорийности питания на 700 - 1000 ккал, объем жидкости не менее 2 литров в день). • Прием настоев трав, стимулирующих лактацию (чабрец, душица, крапива, тмин, укроп, анис, фенхель и др.); редька с медом, морковь, тертая с молоком, настой

		грецких орехов. **Посещение лечебных мероприятий, назначенных врачом: физиотерапия (ультрафиолетовое облучение молочных желез, иглорефлексотерапия, точечный массаж).**
9.40-10.30	**Презентация РР**	. “Трудности при грудном вскармливании”–
10.30-11.00	Работа в группах.	Обучение практическому навыку « Обследование молочных желез» в 3 этапа: 1.Приобретение навыка. 2. Приобретение компетентности. 3. Приобретение профессионализма.
11.00-11.50	Работа в группе.	Спросите у студентов:1. **Влияют ли переживания матери на лактацию?** Ответ: образование молока зависит от гормона пролактина, количество которого зависит от количества прикладываний ребенка и больше ни от чего. Переживания матери по какому-либо поводу на него влияния не оказывают. А вот выделение молока из груди зависит от гормона окситоцина, который способствует сокращению мышечных клеток вокруг долек железы и способствует, тем самым, вытеканию молока. Количество этого гормона зависит от психологического состояния женщины. Если она испугана, устала, испытывает боль или любое другое неудобство во время кормления – окситоцин работать перестает и молоко перестает выделяться из груди. Его не может высосать ребенок, не сцеживает молокоотсос, и руками сцедить не получается…Чтобы молоко опять стало вытекать, надо стараться во время кормления расслабляться, думать только о ребенке. Можно пить успокаивающие травы, хорошо помогает массаж плеч, спокойный разговор. Все, что помогает расслабиться. Обязательно нужно удобно сидеть или лежать во время кормления. 2. **Влияет ли питание матери на состав грудного молока?** Ответ: Питание матери фактически не влияет на состав грудного молока. Однако кормящей женщине необходимо полноценное питание для поддержания **своего** здоровья Дневной рацион кормящей мамы должен, в идеале, включать: · достаточное количество жидкости · стакан кефира или молока, или 30 граммов сыра · 200 гр. мяса, рыбы или 2 яйца · овощи и фрукты, предпочтительно сырые

		· продукты, богатые углеводами, для восполнения энергетических затрат
11.50-12.50	**Обед**	
12.50-13.00	**Разбор клинического случая**	. Задание №1 Мария, 22 года, родила недоношенного ребенка 3 дня назад. Педиатр ей сказал, что её ребенок слишком маленький, чтобы сосать из груди и ребенок получает смесь из трубочки с рождения. Мария планировала кормить грудью, но ей показали как сцеживать молоко из груди. Акушерка при ежедневном осмотре обнаружила у Марии нагрубание грудей, и Мария сказала, что они очень болезненны. Больница переполнена и позволяет матерям оставаться после выписки только в случае если она кормит грудью. Марию собираются сегодня выписывать, так как её ребенок находится на искусственном вскармливании. Ваша тактика в данной ситуации. Задание №2 Елена, 18 лет, она в послеродовом отделении после первого кесарева сечения из-за головно-тазового предлежания. Сегодня её 4-й послеродовой день. Ребенок находится в кроватке рядом с её кроватью, она уже может вставать и ухаживать за ребенком. Она кормит грудью по требованию. Мед сестра из детского отделения сказала, что перед кормлением нужно мыть соски. При осмотре мед сестра обнаружила, что соски у Елены потрескались и кровоточат. Мед сестра отругала её за то, что она кормила каждой грудью более 10 минут. Вторая мед сестра нашла Елену в слезах и её ребенок, тоже плакал. Новая мед сестра определила, что проблема вызвана неправильным прикладыванием и немедленно его исправила. Кто прав? Задание №3 Фатима родила здорового мальчика в роддоме неделю назад. Ребенок «всё время спит» и у него стул был всего 3 раза за всю неделю. Акушерка взвесила ребенка и обнаружила 12% меньше веса при рождении. Она спросила, что произошло в течении недели и узнала: - первое кормление грудью было начато только на 2 день после родов, - в послеродовом отделении Фатима получила очень мало инструкций по грудному вскармливанию, - она кормит по графику, - Фатима чувствует, что её ребенок отказывается от груди. Ваша тактика в данной ситуации. Задание №4

		Женщина жалуется на боли в области левой груди, а также на повышение температуры тела. Жар не спадает в течении 24 часов. Она кормит грудью своего 1месячного ребенка. При осмотре выявлено, что в левой груди женщины пальпируются мягкие, горячие на ощупь болезненные опухолевидные участки. Какова ваша дальнейшая тактика? Какие рекомендации вы дадите женщине. Задание №5 Марина родила мальчика от первой беременности и родов. Роды были тяжёлые. К груди приложили только на 2й день после родов. До прикладывания к груди кормили из бутылочки с соской. Грудь ребенок взял с трудом. Физиологическая убыль веса составила- 500 гр (ВПР –3000 гр, рост 51 см). При выписке ребенок не набрал первоначального веса. При осмотре грудных желез – железы переполнены молоком, соски несколько втянуты, обнаружены трещины сосков. При сосании ребенок несколько беспокоен, не захватывает ареолу, подбородок не касается груди матери. Ваша тактика и рекомендации молодой матери. Задание №6 Молодая женщина, первородка обратилась к врачу с жалобами на уплотнение в правой груди, повышение температуры тела до 38 ºС. при осмотре правая грудь увеличена в размерах, отмечается местная гиперемия, болезненность. Ваш диагноз и дальнейшая тактика.
13.00-14.30	**Практика**	Прием больных в поликлинике, обслуживание вызовов.
14.30-15.00	**Презентации групп с последующим обсуждением**	Разделить студентов на 2 группы. 1 группа выполняет **задание: Помощь при инфицированном мастите,** 2 группа – **Медикаментозное лечение матери и кормление грудью.** Один представитель из каждой группы делает презентацию. Общее обсуждение с подведением итогов.
15.00-15.25	**Обсуждение новой темы**	

Занятие № 12

Тема: Питание детей после 6 месяцев жизни

По окончанию занятия студент должен знать:

- Что такое прикорм.
- Виды прикорма
- Что такое пища переходного периода
- Что такое пища с семейного стола
- Сроки введения прикорма
- Роль микронутриентов (железо, йод, витамин А, фолиевая кислота) в охране здоровья детей первых 5 лет жизни.

По окончанию занятия студент должен уметь:
- Консультировать мать по вопросам питания детей старше 6 месяцев.
- Составить рацион переходного питания согласно этапам развития и становления рефлексов.

8.30. – 9.00. Повторение пройденного материала
Мозговой штурм
- Какова масса тела у здорового новорожденного?

Ответ: от 2,5 до 4,4 кг.
- Сколько грамм в месяц прибавляет ребенок первые 6 месяцев жизни?

Ответ: 600-1000 г
- Сколько грамм в неделю прибавляет ребенок первые 6 месяцев жизни?

Ответ: 150-250 г
- Сколько грамм в неделю прибавляет ребенок 6-12 месяцев?

Ответ: 100-150 г
- Сколько сантиметров составляет длина тела новорожденного?

Ответ: 48-52 см
- Как оценивается рост и развитие детей?

Ответ: масса, рост, окружность головы, психомоторное и умственное развитие.

9.00. – 9.20. Разбор клинического случая

Ребенку 7 месяцев, масса тела 8100,0 г (при рождении 3200,0г). До достижения 6-ти месяцев находился на исключительно грудном вскармливании. С 6 мес. мать начала давать ребенку соки, подслащенную воду, печенье. Оцените питание ребенка.

9.20. – 10.00. *Презентация* PP
“Питание детей после 6 месяцев”

10.00. – 10.40 Работа в малых группах.
Студенты делятся на 2-3 группы. Каждой группе предлагается составить примерное меню: ребенку 7 месяцев, 9 месяцев, 1 год.

10.40 – 11.30. Презентация рабочих групп.
11.30 – 11.50. Дефицит микронутриентов. Клинический случай
1. Мать с девочкой в возрасте 1 год 2 месяца пришла на прием к врачу с жалобами на снижение аппетита у ребенка, вялость, извращение вкуса (лижет стены, ест глину). Ребенок от 1-й беременности, протекавшей на фоне анемии средней тяжести (не лечилась). Роды срочные. Масса тела при рождении – 3100,0г, длина тела – 51см, оценка по шкале Апгара – 7/8 баллов. На грудном вскармливании до 3 месяцев, затем переведена на смеси, с 5 месяцев – прикорм (манная каша, овощное пюре), с 11 мес. – мясное пюре (ела плохо). С годовалого возраста ребенок питается в основном, коровьем молоком, кашами, овощами, мясные продукты не ела, появилось извращение вкуса. Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, волосы тусклые, ломкие. Девочка капризная. В легких без изменений, тоны сердца приглушены, на верхушке прослушивается короткий систолический шум. Живот мягкий, б/б, печень +2,5см. Моча и стул обычной окраски. Менингиальных симптомов нет. Говорит отдельные слова. Общий анализ крови: Hb – 85 г/л, Эр. – 3,1 · 10^{12}/л, Цв.п. – 0,71, выраженный анизоцитоз эритроцитов, микросфероцитоз.
Ваш диагноз. Факторы, обусловившие развитие анемии. Какое лечение необходимо начать. Рекомендации родителям по питанию.

Перечислите меры профилактики железодефицитных состояний и анемии.

2. Перечислите статистические, клинические и биохимические индикаторы дефицита витамина А.

3. Проведите расчет необходимого количества капсул в дозе 100 000 МЕ и 200 000 МЕ для детей Вашего района (области, города).

4. В каких продуктах питания содержится витамин А, железо? Введите необходимые продукты питания для воспаления потребности детей в этих микронутриентах.

5. Клинические и пальпаторные критерии гипотиреоза. Перечислите факторы, обуславливающие развитие йоддефицитных состояний у детей.

6. Девочка в возрасте 1 год 8 месяцев, от 2-й беременности и 2-х срочных родов. При рождении масса тела 3800,9г, длина – 52 см. У матери эутиреоидное увеличение щитовидной железы III степени, во время беременности лечение не получала. В период новорожденности у девочки отмечалась длительная желтуха, медленная эпитализация пупочной ранки, сосала вяло. Из родильного дома вқписана на 12ғй день. На первом году жизни бқла склонность к запорам, плохая прибавка в весе, снижение двигательной активности, вялое сосание. Голову начала держать с 6 месяцев, сидит с 10 мес., не ходит. Объективно: кожные покровы бледные, сухие, тургор снижен, мышечная гипотония. Волосы редкие, сухие, ногти ломкие. Аускультативно дыхание проводится во все отделы. Тоны сердца приглушены. Живот увеличен в размерах, отмечается расхождение белых мышц живота. Печень и селезенка не увеличены.
Ваш диагноз и факторы, обусловившие развитие данной патологии. Меры профилактики и лечения.

11.50. – 12.50. Обед

12.50. – 13.30. Продолжение разбора клинического случая
13.30. – 14.00 Консультирование родителей (можно провести занятие в поликлинике)
Мальчик М., 14 месяцев, от 5-й беременности и 4-х родов. Роды в срок. Беременность у матери протекала на фоне анемии, отмечался гестоз. Получила лечение в последнем триместре. Масса тела при рождении 3000,0 г, длина тела – 50 см, окружность головы – 36 см. Ребенок на грудном вскармливании. Первый прикорм был введен в 7 месяцев. Мать занята по хозяйству. У ребенка частые респираторные заболевания, неоднократно отмечалась диарея. Снижение прибавки массы тела отмечается с 6-го месяца. С 7-го месяца ребенок не прибавляет в массе. С 8-го месяца стало снижение в прибавлении роста, а к концу года отмечается задержка роста. У ребенка анемия средней степени, выраженный рахит. В 11 месяцев перенес тяжелую пневмонию, получал интенсивную терапию. У ребенка на данный момент (11 месяцев) отмечается истощение и задержка роста. Мальчик отстает и в психомоторном развитии.
В чем будут заключаться рекомендации родителям этого ребенка?

14.00 – 15.00 Закрепление пройденного материала в поликлинике

15.00 – 15.25. Обсуждение новой темы.

Занятие № 13

Тема: Питание детей старше 2 лет
По окончанию занятия студент должен знать:

- Основные принципы питание детей старше 2 лет
- 5 групп пищевых продуктов

По окончанию занятия студент должен уметь:

- Составить рацион питания ребенка старше 2 лети
- Консультировать мать по вопросам питания детей старше 2 лет.

8.30. – 8.50. Повторение пройденного материала

Можно провести в виде «Мозгового штурма».

Вопросы для мозгового штурма:

1.Что такое прикорм?

Ответ: введение прикорма – это кормление грудных детей продуктами и жидкостями в дополнение к грудному вскармливанию

2. Когда необходимо вводить прикорм

Ответ: с конца 6 месяца

3. Какие продукты необходимо использовать для прикорма?

Ответ: овощное пюре, молочная каша, фрукты, зерновые, мясо, хлеб, сливочное и растительное масло, молоко, печенье, сухари, творог, сузма.

4. Почему необходимо введение прикорма?

- Ответ: по мере того, как ребенок растет и становится более активным, для полного удовлетворения его пищевых и физиологических потребностей одного грудного молока недостаточно. Для компенсации разницы между количеством энергии, железа и других незаменимых питательных веществ, получаемых исключительно грудным вскармливанием, и необходимыми алиментарными потребностями для растущего организма, необходимо введение дополнительных продуктов питания. Пища для прикорма необходима также для развития нервно-мышечной координации ребенка. Своевременное введение правильно подобранных продуктов для прикорма способствует укреплению здоровья, улучшению пищевого статуса и физическому развитию грудных детей и детей раннего возраста в период ускоренного роста и поэтому должно находится в центре внимания системы здравоохранения в обеспечении нормального роста и развития ребенка
- На сколько этапов делится введение прикорма?
- Сколько времени занимает I этап? II этап? III этап? IV этап?
- Что такое пища с семейного стола?
- Какие микронутриенты необходимы ребенку 1 года жизни?
-

8.50. – 9.20. Разбор новой темы

Каждому студенту предлагается написать свой рацион питания за 1 день (с утра до вечера)

9.10. – 9.30. Презентация PP

“Питание детей после 2 лет.”

Группы пищевых продуктов – пирамида Синди. Величина одной порции. Студентам разъясняется величина одной порции.

9.30. – 10.30. Студенты должны посчитать сколько порций каждого продукта каждый из них съел согласно составленного им рациона.

Необходимо пользоваться таблицами групп пищевых продуктов и значением величины 1 порции. Сравнить полученные данные с нормой. Каждый студент зачитывает свои данные и сравнивает с нормой, проводит коррекцию.

10.30 – 11.50. Работа в поликлинике.

Консультирование родителей по вопросам питания детей старше 2 лет.

11.50. – 12.50. Обед

12.50. – 13.30. Работа в малых группах. Составление меню.
Студенты делятся на 2-3 группы. Каждой группе предлагается составить примерное меню: ребенку 2 года, 3 года, 5 лет.

13.30 – 14.00. Презентация рабочих групп.

14.00 – 15.00 Закрепление пройденного материала. Предложить студентам подготовить буклеты для родителей по питанию детей.

15.00 – 15.25. Обсуждение новой темы.

Занятие № 14

Тема: Рост и развитие детей
По окончанию занятия студент должен знать:
– Закономерности роста и развития детей.
– Причины нарушения роста и развития детей.
– Возрастные особенности показателей физического и психомоторного развития детей.
– Методику измерения роста и развития детей.
По окончанию занятия студент должен уметь:
– Измерять массу тела
– Измерять рост ребенка
– Измерять окружность головы.
– Рассчитывать массо-ростовый индекс.
– Оценивать кривые роста и развития детей.
– Проводить коррекцию нарушений развития и роста детей.

8.30. – 8.50. Повторение пройденного материала

Проверочные вопросы:
– Что такое пирамида Синди?
– Назовите 5 групп пищевых продуктов.
– Сколько порций каждой группы продуктов должен съедать ребенок за 1 день?

8.50. – 9.30. Разбор новой темы. Презентация PP

«Рост и развитие детей»

9.30. – 11.00. Практическое занятие.

Преподаватель показывает на муляже технику измерения роста, массы тела, окружности головы (занятие можно провести в поликлинике). Далее просит каждого студента проделать то же самое.

11.00 – 11.50. Разбор клинических случаев..

1. Ребенок родился в срок с массой тела 3500,0 г, длинной – 53 см, окружность головы составила 35 см. Какой будет длина тела ребенка в возрасте 2 лет при нормальном росте и развитии?

2. Составьте кривую длины тела у здорового ребенка с момента рождения до достижения 3-х летнего возраста.
3. Можно ли оценить темпы развития у ребенка на основании данных измерения при рождении, в 1 мес., 3 мес., 12 мес.? Так, при рождении масса тела была 3300,0, в 1 мес. – 3950,0г, 3 мес. – 5800,0 г, 8 мес. – 8500,0 г, 12 мес. – 9200,0 г. Соответствуют ли показатели массы тела у ребенка нормальным показателям во все сроки измерений? По данным этих измерений можно ли определить, когда ребенок начал отставать в прибавке массы тела? Почему важно определить время, когда начал отставать ребенок в росте и развитии?
4. Окружность головы ребенка при рождении 35 см.

Каким будет этот показатель в возрасте 1 года?

А. 40 см
Б. 42 см
В. 44 см
Г. 46 см
Д. 48 см

5. Рассчитайте масса - ростовой индекс (МРИ) и определите состояние питания у ребенка 1 года с массой тела 8 кг при длине тела 78 см (при рождении – 52 см).
6. Какой масса - ростовой индекс соответствует тяжелой белково-энергетической недостаточности питания.

11.50. – 12.50. Обед

12.50. – 13.30. Продолжение разбора клинических случаев

13.30. – 14.00. Презентация РР **«Психомоторное развитие детей»**

14.00. – 15.00. Работа в малых группах.

Студенты делятся на 2-3 группы. Каждой группе предлагается соответствующее задание: оценить физическое и психомоторное развитие конкретного ребенка на приеме у врача или согласно клиническому случаю.

Клинический случай:

1. Ребенок родился 20 апреля 2001, определите возраст ребенка на момент приема у врача 15 декабря 2005 года.
2. Ребенок родился 15 октября 2000 года, определите возраст ребенка на момент приема у врача 20 марта 2003 года.
3. Родители 15-ти дневного доношенного ребенка проят патронажную сестру оценить его физическое развитие. При рождении масса тела 3200,0 г, длина тела – 51 см. Сестра считает, что ребенок развит соответственно возрасту.

   Какая прибавка массы тела вероятнее всего послужила основанием для такого заключения?

А. 50 г
Б. 100 г
В. 200г
Г. 350 г
Д. 500 г

4. Составьте кривую развития здорового ребенка по данным массы тела в рекомендуемые сроки проведения измерения антропометрических показателей с момента рождения до достижения 3-х летнего возраста.

15.00 – 15.25. Обсуждение новой темы.

Занятие № 15

Анемия и рациональное питание.

Анемия - это клинико-гематологический симптомокомплекс. Её наличие указывает на необходимость искать подлежащее заболевание.

Анемия может быть описана как:

1. уменьшение количества эритроцитов ниже нормального уровня
2. снижение объёма концентрированных эритроцитов ниже нормального уровня
3. снижение концентрации гемоглобина

Измерение концентрации гемоглобина является самым легким и наиболее удобным методом для выявления анемии. Нижняя граница нормы уровня гемоглобина 140 г/л. Критериями, установленными ВОЗ для диагностики анемии, являются уровень гемоглобина ниже 130 г/л у мужчин и ниже 120 г/л у женщин.

Эпидемиология

По результатам исследований преобладание анемии варьирует. В Узбекистане анемия имеется у 48-74% населения. По данным ВОЗ анемия встречается у каждого пятого-шестого взрослого землянина. Примерно 1/4-1/3 детей имеет железодефицитную анемию, с максимальной частотой встречаемости у детей второго полугодия жизни (примерно 50%) и в подростковом периоде (30-40%). Однако железодефицитные состояния встречаются в 2 раза чаще, чем железодефицитные анемии.

У детей, особенно в раннем возрасте, наиболее часто встречаются железодефицитные анемии. Учитывая то, что детей с гемолитическими и гипопластическими, острыми постгеморрагическими анемиями лечат в стационаре и при диспансерном наблюдении этих больных участковый врач руководствуется рекомендациями гематолога стационара, рассмотрим только железодефицитные анемии. На их долю приходится до 80% анемий, встречающихся у детей.

Печально то, что, несмотря на то, что анемия является одним из наиболее изученных заболеваний, она остаётся одной из наименее контролируемых болезней. На уровне семьи прослеживается большое непонимание как сути данного заболевания, так и стимулов для его преодоления.

Этиология

Этиология железодефицитных анемий различна.

Тремя основными причинами анемии являются:

- недостаточность питания – более 50% всех случаев анемии
- потеря или разрушение эритроцитов
- генетические дефекты эритроцитов

Общим патогенетическим фактором является недостаток железа в организме (сидеропения), возникающий вследствие экзогенных и эндогенных причин.

Наиболее частой экзогенной причиной является алиментарный дефицит железа, а также врожденный дефицит железа у детей раннего возраста, родившихся от матерей, страдающих анемией. Эндогенная недостаточность железа может развиться в результате большой кровопотери (кровотечения), повышенной потребности в железе (инфекционные болезни, хронические инфекции, интоксикация, при которых железо используется в основном как защитное средство на борьбу с инфекцией, а не на нужды эритропоэза) или недостаточного усвоения его (при энтеритах, ахлоргидрии, С-гиповитаминозе), приводящем к дефициту легкоусвояемого двухвалентного железа. Сидеропения может наблюдаться также у детей в период полового созревания.

1.низкие запасы железа при рождении.

Группы риска:

- недоношенные, особенно с очень низкой массой тела при рождении;
- дети от матерей с железодефицитной анемией во время беременности, в том числе

дети-погодки, т.е. дети, родившиеся через год после старшего ребенка;

- дети с ЗВУР;
- дети с кровопотерей в перинатальном периоде;

2. алиментарные факторы

- ведущая причина железодефицитных состояний, приводящая к недостаточному поступлению в организм железа.

Группы риска:

- дети, находящиеся на искусственном вскармливании неадаптированными смесями, в частности без добавления железа;
- позднее введение прикорма и использование при прикорме растительных продуктов;
-преимущественно вегетарианская пища в любом возрасте;

обилие цельного коровьего молока (более 0,5 л у детей старше года);

3.избыточные потери или повышенное потребление железа тканями.

Группы риска:

- острые и хронические заболевания, особенно желудочно-кишечные;

хронические неинфекционные, воспалительные заболевания ЖКТ (как вследствие избыточных потерь, так и недостаточного поступления железа при синдромах тотальной или селективной мальабсорбции – целиакия, муковисцидоз, экссудативная энтеропатия, недостаточность дисахаридаз);

- кровопотери, как явные (мелена, гематурия, метроррагия), так и оккультные (например, при избытке в питании коровьего молока, гельминтозах, кишечных инфекциях, опухолях);
- подростки;
- токсические факторы (хроническое отравление солями ртути, свинца).

Увеличение потери крови очень часто вызывается заражением глистами. Каждый глист может ежедневно высасывать до 0,5 мл крови из слизистой кишечника. И, хотя часть железа повторно абсорбируется, значительная часть железа теряется. Высокий уровень концентрации глистов неизбежно ведет к анемии. Потеря железа может быть приостановлена посредством устранения глистов, однако, продолжительное заражение может привести к истощению запасов железа в организме. Шистосомоз вызывает хроническое кровотечение в мочевом тракте или кишечнике; механизм потери крови аналогичен таковой при глистной инвазии, однако с менее тяжелыми последствиями.

Патогенез

Потребности ребенка в железе в пересчете на кг массы тела гораздо более высокие, чем у взрослых, хотя общее количество железа в диете ненамного выше. Для объяснения больших потребностей в железе приводят такой расчет: в годовалом возрасте организм ребенка содержит 0,4-0,5 г, а в 18 лет должен содержать 5 г железа, и отсюда ребенку за это время надо накопить 4,5 г железа, т.е. потребность в сутки примерно 0,8-1 мг, что при учете среднего потребления железа из смешанной пищи 10% и составляет суточную потребность в железе у детей старше года примерно 10 мг (в препубертатном и пубертатном периоде потребность в пищевом железе возрастает до 12-15 мг в сутки).

Организм ребенка первого года жизни находится в непростых условиях для оптимальной утилизации железа. Низкие величины депонированного и тканевого железа у недоношенного связаны и с тем, что во 2 триместре беременности ежедневно к плоду поступает 1-1,5 мг железа, а в третьем – 1,7-2 мг в сутки.

К 6-месячному возрасту и во втором полугодии жизни ребенку необходимо (при достаточных запасах железа при рождении) примерно 1 мг/кг железа в сутки, тогда как 1 л женского молока обеспечивает поступление 1,5 мг железа. Отсюда примерно к 5-6 мес у доношенного ребенка на естественном вскармливании развивается дефицит железа, тогда как у недоношенного – уже к 4-5 месячному возрасту.

Здоровый ребенок раннего возраста в сутки теряет в кишечнике 0,5 мл крови, тогда как при гастроэнтеритах, диареях эта величина возрастает не менее чем втрое (1 мл крови содержит 0,5 мг железа). Реакция Грегерсена выявляет кровопотери, превышающие 15 мл

крови. Увеличивают потери крови в кишечнике гельминты, лямблии, аллергия к коровьему молоку, дефицит витамина А, кишечные инфекции, дисбактериоз.

Цельное коровье молоко, даваемое в избытке (более 0,5 л в сутки) ответственно за развитие 1/3 всех случаев ЖДА у детей старше 7 мес и взрослых. При этом дело не в пищевой аллергии или непереносимости лактозы. Термолабильный белок коровьего молока (альбумин) вызывает усиление потери крови кишечником. Кипячение молока уменьшает кровопотерю. Кишечную кровопотерю увеличивает и любые воспалительные заболевания ЖКТ (от 0,7 до 5 мл в сутки), ЭКД, пищевая аллергия, а также синдромы мальабсорбции (целиакия, муковисцидоз), дефицит витамина А, паразитозы (гельминтозы и лямблиозы).

Инфекционные заболевания вызывают перераспределительный дефицит железа, повышенную утилизацию его в тканях. Напомним, что примерно 60% в организме составляет гемовое железо и оно распределено следующим образом:

50% железа организма – железо эритроцитов,

9% - железо миоглобина

1% - железосодержащих ферментов (моноаминооксидазы, сукцинатдегидрогеназы, цитохрома, каталазы, пероксидазы)

30-40% - железо негемовых белков – ферритина и гемосидерина

0,1% - железо трансферрина плазмы.

Депо железа в организме: костный мозг, печень, селезенка, где оно представлено в виде гемосидерина и ферритина.

При начальном дефиците железа первые изменения происходят в тканях – уменьшаются тканевые запасы железа, что находит отражения в снижении уровня ферритина в сыворотке крови (при средних величинах около 35 нг/мл происходит снижение до 10 нг/мл и менее), далее снижается насыщение трансферрина железом (ниже 25%) и его окисление, но повышается общая железосвязывающая способность сыворотки крови и уровень свободных эритроцитарных протопорфиринов – предшественников гема (норма 2 мкг/г Нв). Все указанные изменения развиваются у ребенка еще до снижения уровня железа в сыворотке ниже 11,6 мкмоль/л) и концентрации Нв, объема эритроцитов, т.е. до развития анемии. Таким образом, сначала при дефиците анемии, еще до развития анемии, должны развиваться клинические признаки тканевого дефицита железа, но эти признаки – неспецифические и их непросто уловить. Поэтому рекомендуют плановые обследования на дефицит железа из группы риска: имеющих низкую массу тела при рождении; питающихся исключительно грудным молоком в возрасте старше 7 мес; потребляющих цельное коровье молоко до 7 мес или более 0,5 л молока в возрасте старше года; с перинатальными потерями крови; детей от часто (ежегодно рожающих) матерей; детей из семей с низким социально-экономическим статусом; девушек-подростков (если месячные кровотечение обильные).

Когда содержание Нв недостаточно, ткани организма начинают работать неудовлетворительно. Это особенно важно, когда речь идет о мышцах и о мозге. Адекватный уровень гемоглобина особенно необходим во время беременности для того, чтобы плод мог развиваться должным образом. В противном случае вес младенца при рождении может оказаться низким. Анемия при беременности приводит также к увеличению риска кровотечений в перинатальном периоде. Вероятность смерти анемичных женщин при родах в 5-10 раз превышает аналогичный показатель для женщин, не страдающих анемией. Даже легкая форма анемии приводит к постоянной задержке развития мозга и снижает способность детей к обучению. Таким образом, последствия анемии для развития человека крайне негативны. Они ведут к его отрыву от нормальной социально-экономической жизни, плохой учебе в школе и низкой работоспособности (как физической, так и умственной).

Диагностика: Признаки и симптомы: Анамнез

Обычно анемия не проявляется симптоматически, пока уровень Нв не опустится до

70-80 г/л. Между симптомами и концентрацией Нв взаимосвязи не существует. Однако когда концентрация Нв снижается до уровня ниже 80 г/л, часто обнаруживаются симптомы, связанные с уменьшенной способностью переноса кислорода.

В случае хронической анемии, при постепенном снижении количества эритроцитов, очень низкая концентрация Нв часто может не проявляться симптоматически, в результате срабатывания имеющихся в организме компенсаторных механизмов.

У пациентов с анемией может отмечаться:

Астеноневротический синдром:

Повышенные утомляемость, возбудимость, раздражительность, эмоциональная неустойчивость, потливость, отставание в психомоторном развитии; вялость, астения, апатия, снижение аппетита и способности к концентрации внимания, негативизм;

у более старших детей – головные боли, головокружения, шум в ушах, мелькание мушек перед глазами, боли в сердце, а также извращенный аппетит с поеданием извести, мела, сырых картофеля и мяса, в том числе, геофагия (поедание земли, глины), пагофагия (потребление избытка льда, мороженого), извращение обоняния (любят нюхать керосин); дизурические расстройства.

Эпителиальный синдром:

Бледность кожи, слизистых оболочек (конъюктива век) и ушных раковин; сухость и шелушение кожи; дистрофические изменения кожи, ногтей, волос (исчерченность, тусклость, ломкость, редкость), слизистых рта, языка (заеды в углах рта, ангулярный стоматит, сглаженность сосочков, полированный язык, покраснение языка, жжение языка, атрофический глоссит);

гастрит, дуоденит, мальдигестия с признаками нарушения утилизации пищевых веществ в копрограмме, неустойчивый стул; тошноты; голубые склеры; иногда цвет кожи алебастрово-зеленый и отсюда название – хлороз.

Сердечно-сосудистый синдром:

Тахикардия, редко одышка, артериальная гипотония, ослабление тонов сердца и расширение границ относительной сердечной тупости, функциональный систолический шум на верхушке, иногда шумы над крупными сосудами.

Мышечный синдром:

Мышечная гипотония, быстрая утомляемость, ночное и дневное недержание мочи из-за слабости мышечного аппарата, запор.

Синдром вторичного иммунодефицита:

Частые ОРВИ, пневмонии, кишечные инфекции.

К редким симптомам дефицита железа относятся: гепатоспленомегалия, битурия (красный цвет мочи после употребления в пищу свеклы), отечность.

Физикальное обследование

Физикальные находки у пациентов с анемией разнообразны и неспецифичны. Результаты физикального осмотра могут быть нормальными. Может быть найдена бледность кожных покровов на всей поверхности тела или только на конъюктиве. У пациентов с анемией, возникшей вследствие гипотиреоидизма, может отмечаться сухость кожных покровов и хриплость голоса. Наличие синяков и петехий предполагает наличие сопутствующей патологии тромбоцитов или гемолиз.

Появление желтухи предполагает анемию, возникшую в результате дисфункции печени, дефицита витамина В12 или гемолиза. У пациентов, причиной анемии которых является злокачественное заболевание или инфекция, можно найти лимфоаденопатию.

При микроцитарных анемиях, в результате дефицита витамина В12 или фолиевой кислоты, патологическая пролиферация поверхностных эпителиальных клеток может привести к глосситу, макроглоссии или ангулярному хейлозу.

При аускультации сердца выявляют систолический (анемический) шум; изредка определяют гепатоспленомегалию. При глубокой анемии поражаются эпителиальная

ткань (шершавая кожа, ложкоподобные хрупкие ломкие ногти, выпадение волос) и слизистые оболочки (атрофия сосочков языка, эрозии в углах рта).

Лабораторная диагностика

Снижение ферритина в сыворотке – менее 30 нг/мл
Снижение насыщения трансферрина железом – менее 25%
Снижение сывороточного железа – менее 11,6 мкмоль/л
(в норме 12,5-30,4 мкмоль/л)
Снижение сидеробластов в костном мозге – менее 10%
Повышение общей железосвязывающей способности сыворотки крови – более 50 мкмоль/л (в норме 30,6-84,6 мкмоль/л)
Снижение уровня Нв – менее 110г/л у детей до 5 лет и 120 г/л – у более старших детей
Измерение Нв – надежный анализ для выявления анемии. Он широко используется потому, что в большинстве случаев задача заключается скорее в выявлении выраженной анемии, чем преклинического состояния недостаточности железа. Простейший из них – по методу Салли – основан на сравнении цветов и оптическом чтении. Он прост, доступен для любого подразделения здравоохранения, причем даже в полевых условиях. Кроме того, уровень затрат с ним связанных – низок и нет необходимости в диагностическом оборудовании.

Таблица 1
Уровни гемоглобина ниже которого наличествует анемия

Возрастная группа	Гемоглобин г/л
Дети до 5 лет	110
Дети 6- 14 лет	120
Небеременные женщины	120
Беременные женщины	110
Мужчины	130

Снижение ЦП – менее 0,8
Снижение среднего содержания Нв в одном эритроците – менее 27 пг/эр
Уменьшение среднего объема эритроцитов – менее 80 фл/мкм^3

В костном мозге характерны признаки оживления эритропоэза, что подтверждается ретикулоцитозом в крови.

Классификация

Одним из распространенных подходов для классификации анемии является определение среднего корпускулярного объёма. Средний корпускулярный объём является прямым измерением размера эритроцитов.

Согласно морфологической классификации выделяют следующие виды анемий:
Микроцитарная – средний корпускулярный объём <75-80 фемтолитров
Нормоцитарная – объём 75-80 – 100 фл
Макроцитарная – объём >100 фл

Другим подходом, помогающим установить причину анемии, является классификация на основе механизма её развития. При использовании этого метода, причины анемии классифицируются как снижение продукции эритроцитов или увеличение использования эритроцитов (кровотечение, гемолиз).

По регенераторной способности костного мозга:
Регенераторные - число ретикулоцитов – 15-50%; РИ от 1 до 2
Гипорегенераторные – РИ 1 и менее
Гиперерегенераторные – число ретикулоцитов более 50%; РИ более 2

Гиперрегенераторные анемии – типичный признак избыточного разрушения эритроцитов. РИ рассчитывается умножением величины гематокрита на число ретикулоцитов (в%) и делится на нормальный показатель гематокрита.
Например: ребенок 7 лет при гематокрите 20% число ретикулоцитов 2%
РИ = 2х20:40, т.е. 1, что указывает на недостаточную эритропоэтическую активность костного мозга при анемии.
-при анемиях вследствие кровотечения или повышенного разрушения эритроцитов РИ >3
-при анемиях в результате снижения продукции эритроцитов или в результате продукции патологических эритроцитов РИ снижен: РИ<2

По цветному показателю:
нормохромные - ЦП 0,8-1,0
гипохромные –ЦП менее 0,8
гиперхромные – ЦП более 1,0

По степени тяжести:
Легкая – снижение Нв до 90 г/л
Среднетяжелая – 70 г/л
Тяжелая – ниже 70 г/л

Исследование мазка периферической крови снабжает информацией, необходимой для установления этиологии анемии. Часто видны макро - или микроцитарные клетки. При железодефицитной анемии, можно видеть бледные, микроцитарные клетки; или большие макроцитарные клетки – в случае проводимой железозамещающей терапии. При гемолитических анемиях можно видеть фрагменты клеток – шизоциты.
Серповидноклеточную анемию, эллиптоцитоз или сфероцитоз можно диагностировать только по мазку периферической крови. Присутствие макроцитов и гиперсегментированных нейтрофилов предполагает наличие дефицита витамина В12.

Микроцитарные анемии

У большинства пациентов с микроцитарной анемией имеется железодефицитная анемия или талассемия. Железодефицитная анемия наиболее распространенная причина микроцитарной анемии. В анамнезе могут быть выявлены желудочно-кишечное кровотечение, метроррагия, пикацизм (непреодолимое желание есть крахмал, землю или другие странные непищевые вещества) или хейлоз. Очевидное кровотечение, обнаруженное при физикальном исследовании может указывать на железодефицитную анемию.

При проведении лабораторной оценки микроцитарной анемии, имеющейся у пациента, должен быть измерен ферритин сыворотки крови. Если ферритин ниже 20 нг/мл, это означает, что у пациента имеется железодефицитная анемия.

Несмотря на низкое содержание железа в депо, уровень ферритина сыворотки может быть неадекватно нормальным или повышенным у пациентов с острым или хроническим заболеванием печени, острым воспалительным процессом, лейкемией, почечной недостаточностью, а также у пациентов, получивших лечение препаратом железа. Мало вероятно, что у пациента с уровнем ферритина сыворотки более 100 нг/мл имеется железодефицитная анемия.

При наличии воспаления уровень ферритина повышается более чем в 3 раза по сравнению с нормой. У пациентов с анемией в результате хронического заболевания уровень ферритина может превышать 100 нг/мл.

Информативными являются и другие лабораторные тесты. При железодефицитной анемии уровень сывороточного железа обычно снижен, но он также может быть снижен и при анемии, сопровождающей хроническое заболевание или воспаление. Когда в организме истощены все запасы железа, концентрация трансферрина сыворотки и железо транспортирующего белка повышается в прямой пропорции со степенью дефицита

железа. Общая железо связывающая способность (непрямое измерение трансферрина сыворотки) при железодефицитной анемии обычно высокая и низкая при анемии, сопровождающей хронические заболевания или воспаление. Процент насыщенности железом вычисляется по формуле:
Железо сыворотки: общая железосвязывающая способность.
- если менее 16% - железодефицитная анемия
- более 20% - норма – при анемиях хронических заболеваний
- 16-20% - промежуточные уровни – означают дефицит железа.

Железодефицитные анемии

У пациентов с ЖДА имеется низкий уровень ферритина сыворотки, низкая концентрация сывороточного железа, высокая общая железо связывающая способность и низкий процент насыщенности железом. Однако нормальный уровень ферритина, нормальная или низкая ОЖСС не исключают диагноз ЖДА. К повышению ферритина и снижению ОЖСС могут привести сопутствующие дисфункция печени, хроническое воспаление, инфекция или злокачественный процесс.

Причины: физиологическая ЖДА возникает в случаях, когда потребность в железе превышает всасывающую способность ЖКТ. Физиологическая ЖДА наблюдается у детей в возрасте 6мес- 2 года и у беременных. Однако в большинстве случаев, ЖДА возникает в результате потери крови, включая желудочно-кишечные, патологические маточные кровотечения.

Наиболее частым и важным источником потери крови является ЖКТ. При впервые выявленных проявлениях ЖДА у взрослого, требуется проведение анализа стула на скрытую кровь. Причиной, вызывающей наибольшую озабоченность является кровотечение в результате колоректальной карциномы. Однако отрицательные результаты тестирования стула на скрытую кровь не исключают этот диагноз. В результате проведения одного из исследований было установлено, что при проведении в качестве скрининга только исследований стула на скрытую кровь, в 50-60% колоректальные неоплазмы не были выявлены. Следовательно, если к Вам обращается пациент с ЖДА без наличия очевидного источника кровотечения, должна быть проведена эндоскопия верхнего и нижнего этажа ЖКТ.

После желудочно-кишечного кровотечения, следующей наиболее распространенной причиной кровопотери является патологическое маточное кровотечение или менометроррагия. При ретроспективном обзоре 61 женщины с ЖДА, возникшей в результате патологического маточного кровотечения, у 66% обследуемых было найдено доброкачественное внутриматочное новообразование.

Занятие № 16

Анемия и рациональное питание.

Лечение

Следует помнить, что лишь диетой устранить дефицит железа в организме невозможно – необходимо назначать препараты железа.
Общими принципами назначения препаратов железа в педиатрии являются:
- преимущественное назначение препаратов внутрь и редкость парентерального из-за побочных эффектов (аллергические реакции, постинъекционные абсцессы и флебиты, гипотензия, увеличение риска бактериальных инфекций вплоть до сепсиса, гемосидероз)
- препараты закисного (2хвалентного) железа лучше всасываются, чем окислого (3хвалентного), а потому их давать предпочтительнее
- суточная доза должна составлять по элементарному железу 5-6 мг/кг; большие дозы не увеличивают эффективность лечения, но дают больше побочных эффектов (расстройства функции ЖКТ, вплоть до изъязвлений, стенозов, непроходимости; увеличение риска кишечных инфекций), суточную дозу препарата делят на 3 приёма
- в первые несколько дней лечения для установления переносимости препарата доза может быть вдвое меньшей

- длительность назначения железа в лечебной дозе должна быть не менее 3 мес, ибо на первом этапе это – купирующая терапия, восполняющая уровень гемоглобина и периферические запасы железа (обычно около 1-1,5 мес); на втором этапе необходимо восстановить тканевые запасы железа и на третьем – осуществить противорецидивные мероприятия
- препараты железа нужно давать в промежутке между едой и запивать их свежими фруктовыми или овощными соками (особенно хороши цитрусовые)
- нельзя запивать препараты железа молоком
- одновременное назначение с препаратами железа аскорбиновой кислоты и витамина Е увеличивает эффект лечения
- нет необходимости одновременно с препаратами железа назначать витамины В6 и В12, фолиевую кислоту – при отсутствии специальных показаний
- показаниями для парентерального назначения препаратов железа являются: наличие патологии ЖКТ с нарушением всасывания (синдромы мальабсорбции, энтериты, язвенно-некротический энтероколит), непереносимость принимаемых внутрь препаратов железа; суммарная доза препаратов железа для парентерального введения на курс лечения в мг:
(120 – Нв больного в г/л) х масса тела в кг х 0,4
вводят вначале в дозе 25 мг и далее через каждые 3 дня по 50 мг; после окончания курса необходимо назначить препараты железа внутрь.
- ожидаемые результаты применения препаратов железа: через 72-96 часов – увеличение ретикулоцитоза и через 7-10 дней (лаг-период) – повышение уровня Нв (хороший результат примерно 5 г/л в неделю). После нормализации уровня Нв лечение препаратами железа продолжают ещё 4-6 недель для восстановления тканевых депо железа.

Легкая и среднетяжелая форма – лечение амбулаторное

При сочетании анемии с другими заболеваниями и при тяжелой форме болезни детей лечат в стационаре.

Начальная терапия железо дефицитной анемии заключается в назначении препаратов железа per os и попытке оценить потерю крови, возникающую в результате кровотечения или гемолиза. Одно только замещение железа является недостаточным. В качестве основной причины железодефицитной анемии у взрослых, должна рассматриваться потеря крови, а не плохое питание. Почти не существует никакого соотношения между уровнем потребления железа и наличием железо дефицитной анемии.

Железо содержащие препараты, предназначенные для орального приема, должны содержать приблизительно 60мг элементарного железа (300мг сульфата железа). Пациент должен принимать железо три раза в день на голодный желудок. Сульфат железа более предпочтителен, из-за его низкой стоимости и широкой доступности. Эти препараты можно приобрести без рецепта. У 15 % пациентов возникают побочные эффекты со стороны ЖКТ: запоры, спазмообразные боли в животе или диарея. Прием препаратов железа с едой, может снизить его всасывание, но устранит побочные эффекты. Наиболее неприятными побочными эффектами являются тошнота и дискомфорт в области эпигастрия, которые возникают спустя 30-60 минут после приема железа. У многих пациентов выраженность побочных эффектов снижается или они исчезают спустя 48-72 часа от начала лечения. Таким образом, пациентов нужно поощрять к продолжению оральной терапии железом в течение нескольких дней, несмотря на побочные эффекты. Если дискомфорт в области эпигастрия продолжается, доза препарата может быть снижена, можно проинструктировать пациента принимать педиатрические суспензии железа. Пациентов нужно предупредить, что стул приобретет черный цвет.

Количество ретикулоцитов должно возрасти в течение 7-10 дней после начала терапии препаратом железа, значение гематокрита должно увеличиться в течение 7 дней спустя начала лечения. Из-за того, что абсорбция железа варьирует, замещение общего железа в депо организма намного ниже. Концентрация гемоглобина должна

восстановиться на половину в пределах 3-х недель и восстановиться полностью в течение 6-и недель. Повторную оценку степени восстановления концентрации гемоглобина, нужно провести в течение 4-6 недель с момента начала лечения. После восстановления уровня гемоглобина до нормы, лечение нужно продолжать еще приблизительно 3 месяца для заполнения депо железа. Прекратить прием перорального железа можно, при уровне ферритина сыворотки крови выше 50 ng/mL. Этот уровень соответствует приблизительно 500 mg железа в депо взрослого человека среднего роста и веса.

Распространенной ошибкой в лечении пациентов с железо дефицитной анемией является неадекватное мониторирование ответа на проводимое лечение. Спустя 1-2 недели после начала лечения, желательно пригласить пациентов на повторный визит, для обсуждения проблем, с которыми они могли столкнуться в процессе лечения препаратами железа и для регулировки терапевтического режима.

Парентеральный способ введения препаратов железа может потребоваться пациентам, плохо переносящим оральную терапию железом или при выраженной мальабсорбции железа. Это лечение заключается в ежедневных внутримышечных инъекциях сорбитекса железа (от 1,5 мг/кг до максимальной дозы в 100 мг за одну инъекцию) или декстрана железа.

Основное в лечении – применение препаратов железа на фоне организации рационального питания, режима и по возможности устранения причин, способствующих развитию заболевания.

Медленно растворяющиеся препараты позволяют лишь небольшому количеству железа вступать в контакт с дуоденальной слизистой оболочкой в данный момент времени, что содействует улучшению как абсорбции, так и переносимости препарата.

- для детей до года удобно применять жидкие лекарственные формы – ферронат, мальтофер, мальтофол, дети охотно принимают при разведении с соками (цитрусовые, яблочные). Как правило, они дороги, нестабильны, портятся при хранении и содержат минералы и витамины, не нужные для большинства пациентов.
- детям старше года назначают препараты с двухвалентным железом (в кишечнике двухвалентное железо лучше всасывается) в виде таблеток феррокаль, ферроплекс (в каждом по 40 мг железа). При расчете лечебной дозы ребенку раннего возраста рекомендуется исходить из 5-8 мг на кг в сутки (5 мг/кг если хлорид, лактат, сульфат железа; 8 мг/кг – если применяется глюконат железа), разделенные на 3 приема. Однако чтобы избежать побочных реакций нужно начинать с половинной дозы, и только при хорошей переносимости препарата через неделю вводить полную дозу. Принимают натощак с аскорбиновой кислотой. Полную дозу препарата дают до нормализации Нв и количества эритроцитов, после чего снижают наполовину и продолжают лечение еще 6 месяцев. Обычно лечебную дозу дают в течение 3-4 месяцев. Если через 3 недели от начала лечения содержание Нв не повышается, необходимо направить на стацлечение.
- недоношенные дети должны получать препараты железа в течение всего 2-го года жизни
- препараты железа для парентерального введения (феррум-лек, фербитол) используют для лечения больных с тяжелой анемией в стационаре. Скорость нарастания Нв при этом выше, чем при приеме внутрь. Вводят глубоко в/м детям с массой тела до 5 кг – 0,3 мл; 5-10 кг – 1 мл; от 1 года до 3 лет – 2 мл; старшим детям – 3-4 мл 1 раз в день. Курсовую дозу распределяют на 6-10 в/м инъекций. Причем первая доза должна составлять 1/2 разовой; вторая – 2/3 и только с третьей инъекции вводится полная разовая доза. При введении избыточных доз железа парентерально увеличивается риск гемосидероза,

сепсиса, поэтому часто и тяжело болеющим детям парентерально железо не назначают.

- нерационально шаблонное назначение антианемических препаратов – витамин В12, фолиевая кислота, но показан курс витамина Е
- наряду с этим дети должны получать пищу богатую железом и витаминами: фруктовые и овощные соки, желток, мясо, печень. Важно помнить, что только с помощью диеты вылечить ЖДА невозможно.
- Массаж, гимнастика. ЛФК, свежий воздух.

Профилактика

При анемии вызванной недостатком питания наиболее эффективны профилактика и медицинское просвещение.

Для предотвращения анемии необходимо есть пищу, богатую железом, такую как мясо, рыба, печень, яйца, зелень (овощи), салат из зеленых листьев, тыква, шпинат, темные зеленые листья, бобовые, фасоль, переработанные дома зерновые или свежие фрукты.

Также настоятельно рекомендуется добавлять большие количества темных зеленых листьев при тушении, в супы и приправы.

Важно обеспечить доступ к веществам, способствующим усвоению железа. Уровень его усвоения может колебаться от 2 до 40% в зависимости от наличия или отсутствия способствующих тому веществ или ингибиторов в пище.

Таблица 2

Факторы, способствующие абсорбции железа	Факторы, препятствующие абсорбции железа
-мясо, рыба, птица, морепродукты - витамин С (фрукты, соки, картофель, зеленые листья, цветная капуста) - прораще нная пища, снижающая уровень фитатов	- фитаты (зерновые, мука высшего сорта, орехи и семена) - танины (чай, кофе, какао) - кальций (молоко и молочные продукты)

Начинается с предупреждения недостатка железа у женщин репродуктивного возраста. Всем беременным на протяжении 2-ой половины беременности и в период лактации, особенно до введения прикорма, необходимо назначать препараты железа: гемостимулин в дозе 1,0 г в сутки последние 2-3 месяца. в период кормления грудью до введения прикорма: доза гемостимулина 0,5 мг в сутки (1 таб). Важность антенатальной профилактики дефицита железа обусловлена тем, что удельный вес железа, полученного внутриутробно от матери, составляет на первом году 70% и на втором – 40%.

ВОЗ рекомендует давать всем беременным женщинам, начиная с пятого месяца беременности и в течение первых месяцев лактации таблетки солей железа. Рекомендуемая доза составляет 120 мг железа (2 таб по 60 мг) перед едой. Эти таблетки не принесут вреда тем немногим зародышам, которые в них не нуждаются, и окажут благоприятное воздействие на большинство женщин, страдающих анемией.

Диспансерное наблюдение

Длительность наблюдения за детьми, перенесшими тяжелую и среднетяжелую анемию -–6 месяцев после нормализации анализов крови. В течение этого времени анализы крови делают 1 раз в месяц и освобождают от профпрививок на 6 месяцев с момента нормализации анализа крови.

Добавки железа в пищу

Многие люди имеют недостаточный рацион питания, что может привести к развитию анемии даже в нормальных условиях.
При невозможности расширения рациона питания наилучшей стратегией является насыщение железом существующего рациона. Продукт, в который следует добавлять железо, должен потребляться большинством членов намеченной группы, причем во всех блюдах. Он не должен быть дорогим или вести к изменению вкуса или запаха пищи. Обычно в этих целях используется молоко, зерновые, сахар, соль.
Стоимость защиты 1 человека в год – 0,1$США; для таблеток железа – от 2,65 до 4,44$США.
Насыщение пищи железом должно осуществляться централизованно. Эти продукты должны быть доступны и потребляться в предсказуемых количествах.
При выборе продукта для насыщения железом важна информация о привычном рационе питания. Легче всего насыщать муку, т.к. из неё изготавливаются хлеб и макароны. Можно насыщать рис (как в Филиппинах), сахар, соль.
Для детей до 2 лет успешно используются добавки в молоко, бисквиты.

Функциональные последствия недостаточности железа

Снижение интеллектуального коэффициента:
Исследования в Индонезии показали обратимость познавательной деградации при использовании железосодержащих добавок; а исследования в Таиланде – необратимость: плохие результаты экзаменов по тайскому языку и математике не улучшились после приема препаратов железа.
Обследование старшеклассников в Чили и Коста-Рике показали низкий IQ у детей, перенесших в младенчестве умеренную анемию.
Существует позитивная линейная зависимость между недостатком железа и работоспособностью, которая быстро восстанавливается при добавлении в пищу железа. Проводились обследования среди сборщиков каучука и чая в Индонезии и Шри-Ланке; при этом прирост в производительности и оплате труда составил 10-30%.

Занятие № 17

Тема: Доказательная медицина.(1)

		По окончанию занятия студент должен знать: • Что означает доказательная медицина? • Ключевые этапы в применении ДМ • Анатомию хорошо сформулированного клинического вопроса (ПВСИ) • Структура типов медицинских исследований **Студент должен уметь:** • Правильно сформулировать вопрос • Провести поиск информации
8.30	**Входной**	Студентам раздается анкета, на которую они должны

- 8.50	**контроль уровня знаний по доказательной медицине**	ответить.
8.50 - 9.20	Клинический случай.	К вам обратился мужчина 51 года с жалобами на боли в грудной клетке. Прежде он чувствовал себя хорошо, но 2 недели тому назад во время подъема в гору у него появились неприятные ощущения за грудиной, прекратившиеся после 2-3 минут отдыха. С тех пор подобные ощущения повторялись несколько раз, иногда во время физической нагрузки, иногда в покое. Пациент выкуривает одну пачку сигарет в день и знает, что у него «слегка повышено» артериальной давление. Больше он ни на что не жалуется и никаких лекарств не принимает. Тем не менее он беспокоится о своем здоровье, в особенности его тревожит вопрос, нбет ли у него болезни сердца? Полное физикальное исследование и регистрация ЭКГ в покое не выявили отклонений от нормы, за исключением повышения артериального давления – 150/96 мм рт.ст. У этого пациента наверняка много вопросов к вам. «Болен ли я?» «Насколько вы уверены в этом?» «Если я болен, то какова причина болезни?» «Как болезнь повлияет на меня?» «Какие меры могут быть приняты?» «Сколько это будет стоить?». Будучи лечащим врачом данного пациента, вы должны ответить на эти вопросы и составить соответствующий план действий. Высока ли вероятность того, что болезнь серьезна и требует немедленного лечения, а не только рекомендации и обследования? Насколько надежны разные диагностические методы для различения таких причин болей в грудной клетке как стенокардия, спазм пищевода, миалгия, невроз и т.д.? Возможно ли, например, с помощью ЭКГ-пробы с физической нагрузкой подтвердить или исключить ишемическую болезнь сердца? Если диагностирована ИБС, то в течение какого времени она будет проявляться болевым синдромом? Существует ли опасность для жизни? Насколько вероятны осложнения – застойная сердечная недостаточность, ИМ, атеросклероз сосудов и других органов? Можно ли улучшить прогноз, устранив такие факторы риска, как курение и артериальная гипертензия? Если удастся снять боль с помощью лекарств, то понадобится ли все же операция аортокоронарного шунтирования?
9.20-11.00.	Демонстрация преподавателем презентации.	Презентации: 1. «**ДМ: связь научных доказательств и клинической практики**» **2. «Формулирование клинического вопроса»** **3. «Почему мы нуждаемся в доказательствах»**
11.00 - 11.50	**Задание для студентов: студентам предлагается прочитать**	**Задание № 1.** **Ознакомьтесь, пожалуйста, с клинической задачей и ответьте на вопросы, выбрав один, наиболее правильный на**

	клиническую задачу и ответить на вопросы (по 1 вопросу на каждого студента).	**Ваш взгляд, ответ.** В приемное отделение поступает пациентка 47 лет с синдромом боли в средней трети брюшной полости. Она отмечает, что боль началась несколько часов назад и оценивает ее по силе в 9 баллов по десятибалльной шкале. Отмечает тошноту, отсутствие стула в течение настоящего дня и говорит, что употребляла за последние два дня обычную пищу. Но замечает, что боль началась почти сразу после ужина, когда она съела жареную курицу, рис и немного картошки. При пальпации отмечается слабое напряжение передней брюшной стенки в средней трети живота и в верхней трети справа. Больная испытывает сильное беспокойство и возбуждена. При аускультации живота отмечается метеоризм. Обзорная рентгенография брюшной полости и анализ крови заказаны. Пациентке дан Зантак и Маалокс. Врач принимает решение о применении наркотических анальгетиков для контроля болевого синдрома. Пациентка против такой тактики, т.к. она – врач и обеспокоена тем, что назначение опиатов приведет к стиранию реальной картины и затруднит диагностику болевого синдрома. После дискуссии с врачом она решает покинуть приемное отделение с намерением вернуться утром для проведения УЗИ. Врач предлагает пациентке взять с собой одну таблетку Промедола на случай усиления болей. Она отказывается и покидает приемное отделение до утра. Вопрос № 1 Какая **проблема/пациент** описана в клинической задаче? ❑ 47 –летняя женщина среднего возраста ❑ пациент, поступивший в приемное отделение ❑ пациент с абдоминальной болью ❑ женщина с болью в средней трети брюшной полости **Вопрос № 2** Какое основное **вмешательство** Вы будете рассматривать? ❑ лабораторные результаты и рентгенограмму ❑ наркотики (опиоидные анальгетики) ❑ Маалокс ❑ не уверены **Вопрос № 3** Что Вы выберете в качестве **сравнения** с выбранным Вами вмешательством? ❑ Маалокс или Зантак ❑ Промедол ❑ рис и картошка ❑ нет альтернативы для сравнения

		Вопрос № 4 Что Вы намерены измерять в качестве **исхода**? ❑ купирование боли ❑ купирование боли и постановка правильного диагноза ❑ диагноз ❑ выписывание пациента из приемного отделения **Вопрос № 5** Какой **вопрос** Вы предпочтете в качестве **хорошо сформулированного**? ❑ Приводит ли применение наркотиков у пациентов в приемном отделении к затруднению диагностики заболеваний? ❑ Эффективны ли наркотики для купирования болевого синдрома у женщин с абдоминальной болью? ❑ У пациентов с абдоминальной болью, мешает ли назначение наркотиков для купирования болевого синдрома постановке точного диагноза? ❑ Какой диагностический тест является лучшим для купирования болевого синдрома на уровне приемного отделения? **Вопрос № 6** Какой **тип вопроса** задан? ❑ Клиническое исследование ❑ Диагностическое тестирование ❑ Прогноз ❑ Терапия ❑ Ущерб ❑ Профилактика ❑ Стоимость **Вопрос № 7** Какое **исследование** будет наиболее **релевантным** для ответа на поставленный вопрос? ❑ Рандомизированное контролируемое исследование ❑ Когортное исследование ❑ Исследование случай-контроль ❑ Проспективное исследование ❑ Обзор ❑ Мета-анализ ❑ Перекрестное исследование
11.50-12.50	Обед	
12.50 - 13.20	**Презентация**	**“Скрининг”**

13.20 - 15.00	Закрепление материала. Студентам раздается задача на диагностику	**Диагностика. Задача 1.** **<u>Цель:</u>** 1. После выполнения задачи слушатели должны уметь определить являются ли клинические данные (симптомы, результаты тестов) достаточно точными и действительно необходимыми для определенной клинической практики. **<u>Задачи:</u>** После выполнения задачи Вы должны уметь: 1. Оценить валидность статьи по диагностическому тесту 2. Рассчитать отношения правдоподобия 3. Рассчитать отношения правдоподобия для диагностического теста 4. Выявить применимость диагностического теста к определенной ситуации **Проблемно-ориентированный подход:** 1. Прочитать клиническую ситуацию 2. Сформулировать клинический вопрос по клинической проблеме 3. Провести литературный поиск, используя термины из сформулированного клинического вопроса и представить результаты поиска 4. Прочитать материал из книги: Путеводитель читателя медицинской литературы. М.:Медиасфера, 2003. 5. Заполнить оценочный лист статьи, посвященной диагностике 6. Выявить, изменят ли результаты данного диагностического теста Ваш подход к пациенту **<u>Клиническая ситуация:</u>** Вы являетесь новым семейным врачом в отделении неотложной помощи районной больницы. Сейчас конец января, период инфекционных заболеваний; только что Вы провели осмотр пятимесячного новорожденного с температурой 39,2 ^{0}C без явных очагов инфекции. Количество лейкоцитов периферической крови – 13000, анализ мочи – без бактерий в поле зрения. У новорожденного, которого Вы осматривали сегодня утром, имеются такие же лабораторные анализы (включая отрицательную люмбальную пункцию). Вы думаете, что новорожденный инфицирован вирусом. Родители ребенка, которого Вы сейчас осматриваете, говорят, что у некоторых их родственников также наблюдаются симптомы ОРЗ; в последние два дня у ребенка чистые выделения из носа, один день был кашель. Анализ на респираторно-синцитиальный вирус (RSV)[1] – отрицательный, и Вы сейчас затрудняетесь сказать, тот же ли тип вирусной инфекции у ребенка. Родителям Вы объясняете, что для подтверждения диагноза Вам необходимо сделать анализ спинно-мозговой жидкости. В свою очередь, они спросили, существует ли какой-нибудь другой способ уточнения диагноза в

[1] RSV – респираторно-синцитиальный вирус, РНК-содержащий вирус рода Pneumovirus, возбудитель, так называемых, малых респиратоных инфекций у взрослых, бронхита и бронхопневмонии у детей.

		данном случае. Вы вышли из приемной, чтобы проконсультироваться у коллеги по данному вопросу и вкратце рассказали ему два типовых случая. Ваш коллега ответил, что лаборатория недавно приобрела новый тест на грипп под названием QuickVue, но он не уверен в качестве данного теста. Вы быстро формулируете клинический вопрос и начинаете поиск в базе данных PubMed, используя опцию «Clinical Queries». **Материалы для работы:** (English version) 1. Guyatt GH, Rennie D, Editors, The Evidence-Based Medicine Working Group. User's Guides to the Medical Literature: A Manual for Evidence-Based Clinical Practice. AMA Press, Chicago, 2002: Richardson WS, Wilson M, Guyatt G. 1C. The process of diagnosis.pp.101-108. Jaeschke R, Guyatt G, Lijmer J. 1C2. Diagnostic tests. pp.121-140. (Русская версия) 1. Путеводитель читателя медицинской литературы. М.:Медиасфера, 2003: Ричардсон У.С., Уилсон М., Гайятт Г. Диагностика. Часть 6. , стр.133-143. Йешке Р., Гайятт Г., Лиймер Д. Диагностические методы. Часть 8., стр. 162-188. 2. Poehling KA, Griffin MR, Dittus RS, Tang YW, Holland K, Li H, Edwards KM. Bedside diagnosis of influenza virus infections in hospitalized children // Pediatrics 2002, July: 83-8. **Рекомендуемая литература:** 1. Richardson WS, Wilson M, Lijmer J, Guyatt G, Cook D. 1C1. Differential diagnosis, pp. 109-119. 2. Richardson WS, Wilson M, Williams J, Moyer V, Naylor CD. 2C. Diagnosis. Clinical manifestations of disease, pp. 449 - 459. 3. McGinn T, Guyatt G, Cook R, Meade M. 2C. Diagnosis. Measuring agreement beyond chance, pp. 461-470. 4. McGinn T, Guyatt G, Wyer P, Naylor CD, Stiell I. 2C Diagnosis. Clinical prediction rules. pp.471-483. Letelier LM, Weaver B, Montori V. 2C. Diagnosis. Examples of likelihood ratios, pp. 485-515
15.00-15.25		Обсуждение новой темы

АНКЕТА

Входной контроль уровня знаний по доказательной медицине

1. **Насколько Вам знакомы следующие термины?**
   (поставьте соответствующий балл)
   1- никогда на слышал(а)
   2- слышал(а) этот термин, но не знаю, что он обозначает
   3- термин мне известен, но я не могу детально объяснить, что он означает
   4- хорошо знаком с термином, могу объяснить в деталях

Доказательная медицина	
Рандомизированное контролируемое исследование	
Когортное исследование	
Кокрановское Сотрудничество	
Систематический обзор	
Мета-анализ	
Абсолютный риск	
Относительный риск	
Доверительный интервал	
Значение p (p< или p>)	
Отношение шансов	

2. Какими источниками информации Вы пользуетесь?
(поставьте соответствующий балл против КАЖДОГО источника)

1- регулярно
2- часто
3-редко
4-никогда

Учебники и монографии	
Лекарственный справочник Машковского	
Лекарственный справочник Видаль	
Другие лекарственные справочники	
Федеральное руководство по рациональному использованию лекарственных средств (формулярная система)	
Российские клинические руководства/рекомендации	
Зарубежные (международные) клинические руководства/рекомендации	
Медицинские журналы, которые получаете бесплатно	
Медицинские журналы, которые Вы или Ваша организация получаете по подписке	
Зарубежные медицинские журналы	
Советы коллег	
Курсы повышения квалификации	
Съезды, симпозиумы, конференции	
Реклама	
Кокрановская Библиотека	
Доказательная медицина. Ежегодный справочник.	
Интернет	

3. Сколько часов в неделю Вы посвящаете чтению?
(отметьте соответствующий пункт)

1- менее 1 часа

2- 1-5 часов
3-более 5 часов

4. Каким из перечисленных источников информации вы доверяете?
(оцените по 5-балльной шкале: 1- минимальное доверие, 5- максимальное)

Учебники и монографии	
Лекарственный справочник Машковского	
Лекарственный справочник Видаль	
Другие лекарственные справочники	
Федеральное руководство по рациональному использованию лекарственных средств (формулярная система)	
Российские клинические руководства/рекомендации	
Зарубежные (международные) клинические руководства/рекомендации	
Медицинские журналы, которые получаете бесплатно	
Медицинские журналы, которые Вы или Ваша организация получаете по подписке	
Зарубежные медицинские журналы	
Советы коллег	
Курсы повышения квалификации	
Съезды, симпозиумы, конференции	
Реклама	
Кокрановская Библиотека	
Доказательная медицина. Ежегодный справочник.	
Интернет	

5. Оцените Ваше владение английским языком:
(отметьте соответствующий пункт)
1 – не владею
2 – читаю со словарем
3 – читаю без словаря
4 – владею свободно

6. Оцените Ваши компьютерные навыки:
(отметьте соответствующий пункт)
1 – не пользуюсь компьютером
2 – пользуюсь редко, по необходимости
3 – пользуюсь регулярно

ОЦЕНОЧНЫЙ ЛИСТ СТАТЬИ: ДИАГНОСТИКА

	Вопрос	***Комментарии***
I	***Достоверны ли результаты исследования?***	
1	Был ли использован соответствующий диагностический стандарт для постановки окончательного диагноза? Правильно ли был организован диагностический процесс?	

	Вопрос	***Комментарии***
2	Соответствуют ли критерии включения участников задачам исследования? Репрезентативна ли выборка пациентов для анализа данной клинической проблемы?	
3	Применялся ли в группах лечения и контроля слепой метод при сравнении результатов изучаемого диагностического теста и «золотого стандарта»?	
4	Повлияли ли результаты изучаемого диагностического теста на решение о необходимости применения «золотого стандарта»?	
II	***Каковы результаты исследования?***	
1	Какие значения отношения правдоподобия соответствуют возможному диапазону результатов диагностического теста?	
III	***Могу ли я применить результаты исследования на практике?***	
1	Настолько ли убедительны данные о воспроизводимости результатов изучаемого теста и интерпретация этих данных, чтобы их можно было применить в условиях моей практики?	
2	Возможно ли применение полученных результатов у моего пациента?	
3	Окажут ли полученные результаты влияние на мою тактику ведения пациента?	
4	Улучшится ли качество оказания медицинской помощи вследствие применения изучаемого диагностического метода?	

Занятие № 18

Тема: Доказательная медицина. Занятие 2.

		По окончанию занятия студент должен знать: • Структуру типов медицинских исследований • Уровни доказательств • Средства поиска информации в Интернет • Универсальные поисковые машины **Студент должен уметь:** • Определить уровни доказательности исходных данных

		• Провести поиск информации в Интернет
8.30-9.00	Повторение пройденного материала	Студенты делятся на группы по 2 человека. Каждой группе дается практическое задание на профилактику-составить план обследования пациентов. Практическое задание Ознакомьтесь, пожалуйста, с условием задач и составьте план обследования пациентов. **Задача №1.** • Мужчина 18 лет – собирается служить в армии, нет данных о предыдущих прививках • В семейном анамнезе болезнь сердца – два брата умерли от инфаркта, не достигнув 50 лет • У другого брата проблемы с печенью и пристрастие к алкоголю • Ведет активную половую жизнь с подругой, а также – при случайных знакомствах с женщинами, есть небольшие выделения из уретры **План обследования:** **Задача №2.** • Двухмесячный мальчик • Прививок при рождении нет • На грудном вскармливании • Мать курит • В семье есть машина • В анамнезе матери – туберкулез • Из семейного анамнеза – брат внезапно умер в возрасте 4 месяцев по неизвестной причине **План обследования:** Практическое задание **Ознакомьтесь, пожалуйста, с условием задач и составьте план обследования пациентов.** **Задача №3.** • Женщина 47 лет (белая) • Полная, курит, внешне депрессивна • В семейном анамнезе – рак груди у двоюродной сестры и диабет у матери • Семейный анамнез также отягощен по раку толстой кишки • Признает, что выпивает по 3-4 рюмки алкоголя в день • Работает на текстильной фабрике, имеет хронические боли в спине

		План обследования: **Задача №4.** • Мужчина 55 лет – бизнесмен, руководящий работник • Страдает ожирением, курит и выпивает в «компании» • Регулярные стрессовые нагрузки на работе, недавно развелся с женой • Последние 10 лет не обследовался • Частые ночные мочеиспускания • В основном употребляет мясную пищу • Хронический кашель с мокротой **План обследования:**
8.50-9.30..	Демонстрация преподавателем презентации.	Презентация 1**.” Дизайн медицинских исследований”**
9.30-10.30	**Задание для студентов: студентам предлагается прочитать статью из журнала и определить дизайн исследования**	Статьи из научных журналов «Педиатрия», «Мед. журнал Узбекистана» и другие раздаются по 1 статье на 2 студентов. После определенного времени один из студентов каждой группы делает презентацию по прочитанной статье.
10.30-11.00	**Презентации 2,3**	**2. «Градации уровней доказательств для исходных данных и рекомендаций»** **3. «Поиск информации в Интернет»**
11.00-11.50	**Задание для студентов**	Студентам предлагаются полученные в результате исследований исходные данные, а также рекомендации. Необходимо определить их уровни доказательств.
11.50-12.50	**Обед**	
12.50-13.50	Задание для студентов	Продолжение выполнения задания для определения уровня доказательности
14.00-15.00	Задание для студентов	Студентам предлагаются задания для поиска информации в Интернет **Задание № 1.** **Клинический вопрос «Терапия».** Десять лет назад для лечения застойной сердечной недостаточности (ЗСН) широко применялось лишь несколько лекарственных препаратов. Какие новые лекарства стали известны в последнее время и насколько они эффективны в снижении смертности от ЗСН? Проблемы поиска в данном случае связаны с количеством материалов, представленных в базах данных. Такой широкий поиск должен быть ограничен только публикациями самого

		высокого качества – рандомизированными контролируемыми исследованиями. Следует использовать также подзаголовки, помогающие сузить поисковую стратегию. **Задание № 2.** Опираясь на полученные Вами результаты при выполнении практического задания №1, сформулируйте стратегию поиска в системе Medline для поиска релевантных для Вашего вопроса исследований. Проведите поиск и представьте преподавателю на экране монитора Ваши результаты. Пример отображения Ваших результатов: 1 abdominal pain 10718 2 narcotics 55014 3 diagnosis 684294 4 1 AND 2 AND 3 17 Из результатов Вашего поиска выберите 3-4 статьи наиболее релевантные для нашего вопроса. **Задание № 3.** Сформулируйте, по желанию, любой клинический вопрос, представляющий для Вас наибольший интерес. Определите тип вопроса и релевантные для него типы исследований. Сформулируйте стратегии поиска для англоязычных и русскоязычных медицинских БД (баз данных). Проведите поиск и выберите наиболее релевантные для ответа на Ваш вопрос статьи, предварительно оценив их качество. Запишите полученные Вами результаты. *В качестве англоязычных БД Вы можете использовать MEDLINE,OVID, Cochraine Library.* **Задание № 4.** **Клинический вопрос «Диагностика».** Рассеянный склероз (РС) – прогрессирующее неврологическое заболевание, традиционно трудное для диагностики. Обычно диагноз РС ставится после того, как исключены опухоли мозга или пернициозная анемия. Какие диагностические тесты в настоящее время являются рутинными для диагностики РС? Каков «золотой стандарт» диагностики РС? Здесь представлен довольно прямой вопрос поиска с немногими уловками. Золотой стандарт диагностики РС в настоящее время – МРТ или «время» (выжидательное наблюдение). **Задание №5** **Клинический вопрос «Этиология, Причина».** *Существует ли доказанный защитный эффект лука и чеснока от злокачественных или сердечно-сосудистых заболеваний?* Это достаточно простой поиск, однако, имеющиеся по этому вопросу данные весьма противоречивы.

		Задание № 6. **Клинический вопрос «Клинические руководства».** К настоящему времени известно значительное число клинических руководств по диагностике и лечению гиперхолестеринемии. Сколько можете найти Вы? Клинические руководства являются, пожалуй, наиболее трудной для поиска категорией доказательств.
15.00-15.25		Обсуждение новой темы

Занятие№ 19

Модель Университета Гронинген. Выбор П (персонального) лекарственного средства. Определение проблемы пациента и выбор терапевтической цели. Индивидуальное лечение конкретного больного.

Цель занятия: Научить студентов правильному назначению лекарственных средств и объяснить какого рода информацию следует давать пациенту; научить назначать лекарства в зависимости от возраста, пола, социально-культурный характеристики пациента; учитывать то, что пациенты имеют собственное мнение о надлежащем лечении и должны быть полноправными партнерами в процессе лечения.

Задачи занятия: Курсанты должны знать:

1. Определение целей лечения и информирование пациента.
2. составление собственного перечня лекарственных средств, которые курсанты будут назначать регулярно.
3. Выбор из различных альтернативных то лечение, которое доказано, как самое эффективное и безопасное.

Студенты должны уметь:

1. выбрать Персональное (П-лекарство) лекарство.
2. составить свой собственный перечень основных лекарственных средств, используя рациональный путь.

Материалы занятия:

Презентации РР: Рациональное применение лекарственных средств.

1. Представление о целях и задачах занятия.
2. Рациональная фармакотерапия. Модель Университета г. Гронинген, Нидерланды.
3. Ступени при выборе П-лекарства:1) постановка диагноза; 2) определение цели лечения; 3) составление перечня эффективных групп лекарственных средств; 4) выбор эффективной групп по соответствующим критериям; 5) выбор П-лекарства; 6) наблюдение за ходом лечения (его прекращением?).

9^{00} Повторение вчерашней темы:

Предпочтительно проведение в виде «мозгового штурма»

1. Перечислите чем определяются пути введения лекарственных препаратов.

Для преподавателя эталон ответов:

А) необходимостью получения быстрого эффекта

Б) фармакокинетикой препарата (нитроглицерин – сублингвально, норадреналин – внутривенно и т.д.)

В) возможностью создать наибольшую концентрацию в очаге и минимизировать резорбтивные действия (ингаляционная форма противоастматических средств);

Г) сопутствующими заболеваниями (парентеральное или ректальное введение НПВС у больных с сопутствующей язвенной болезнью).

2. Каким образом можно предупредить развитие/уменьшить действие побочных эффектов лекарственных средств?

Для преподавателя эталон ответов:

А) лекарственные средства нужно назначать строго по показаниям, в оптимальных дозах, избегать их внутривенного введения.

Б) разовая и суточная дозы ЛВ должны подбираться индивидуально, на основании существующих маркеров их фармакодинамической эффективности;

В) при назначении ЛВ необходимо соотносить весь перечень их ПЭ функциональному состоянию органов и систем больного, в отношении которых может быть отмечено проявление токсичности;

Г) проведение комбинированной терапии должно предусматривать возможность развития синергизма, суммации и потенцирования фармакодинамических эффектов используемых ЛВ;

Д) при проведении различных видов фармакотерапии необходимо прогнозировать развитие кумуляции ЛВ вследствие возможного изменения процессов биотрансформации и элиминации применяемых препаратов;

Е) когда возможность развития побочных эффектов высока (по данным анамнеза) или она определена в процессе фармакотерапии необходимо использовать метод «медикаментозного прикрытия».

9^{15} Преподаватель делает представление о целях и задачах занятия. 15 мин. Презентация PP. СД диск, раздел: Представление о целях и задачах занятия.

9^{35} Работа в группе (круглый стол). 10 мин. Ознакомление с методическими указаниями по рациональной фармакотерапии и дискуссия. Материалы:

1. «Рациональная фармакотерапия». Методические указания, Ташкент, 22 ноября 1999 года. Скажите студентам, что они внимательно ознакомятся с методическими указаниями после занятий в библиотеке.

2. «Руководство по надлежащему назначению лекарственных средств». Практическое пособие. ВОЗ, Программа действий по основным лекарственным средствам, Женева, 1997 г.

9^{45} Интерактивная лекция. 20 минут. Рациональная фармакотерапия. Модель Университета г. Гронинген, Нидерланды.

10^{05} Практика 1 час. Разбить студентов на 3 группы. Скажите им, что сейчас они будут заниматься лечением конкретного пациента согласно условиям ситуационной задачи, наблюдать за ходом лечения, используя при этом Гронингенскую модель.

I группа студентов: Ролевая игра. Участники: врач общей практики, пациент. Пациент – 52-летний водитель такси, пришел к врачу с жалобами на ангину и кашель, который начался две недели назад с простуды. Чиханье прекратилось, но кашель, особенно ночной, продолжается. Пациент заядлый курильщик, которому не раз советовали бросили курить. Дальнейшее наблюдение не выявило ничего специфичного, кроме воспаления в горле. Врач снова советует бросить курить и выписывает рецепт на применение таблеток кодеина 15 мг по 1 таб. 3 раза в день в течение 3-х дней.

1)Определить цели лечения, инвентаризацию возможных методов лечения, выбор П-лечения, на основе сравнительного анализа эффективности, безопасности, соответствия и стоимости.

2)после определения П-лечения для сухого кашля, перейти к процессу рационального назначения в целом. Этот процесс состоит из 6 ступеней, каждая из которых должна быть детально обсуждена в группе с использованием примера пациента с сухим кашлем. Результаты обсуждения рекомендуется представить в виде флип-чарта или презентации на усмотрение группы.

Ступень 1: определение проблемы пациента

Ступень 2: определение цели лечения

Ступень 3: проверить, подходит ли П-лечение данному больному

Ступень 4: начало лечения
Ступень 5: подача информации, инструктирование и предупреждения
Ступень 6: наблюдение за ходом лечения (его прекращение?)
II группа студентов: Ролевая игра. Участники: врач общей практики, пациент. Больная, 56 лет, жалуется на кашель с гнойно-серозной мокротой, периодическую одышку, увеличение частоты дыхания, боль в области грудной клетки и субфебрилитет. Жалобы появились три дня назад. Аускультативно отмечаются мелко и среднепузырчатые мокрые хрипы, при выдохе крепитация в области нижних долей обеих легких. Рентгенологически отмечается интенсивное затемнение нижних участков обеих легких. С анамнеза выявляется, что больная три месяца назад была оперирована по поводу трансплантации левой почки и проходит медикаментозное лечение иммуносупрессантами.
1)Определить цели лечения, инвентаризацию возможных методов лечения, выбор П-лечения, на основе сравнительного анализа эффективности, безопасности, соответствия и стоимости.
2)после определения П-лечения для пневмонии, перейти к процессу рационального назначения в целом. Этот процесс состоит из 6 ступеней, каждая из которых должна быть детально обсуждена в группе с использованием примера пациентки с пневмонией. Результаты обсуждения рекомендуется представить в виде флип-чарта или презентации на усмотрение группы.
Ступень 1: определение проблемы пациента
Ступень 2: определение цели лечения
Ступень 3: проверить, подходит ли П-лечение данному больному
Ступень 4: начало лечения
Ступень 5: подача информации, инструктирование и предупреждения
Ступень 6: наблюдение за ходом лечения (его прекращение?)
III группа студентов: больная 15 лет жалуется на общую слабость, кашель с выделением серозной мокроты, субфебрилитет. Жалобы появились 4 дня назад. Болезнь началась с повышения температуры тела до 39^0 С и головной боли, затем участился стул. На второй день температура снизилась до$37,5^0$ С, стул нормализовался, но развился продуктивный кашель. В анамнезе хронический пиелонефрит. Пациентка настоятельно просит назначить ей Гентамицин, т.к. ее сестру недавно лечили этим препаратом весьма успешно. Поставьте диагноз. Назначьте лечение, используя и обсудив в деталях 6 ступеней.
Ступень 1: определение проблемы пациента
Ступень 2: определение цели лечения
Ступень 3: проверить, подходит ли П-лечение данному больному
Ступень 4: начало лечения
Ступень 5: подача информации, инструктирование и предупреждения
Ступень 6: наблюдение за ходом лечения (его прекращение?)
11^{05} Разбор результатов групповой работы. Представитель каждой группы докладывает результаты и вся группа обсуждает их.
11^{50} Перерыв на обед.
12^{55} Интерактивная лекция. Как быть в курсе всех новейших достижений в области лекарственных средств. Составление перечня имеющейся информации. Справочники. Эффективное чтение.
14^{00} Проверочные вопросы.
1. Найдите соответствие:

Ступень 1	А.Начать лечение
Ступень 2	Б.Определить терапевтическую задачу
Ступень 3	В. Определить проблему больного
Ступень 4	Г. Убедиться в приемлемости лечения
Ступень 5	Д. Дать информацию, инструкции, предупреждения.

Ступень 6	Е. Контролировать процесс лечения (остановить?)
Для преподавателя: 1-В; 2- Б; 3- Г; 4- А; 5- Д; 6- Е.	

2. Минимальная информация, которую необходимо дать больному:
А. Эффект лекарства и побочные эффекты.
Б. Стоимость консультации.
В. Что случится если неправильно принимать лекарство или не принимать его совсем.
Г. Как узнать побочное действие назначаемого лекарственного средства.
3. Укажите цель преподавания фармакотерапии Гронингенского Университета:
А. развитие логического мышления врачей и студентов от диагноза к лекарству.
Б. сконцентрировать внимание врачей и студентов на лекарственных средствах, на показаниях к их применению, на побочных действиях различных лекарственных средств.
В. Обучить врачей и студентов методам эффективного чтения медицинской литературы по фармакотерапии, включая медицинских журналы, данные Интернета.
Г. Научить грамотно выписывать рецепты с проведением полного инструктажа пациента по лечению.
4. Группы риска возникновения нежелательных эффектов лекарственных средств:
А. Дети, пожилые люди; больные с поражением органов биотрансформации и элиминации.
Б. Больные, которым назначали одновременно 2 и более препарата.
В. Больные с пищевой аллергией в анамнезе.
Г. Психически неуравновешенные пациенты; больные с заболеваниями органов кровообращения.
5. Цель лечения:
А. излечение от болезни, устранение нарушений, устранение симптомов заболевания.
Б. Профилактические мероприятия по предупреждению беременности.
В. Предупреждение возможных осложнений заболевания.
Г. Предупреждение развития побочных эффектов лекарственных средств.

14^{30} В конце занятия следует провести обзор пройденного материала, спросить мнение слушателей о материале и выслушать их суждения.

Задание на дом.

Составьте список возможных эффективных и безопасных способов лечения острой диареи с умеренным обезвоживанием у ребенка.

Эталон ответа для преподавателя:

При острой диарее с умеренным обезвоживанием у ребенка главная задача лечения – это предотвращение дальнейшего обезвоживания и регидратации; лечение инфекции не является целью! Перечень возможных эффективных методов лечения:

- совет и информация: продолжить грудное вскармливание и нормальное питание, постоянный контроль.
- Безлекарственное лечение: дополнительная жидкость (рисовая вода, фруктовые соки, домашний сахарный/солевой растворы).
- Лекарственная терапия: оральный регидратационный раствор (ОРР), орально или через зонд.
- Направление на консультацию: не обязательно.

Ваш совет приостановит процесс обезвоживания, но не вылечит, а дополнительная жидкость и ОРР понадобятся для восстановления водного и электролитного баланса. Метронидазол и антибиотики, котримоксазол и ампициллин не вошли в перечень, т.к. они малоэффективны при лечении водянистого поноса. Антибиотики назначают при упорном кровяном и/или слизистом поносе, который встречается реже, чем водянистый; метронидазол обычно употребляется, в основном, при доказанной амебной дизентерии. Противодиаррейные средства, такие как лоперамид и дифеноксилат, не показаны к применению, особенно для детей, т.к. они маскируют дальнейшую потерю жидкости и

создают ложное впечатление «что Вам чего-то удалось добиться».
Вы должны рекомендовать дальнейшее грудное вскармливание и прием жидкости (включая растворы домашнего приготовления и регидратационные растворы), а также постоянный контроль над ребенком.

Занятие № 20

Лекарство для конкретного больного. Практические аспекты назначения.
Цель занятия: Научить студентов назначению лекарственных средств для конкретного пациента.
Задачи занятия: Курсанты должны знать:

1.Как наиболее эффективно общаться с пациентами.
2. Соответствие выбранного П-лекарства (активные действующие вещества и их форма выпуска) данному пациенту.
3. Стандартную схему и продолжительность лечения.

Студенты должны уметь:

1. Грамотно выписывать рецепт.
2. Информировать, инструктировать, проводить предостережение пациента.

Материалы занятия:
Презентации РР: Рациональное применение лекарственных средств.
1. Представление о целях и задачах занятия.
2. Основы фармакологии в ежедневной практике. Фармакодинамика. Фармакокинетика. Лекарственная терапия: начало лекарственной терапии, лекарственная терапия при стабильной концентрации препарата, отмена лекарственной терапии.
3. Особенности кривой: ударная доза, постепенное увеличение начальной дозы, постепенное снижение дозы. Использование некоторых лекарственных форм на практике.
9^{00} Повторение вчерашней темы:
Постарайтесь определить диагноз у этих пациентов:
Пациент 1:54-летний мужчина. Жалуется на сильные боли в горле. Обычные симптомы отсутствуют, температура в норме, легкое покраснение горла, никаких других признаков.
Эталон ответа для преподавателя: Ангина является, видимо, результатом небольшой вирусной инфекции. Очевидно, он опасается более серьезного заболевания (рак горла). Его следует разубедить и проконсультировать. Никаких лекарств. Антибиотики ему не нужны, т.к. они не помогут при вирусной инфекции.
Пациент 2:женщина 23 года. Жалобы на воспаленное горло. Выглядит очень утомленной, у нее на шее увеличенные лимфатические узлы. Небольшая лихорадка. Она пришла узнать результаты анализов, сданных на прошлой неделе.
Эталон ответа для преподавателя: Анализ крови пациентки подтвердил клинический диагноз СПИДа. Ее проблема в корне отлична от предыдущей. Ее воспаленное горло результат скрытой болезни.
9^{15} Преподаватель делает представление о целях и задачах занятия. 15 мин.
Презентация РР. СД диск, раздел: Представление о целях и задачах занятия.
9^{35} Работа в группе (круглый стол). 10 мин. Ознакомление с методическими указаниями по рациональной фармакотерапии и дискуссия. Материалы:
1. «Рациональная фармакотерапия». Методические указания, Ташкент, 22 ноября 1999 года. Скажите студентам, что они внимательно ознакомятся с методическими указаниями после занятий в библиотеке.
2. «Руководство по надлежащему назначению лекарственных средств». Практическое пособие. ВОЗ, Программа действий по основным лекарственным средствам, Женева, 1997 г.
9^{45} Интерактивная лекция. 20 минут. Основы фармакологии в ежедневной практике. Фармакодинамика. Фармакокинетика. Лекарственная терапия: начало лекарственной

терапии, лекарственная терапия при стабильной концентрации препарата, отмена лекарственной терапии.

10^{05} Практика 1 час. Разбить студентов на 3 группы. Скажите им, что сейчас они будут заниматься лечением конкретного пациента согласно условиям ситуационной задачи, по окончании чего заполнят предложенную форму№1.

ФОРМА №1

Концепция «Лекарство для конкретного пациента»

1. Клинический пример №_____
2. Определите проблему больного и выберите П-лечение
Проблема …….
П-лекарство/лечение ……..
3. Проверка приемлемости Вашего П-лекарства для конкретного пациента (противопоказания, взаимодействие с другими лекарственными средствами, приемлемость)
А. Противопоказания (к конкретным П-лекарствам и общие)……
……
…….
Б.Взаимодействие……
……
……..…….
В. Приемлемость…….
……
……..
4. Опишите свой терапевтический выбор:
А. Препарат ……..…….
Б. Лекарственная форма……..…….
В. Продолжительность лечения……
Г. Немедикаментозная терапия…….

Клинический пример №1 (I группа студентов): Больная 16 лет, школьница, жалуется на повышение температуры до 37,8 ^{o}C, кашель, недомогание. Болезнь началась 8 дней назад с простуды. Она не послушалась родителей – не соблюдала постельный режим и продолжала посещать занятия. Вот уже третий день как она чувствует сильное общее недомогание, потеряла аппетит, кашель усилился. Наблюдаются аускультативно - влажные хрипы, слева в нижней доле выслушивается крепитация. По клиническим и лабораторным данным был поставлен диагноз очаговой пневмонии. В анамнезе не отмечается наличие пищевой или медикаментозной аллергии.

Клинический пример №2 (II группа студентов): Больная 7 лет, жалуется на продуктивный, сильный кашель, общее недомогание и повышение температуры. Болезнь началась 10 дней назад с озноба, повышения температуры тела до 38,8^{o}C, острыми суставными болями и сильным общим недомоганием. Высокая температура держалась 4-5 дней, следующие три дня не превышала 37,6 ^{o}C, а потом снова повысилась до 38,5 ^{o}C. на третий день заболевания появился сухой кашель, который постепенно стал продуктивным.

Клинический пример №3 (III группа студентов): Больной 42 года, жалуется на общее недомогание, повышение температуры тела, кашель. Больной наблюдается по поводу лейкемии и периодически проводит курсы химиотерапии (последний был проведен 2 недели назад). Рентгенологически отмечается очаговая тень в области правой нижней доли. Диагноз:очаговая пневмония на фоне гранулоцитопении.

11^{05} Разбор результатов групповой работы. Представитель каждой группы докладывает результаты и вся группа обсуждает их.

11^{50} Перерыв на обед.

12^{55} Интерактивная лекция. Особенности кривой: ударная доза, постепенное увеличение начальной дозы, постепенное снижение дозы. Использование некоторых лекарственных форм на практике.

14^{00} Проверочные вопросы.

1. Поставьте в правильном порядке ступени решения проблемы:

Ступень 1	А.Если проблема решена – прекратить или продолжить лечение Если проблема не решена – пересмотреть все ступени заново
Ступень 2	Б.начало лечения
Ступень 3	В. Мониторинг результатов
Ступень 4	Г. Определить проблему больного
Ступень 5	Д. определить терапевтическую цель; выбрать эффективное и безопасное лечение.

Для преподавателя:1-Г; 2- Д; 3- Б; 4- В; 5- А.

2. Укажите критерии для выбора лекарственного препарата:

А. Эффективность, безопасность, приемлемость, стоимость

Б. Стоимость лекарства, принимая во внимание полный курс терапии

В. Наличие побочных эффектов, их курабельность.

Г. Эффективность выбранного лекарственного препарата, подтвержденная опытом коллег; наличие данного препарата в близлежащей аптеке.

3. Укажите на каком этапе оказания медицинской помощи чаще всего наблюдается развитие побочных эффектов лекарственных препаратов:

А. стационар – отделение общего профиля.

Б. стационар- отделение интенсивной терапии.

В. поликлиника.

Г. скорая помощь.

4. Укажите методы контроля эффективности и безопасности лекарственных веществ:

А. определение концентрации лекарственного вещества в биологических жидкостях организма больного.

Б. Измерение температуры тела в течение 3-х дней от начала антибиотикотерапии.

В. Проведение полного клинико-функционального обследования.

Г. Анализ лекарственного взаимодействия различных лекарственных препаратов (синергизм, антагонизм).

5. Перечислите факторы, влияющие на стоимость лечения (Вы должны выбрать из нижеперечисленного то, что не походит):

А. Врачебные ошибки, самолечение, плохой контроль.

Б. Стоимость расходных материалов, затраты на хранение.

В. Стоимость лекарственных препаратов, используемых для коррекции известных побочных эффектов.

Г. стоимость курса лечения, возможное влияние на продолжительность пребывания в стационаре.

14^{30} В конце занятия следует провести обзор пройденного материала, спросить мнение слушателей о материале и выслушать их суждения.

Задание на дом.

Заполните таблицу:

ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ НЕНАРКОТИЧЕСКИХ АНАЛЬГЕТИКОВ			
№	Побочный эффект	анальгетик	Факторы риска
1.	ЖКТ		
2.	нефротоксичность		
3.	гематотоксичность		
4.	коагулопатия		
5.	гепатотоксичность		
6.	гиперчувствительность		

	-Анафилактический шок		
7.	Проктиты, обострения		
8.	неврологические		
9.	Синдром Рея		
10.	ототоксичность		
11.	стоматиты		

Эталон ответа для преподавателя:

ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ НЕНАРКОТИЧЕСКИХ АНАЛЬГЕТИКОВ			
№	Побочный эффект	анальгетик	Факторы риска
1.	ЖКТ	Все, кроме парацетамола, реже - ибупрофен	-
2.	нефротоксичность	Индометацин, возможно другие НПВП, фенацетин, индометацин, кеторолак - редко	Возраст более 65 лет, заболевания почек, дегидратация, прием диуретиков, длительный прием НПВП
3.	гематотоксичность	Пиразолоны, диклофенак, пироксикам, индометацин, мефенамовая кислота	-
4.	коагулопатия	Аспирин, кеторолак, возможно другие НПВП	-
5.	гепатотоксичность	Парацетамол, возможно другие НПВП	Заболевания печени, алкоголь, нарушения питания
6.	гиперчувствительность	все	-
	-Анафилактический шок	Чаще – анальгин (внутрь 1/50.000; парентерально 1/5.000	-
7.	Проктиты, обострения геморроя	Все ректальные формы	
8.	неврологические	Индометацин, иногда другие НПВП	
9.	Синдром Рея	Аспирин – не назначать детям	
10.	ототоксичность	салицилаты	
11.	стоматиты	все	

Занятие №21

Боль в животе. Боль в животе (при хроническом гепатите, циррозе, холецистите, желчная колика, панкреатите) гастрите, ЯБ желудка и ДПК. Особенности у детей и пожилых.

Каждый студент к концу занятия должен знать:

- 10 возможных причин боли в эпигастральной области
- 3 основных фактора риска язвенной болезни желудка и 12 пк.
- 4 особенности болей при ЯБ желудка и 12 пк.
- 4 наиболее грозных осложнения ЯБ
- 5 шагов диагностики ЯБ
- показания для неотложной и отсроченной эндоскопии
- 2 схемы триплетной терапии

Каждый студент к концу занятия должен уметь:

- провести дифференциальный диагноз боли в эпигастральной области
- провести расспрос и осмотр больного с болью в эпигастрии
- назначить лечение больным с гастритами, ЯБ желудка и 12 пк

8.30
Повтор пройденного за вчерашний день. Проверочные вопросы по вчерашней теме +тесты. 1. Нарисовать торс человека. Попросить курсантов выйти к доске по очереди и отметить характерную локализацию боли
а) при аппендиците
б) обструкции тонкого кишечника
в) обструкции толстого кишечника
2. Далее попросить следующих описать характерные симптомы:
а) при аппендиците
б) обструкции тонкого кишечника
в) обструкции толстого кишечника (см. Мёрта, стр. 236)
3. Попросить перечислить факторы риска развития паховых, пупочных грыж, и белой линии живота. (см. стр. 367, Энциклопедия клтинического осмотра больных, доказательная медицина, стр.302, 2000 болезней, стр. 278)
4. Отличия косых паховых от прямых паховых грыж.

9.00 (20 минут)
Клинический случай №1
Девушка 22 лет, студентка 4 курса мединститута обратилась с жалобами на боли в животе. Она пришла с просьбой, что бы вы дали ей направление на эндоскопию.
Если у Вас есть возможность организовать реального пациента с болью в животе, то лучше - разбор реального пациента. Если нет возможности -разбор клинического случая.

У Вас совсем нет уверенности, что она нуждается в эндоскопии, и вы должны задать ей несколько вопросов.

Вопрос1: какие вопросы, касающиеся ее болей и возможной язвенной болезни вы зададите девушке,

В виде мозгового штурма:
Все вопросы записываются, далее обсуждается их приоритетность и необходимость. Возможные ответы курсантов: (сезонность, внезапность, проходит ли при приеме пищи, есть ли голоные или ночные боли, был ли черный стул, диарея или запоры, тошнота, рвота) вредные привычки, наследственность

Доп. информация: Девушка говорит, что боли беспокоят ее преимущественно когда она голодна, и последний приступ был очень сильный. Прием пищи успокаивает боль, но она

вновь испытывает боли через 2 часа. Её часто беспокоит изжога и запоры. Она всегда была здорова. Ее дядя страдает ЯБ ДПК.

Вопрос: Какой возможный дифференциальный диагноз?

Вопрос: Из чего должен состоять осмотр этой больной?
Доп. информация: Во время осмотра: Вы выявили у нее незнавчительную болезненность при пальпации в эпигастральной области и в проекции ДПК. Кожные покровы бледные.

Ваш диагноз. Что вы теперь думаете о необходимости эндоскопии?

Диагноз: ЯБ ДПК, эндоскопия может быть проведена, но нет явной необходимости. Сказать курсантам, что Вы обсудите с ними показания для эндоскопии позже

10.00
Боль в животе (при хроническом гепатите, циррозе, холецистите, желчная колика, панкреатите) гастрите, ЯБ желудка и ДПК. Особенности у детей и пожилых.
Сначала попросите студентов вспомнить вчерашнее занятие и их групповую работу по анатомическим причинам боли. Расскать, что сегодня основное внимание будет уделяться диф.диагностике боли в верхней части живота. Далее лекция о симптомах, признаках, лечении и тактике ведения больных с гастритами и ЯБ. Разобрать различные виды язв (обусловленные H. Pilory, приемом НПВС, стероидов, СД Золлингера-Эллисона.
Показания для эндоскопии
Презентация PP (CD-Диск со всеми документами, раздел Гастроэнтерология - инфекции - дерматология, папка "боль в животе 2", файл: "боль в животе 2). Показать рентгеновский снимок желудка в норме и при патологии). Как было сказано выше, курсанты должны знать нормальные размеры желудка, его отделы по снимку и наличие дефекта заполнения контрастом.
11.00
Групповая работа
Триплетная, квадриплетная и профилактическая терапия должны быть разобраны очень аккуратно. Лечение язв, обусловленных приемом НПВС, антациды. Возможные побочные эффекты (кислотно-щелочное состояние, камнеобразование). 1 схема триплетной терапии: Омепразол 20 мг 2 раза + Амоксициллин 1г 2 раза + Метронидазол 400 мг 2 раза (в течение 7-14 дней); 2 схема триплетной терапии: Ранитидин висмут цитрат 400 мг 2 раза + Амоксициллин 1г 2 раза + Метранидазол 400 мг 2 раза в сут (7-14 дней). (см. также Доказательная медицина, стр. 296. Профилактическое лечение:
Ранитидин, циметидин, фамотидин (См. Табл.1) или омепразол 20 мг 1 раз на ночь 3 - 6 - (до12 недель).
см.приложение
11.30
Разбор рентген снимков.
Показать снимок с нормой. Разобрать анатомические особенности.
Далее показать снимок больного с язвой желудка или 12 пк. Сравнить оба снимка. Отличия от нормы? Попросить студентов запомнить самое важное отличие - см "ниши" и складки желудка, идущие к ней.

Снимки в презентации
11.50.
Обед
12.50

Групповая работа
Разбор возможных осложнений и неэффективности лечения. Показания для оперативного лечения. Мерк, том 1, стр. 528-531
14.00
Работа в малых группах.
Работа в малых группах. Попросить курсантов разработать лифлеты для больных о ЯБ и гастритах.

14.20
Тесты
Проверочные вопросы. Тесты.
1. Отметьте верные причины боли в эпигастральной области
а) ОИМ+
б) диафрагмальная грыжа+
в) язва желудка+
г) цирроз печени+
д) рефлюкс-эзофагит+
2. основные факторы риска ЯБ желудка и 12 пк.:
а) наследственность
б) алкоголизм
в) инфекция H/ Pylori+
г) длительный прием метронидазола
д) курение+
3. Найдите соответствие между характеристиками симптомов при ЯБ Ж и ЯБДПК:
1. ЯБЖ-а,б,д,з.
2. ЯБДПК -в,г,е,ж,и
а) боль возникает ч\з 5-15 минут после еды
б) боль натощак отсутствует
в) боль возникает через 1 час после еды
г) голодные боли
д) рвота облегчает боль
е) боль иррадиирует в спину
ж) боль часто возникает ночью
з) больные худеют
и) избыточная масса тела

4. Найдите соответствие между признаками и осложнениями ЯБ
1. Боль, иррадиирующая в спину носит персистирующий характер (б)
2. Чувство переполнения и рвота съеденной накануне пищей, приносящая облегчение-(г)
3. Боль интенсивная и приняла разлитой характер (в)
4. Рвота "кофейной гущей" и мелена (а)
а) кровотечение
б) пенетрация
в) перфорация
г) стеноз привратника
5. 6 шагов диагностики ЯБЖ включают следующие:
а) рентген желудка+
б) эндоскопия+
в) анализ желудочного сока+
г) АЛТ и АСТ
д) амилаза крови
е) анамнез+

6. перечислите показания для неотложной эндоскопии
а) молодой возраст
б) кровотечение из ЖКТ+
в) недавний анамнез
г) похудание+
д) выраженная рвота+

7. Следующие препараты могут войти в триплетную схему:
а) альмагель
б) ранитидин+
в) омепразол+
г) метронидазол+
д) кларитромицин+
8. Терапия язвенной болезни желудка включает:
а) постельный режим и специальная диета
б) триплетная терапия для эрадикации H. Pilory +
в) антибиотики из группы аминогликозидов
г) омепразол до 8 недель+
д) при лечении язв, вызванных НПВС - мизопростол +
9. Показания для консультации специалиста и оперативного лечения язвы:
а) малигнизация+
б) кровотечение+
в) перфорация +
г) пенетрация +
д) язва 12 перстной кишки

10. Найдите соответствие между антацидными препаратами и их побочными эффектами
а) вторичная гиперсекреция желуд.сока
б) нефрокальциноз
в) запоры
г) понос
д) темная окраска стула
1.алюминия гидроксид
2.магний гидроксид
3.висмут сульфат
4.карбонат кальция
5.гидрокарбонат натрия
11.Какие преимущества эндоскопии вы знаете?
а) позволяет подтвердить или отвергнуть диагноз+
б) выявляет патологию слизистых верхних отделов ЖКТ+
в) возможно местное лечение+
г) контроль регенерации слизистой+
д) возможна прицельная биопсия+

15.00-15.25
Объяснение новой темы Конец занятия

Занятие №22

Диспепсия, тошнота, рвота, изжога

Диспептические расстройства. Эзофагит. Дивертикулит (гастрит, ЯБЖ и ДПК, гепатиты, холецистит, панкреатит, цирроз), пилоростеноз, рак печени.

Студент должен знать:
? 5 основных причин диспепсии
? 4 причины тошноты и рвоты, связанной с ЖКТ
? 4 возможные причины тошноты и рвоты, не связанной с ЖКТ
? 10 ключевых вопросов для сбора анамнеза у больных с диспепсией
? 10 ключевых шагов осмотра больных с диспепсией , тошнотой и рвотой
? Отличительные особенности пилоростеноза
? 5 советов больным с диспепсией
? 5 советов больным с дисфагией
? Ключевые моменты осмотра больных с дисфагией.
Студент должен уметь:
? Провести расспрос и осмотр больных с тошнотой и рвотой
? Провести дифференциальный диагноз возможных причин тошноты и рвоты
? Определить тактику и назначить лечение

8.30

Повторение вчерашней темы:
1. У больного с голодными болями, изжогой, запорами, определяется болезненность в эпигастрии Какое обследование необходимо провести в первую очередь?
а) анализ желудочного сока,
б) рентгеноскопия ЖКТ,
в) ЭГДФС+
г) колоноскопия,
д) ирригоскопия.
2. У больных с неосложненной язвенной болезни 12 перстной кишки может быть:
а) кровянистый стул
б) кровохарканье
в) локальная болезненность в эпигастрии+
г) запоры+
д) голодные боли в эпигастрии+
3. Отметьте состояния требующие отправки больного в стационар:
а) острая боль в животе неясного генеза+
б) не осложненная язвенная болезнь 12 перстной кишки
в) мелена у больного с циррозом+
г) острый холецистит+
д) острый панкреатит+
4. Выберите правильные утверждения при обучении больных язвенной болезни желудка
а) аспирин абсолютно противопоказан+
б) не принимать пищу после 6 вечера
в) антациды принимать через 2 часа после еды
г) если будет черный стул - срочно к врачу+
д) де-нол может окрасить стул в черный цвет+

Тесты
5. Какие симптомы характерны при язвенной болезни 12 - перстной кишки?
а) изжога+
б) голодные боли в эпигастральной области+

в) запоры+
г) боль в эпигастрии через полтора час после приема пищи+
д) похудание

9.00

Клинический случай
51 летний мужчина с жалобами на непостоянную тупую боль в эпигастрии в течение 4 мес, которая ухудшается при приеме кофе и проходит при приеме молока, пищи. Боль сопровождается изжогой. Он не принимал никаких лекарств, включая НПВС.
Во время осмотра у него обнаружена напряженность в эпигастральной области.
1. Наиболее вероятный диагноз?
А) карцинома желудка
Б) язва желудка
В) ЯБДПК+
Г) холецистит
Д) СД раздраженного кишечника
2. Какие из следующих утверждений относительно этого пациента неверны?
А) диагностическая процедура -ЭГДФС
Б) курение может ухудшить его состояние
В) алкоголь может ухудшить его состояние
Г) этого пациента необходимо лечить диетой, с ограничением специй+
Д) Некоторые препараты могут ухудшить течение заболевания
3. Этому больному прописали комбинацию препаратов (висмут, метронидазол, амоксициллин). Его состояние улучшилось. Вот уже 2 недели у него нет симптомов.

Какие из следующих утверждений относительно его лечения верны?
А) амоксициллин был выписан из-за высокой вероятности сепсиса
Б) амоксициллин и метронидазол были выписаны из-за ассоциации этого состояния с H. Pylori
В) добавление омепразола к режиму висмут+амокси+ метро увеличит излечиваемость от ЯБ, обусловленной H. Pylori
Г) Б и В+
Д)А и В

4. Какие из препаратов эффективны в отношении H. Pylori?
А)висмут субсалицилат
Б) метронидазол
В) амоксициллин
Г) Б и В
Д) все+
5. Механизм действия омепразола:
а) блокатор Н2 рецепторов
б) блокатор Н2 рецепторов
в)ингибитор протонной помпы+
г) цитопротекторны препарат
д) антацид
6. Через какое количество недель (максимум) наступит заживление язвы у этого больного?
А) 1-2
Б) 3-6+

В)8-12
Г)16-20
Д)26-52
7. Какие из следующих препаратов относятся к группе Н2 блокаторов?
А) циметидин
Б) ранитидин
В) фамотидин
Г) А и Б
Д) все выше перечисленные+

8. Какие из следующих утверждений относительно роли препаратов при состоянии, описанном выше верно?
А) распространенность этого состояния среди лиц, принимающих индометацин или другие НПВС увеличивается
Б) прием дексаметазона является фактором риска этого состояния
В) аспирин может ухудшить это состояние
Г) некоторые НПВС вызывают это состояние чаще, чем другие препараты из этой же группы
Д) все указанное выше верно+
9. Какие из следующих утверждений, относительно язвы желудка верны?
А) в отличие от язвы ДПК боль в желудке вызывается приемом пищи
Б) анорексия, тошнота и рвота чаще сопутствуют ЯБЖ, чем ЯБДПК
В)До эндоскопии следует провести рентген желудка с контрастированием
Г) заживление раны и время заживления длительнее, чем при язве ДПК
Д) все выше перечисленное+

9.30
Клинический случай 1.
70-летняя женщина, обратилась к вам с жалобами на изжогу в течение многих лет. Изжога беспокоит ее в течение большей части дня и ночью, она устала пить содовый раствор. Однако к врачам не обращалась, так как ее мать также всю жизнь страдала от подобной проблемы.

Вопрос1: Какие ключевые вопросы вы зададите ей?

Возможный ответ студентов: 1. Продолжительность. 2. Характер (кислый, горький) 3. Что провоцирует. 4. Есть ли иррадиация. 5. Другие специфические симптомы (респираторные, ЖКТ). Нужно спросить о возможных причинах рефлюкса (это кислотный (желудочный) или желчный, не принимает ли она препараты НПВС, алкоголь, м.б. это функциональный - связан с положением тела - горизонтальное или не связан с ЖКТ
Дополнительная информация: Женщина говорит, что изжога связана с горизонтальным положением тела, и она изредка пьет диклофенак от суставных болей. Изжога кислая, иногда ухудшается при употреблении помидоров и лимонного чая.

Вопрос 2: Ключевые моменты осмотра?

Ответ: 1. Есть ли признаки анемии? 2. Увеличены ли лимфоузлы? 3. Похудание? 4. Какие либо пальпируемые образования в животе?.

Вопрос 3: Возможный дифференциальный диагноз?

Вопрос 4: Диагноз? (Ответ: Рефлюкс-эзофагит, функциональной природы)

Вопрос 5: Какое исследование поможет вам исключить другие заболевания? (Отв:эндоскопия). Вопрос 6: Какая опасность есть у данной пациентки? (Отв: Рак пищевода вследствие длительного рефлюкса)

Диспептические расстройства. "Горячая картошка"
Вопрос 1. Назовите другое слово, которым обозначается слово диспепсия? (Изжога, тошнота, отрыжка,раннее насыщение, растяжение живота)
Вопрос2. Какое заболевание часто сопровождается изжогой у взрослых? (ЯБ, рефлюкс-эзофагит)
Вопрос 3. Какой препарат для лечения изжоги вы знаете (какой-нибудь антацид - маалокс, альмагель, протаб)
Вопрос4. Назовите одно осложнение от длительной изжоги (метаплазия Берета, рак пищевода)
Вопрос 5. Какой побочный эффект альмагеля вы знаете? (запор)
Вопрос 6. Какая инфекция чаще всего сочетается с диспепсией?(Н. Пилори)
После "разогрева" можно начать разбор этой части занятия.

Метод "горячая картошка" состоит в следующем: Преподаватель стоит, отвернувшись от аудитории. Курсанты передают маленький мяч друг другу в произвольном порядке. Вдруг преподаватель говрит:"Стоп". Тот курсант, у которого в этот момент находится мяч, должен дать ответ на вопрос преподавателя. У преподавателя должен быть заготовлен список вопросов заранее. Игра очень активная и веселая. Это поможет расшевелить курсантов и быть в тонусе для следующей презентации
9.50 (10 мин)
Причины диспепсии
Причины диспепсии. Разбор у доски. Диспепсия (см. Мерта, стр. 394. Доказательная медицина, стр. 291). Заранее (до занятия, или накануне) попросить кого-нибудь из курсантов выписать на доске или флипчарте все возможные причины диспепсии (ЯБ, НПВС, алкоголь, положение тела, и т.п.)
Работа у доски (см. Мерта, стр. 394. Доказательная медицина, стр. 291)
10.00
Сбор анамнеза. Демонстрация
Демонстрацию могут провести два преподавателя, если нет возможности - роль больного играет один из курсантов.
Демонстрация.
Врач: Сколько вам лет?
Б.: 65 лет
Врач: Что Вас беспокоит?
Б: сильная отрыжка и иногда изжога кислым.
Врач: Как давно у Вас эти симптомы?
Б.: я стал отмечать их в последние 5-6 месяцев.
Врач: С чем вы связываете ваши симптомы? Что вызывает изжогу и отрыжку?
Б: Отрыжка беспокоит почти постоянно, но после еды она усиливается, иногда она заканчивается кислой изжогой
Врач: Есть ли у Вас другие проблемы? Например, боль в животе?
Б: иногда я стал отмечать незначительные ноющие боли вот здесь (показывает на эпигастральную область)
Врач: Вы принимаете какие-либо лекарства? Например, аспирин для болей в суставах или позвоночнике?

Б.: Я был у специалиста в ревматологическом центре более полгода назад по поводу сильных болей в коленных суставах и она выписала мне индометацин, я принимаю его регулярно, как мне прописала врач по 1 таблетке 3 раза в день.
Врач: Вы пьете этот препарат по
10 вопросов больному с диспепсией:
1. Давность
2. Причина. С чем связывает?
3. Сопутствующие симптомы
4. Лекарства/ Прошлый анамнез
5. Цвет стула
6. Рвота/ + с кровью
7. Аппетит/вес
8. Лихорадка/ увеличение л\у
9. Вредные привычки (алкоголь, курение)
10. Наследственность по раку ЖКТ.

Врач: Заметили ли вы в последнее время, что похудели? Нет ли лихорадки без причины?
Б.: Нет, лихорадки у меня нет, хотя моя жена говорит, что я немного похудел, за последний год.
Врач: У Вас хороший аппетит?
Б.: не жалуюсь.
Врач: Вы не отмечаете одышку при физической нагрузке, которую раньше выполняли без одышки
Б: Я вообще-то много не перегружаюсь, но в последние 3-4 недели стал замечать, что у меня стала кружиться голова и появляется одышка, когда я поднимаюсь по лестнице выше 2 этажа . я был у кардиолога и он сделал мне ЭКГ, -все нормально.
Врач: Вы выпиваете спиртные напитки?
Б: один - два раза в неделю , вино по 100-200 г.
Врач: Вы курите?
Б: 10-15 сигарет, дурная привычка, никак не могу бросить.
Врач: были ли в вашей семье случаи рака желудка?
Б: нет, но мой брат умер от рака пищевода.
На этом демонстрация заканчивается и курсантам следует задать вопросы (20 минут)

Обсуждение демонстрации, обратная связь от студентов
1. Помогли ли вопросы, которые задавал врач, понять, что явилось причиной диспепсии у этого больного?
2. Какие вопросы вы задали бы дополнительно?
3. Какова причина состояния? (язва желудка, обусловленная НПВС. Анемия.)
4. Из чего должен состоять осмотр этого больного? (курсанты говорят, а кто-то выписывает на доске)
5. есть ли у этого больного факторы риска опасного заболевания?(ЯБ, кровотечение, рак)
6. Назовите 3 метода исследования, необходимые ему сейчас? (Эндоскопия, ОАК, кал на скрытое кровотечение)
7. Какие симптомы и признаки при диспепсии требуют дальнейшего исследования?(например, возраст старше 45 лет, сочетанная дисфагия и похудание, злоупотребление алкоголем в анамнезе, рак ЖКТ в семье, неэффективность от обычного лечения)
Менеджмент. (у нас не выполняется тест на Н. пилори,но курсанты должны иметь ввиду, что этот микроб вызывает проблемы в желудке- и диспепсию) ЭГДФС, ОАК. Необходимо попытаться лечить антацидами(внеосложненных случаях).

10 шагов осмотра больных с диспепсией, тошнотой и рвотой:
1. Общее состояние. Выглядит больным?
2. Кожа (цвет кожи, признаки анемии, дегидратации)
3.Лимфоаденопатия?
4. ИМТ/кахексия
5. Признаки системного заболевания
6. Пирексия
7. Пульс/АД
8. Пальпация - см Острого живота
9. Кишечные звуки
10. осмотр нервной системы+Зрачки+гл.дно

10.20
Эзофагит. Рефлюкс-эзофагит. Дивертикулит (гастрит, ЯБЖ и ДПК. Гепатиты, холецистит, панкреатит, цирроз),
При разборе темы обязательно разобрать симптомы дисфагии и опасные симптомы, сочетанные с ней (анемия, похудание, кровотечение). Обязательно дифдиагностику с дивертикулитами, стриктурами (вследствие лучевой болезни, воздействия химических средств). Причины кровотечения из пищевода (цирроз, расширение вен пищевода и кровотечение из них - СД Меллори-Вейса (чаще у алкоголиков), язвы при цитомегаловирусной и ВИЧ инфекции). Большое внимание уделить на дифдиагноз при дисфагии (заболевания сердца, зоб, опухоли) и загрудинной и эпигастральной боли (заболевания сердца, легких и ЖКТ)
РР презентация. (СД диск. Раздел-гастро-инфекция-дерматология, папка Тошнота, файл"Дисфагия". Основа презентации - обучить курсантов симптомам и клиническим признакам. Дифференциальный диагноз возможных схожих проблем. Тактика ВОП, включая немедикаментозное и медикаментозное лечение,
10.40
Пояснения к презентации
Проглатывание еды - это комплексный процесс. Он начинается в ядрах моста мозга. Это не рефлекторное явление, а запрограмированный процесс: продвижение пищи изо рта в орофаринкс, до пищевода и желудка без аспирации и регургитации. Поражает 35% хронических больных

Детальный анамнез позволяет заподозрить причину дисфагии в 80%.

выписать на отдельный флипчарт или доску все ЧМН, участвующие в иннервации глотки, языка и в процессе глотания.

У больных с отсутствием рвотного рефлекса на раздражение шпателем может сохраниться способность глотать нормально

Низкий тонус пищевода или диафрагмальная грыжа могут привести к раздражению хеморецепторов в слизистой пищевода кислым содержимым желудка. Когда это происходит хронически развивается эзофагит . Уровень поражения зависит от времени воздействия соляной кислоты и резистентности слизистой.
Следующие в-ва вызывают понижение тонуса помидоры и цитрусы (в виде соков, в свежем виде) , алкоголь, шоколад, лук, кофе,сигареты, жир, острая пища и различные препараты. Физические упражнения, вызывающие рефлюкс: наклон вперед и вниз, подъем тяжестей, натуживание, тесная одежда.

Врачи могут сохранить пациенту значительную сумму денег, если будут проводить правильный расспрос больных.
по разделу диспепсия более подробная информация "Доказательная медицина", стр. 291-297.
У большинства пациентов с изжогой не удается обнаружить каких-либо изменений .
фото 1
нормальная картина пищевода
фото2
Карцинома пищевода .Двойное контрастное исследование дистального отдела пищевода показывает нерегулярность заполнения контрастом слизистой. Обратите внимание на внезапное изменение между нормальной слизистой и опухолью , что характерно для рака пищевода. .
фото 3
Доброкачественная стриктура пищевода .Простое контрастирование пищевода показывает гладкую, стриктуру, конической формы непосредственно над местом пищеводно-желудочного соединения. Обратите внимание на различие между гладкой конической стриктурой с ровной слизистой и неровной, дезорганизованной слизистой предыдущего больного..

фото 4
Склеродермия. Простое контрастирование пищевода показывает дилатированную проксимальную часть пищевода . Отсутствие перистальтики пищевода в дистальном отделе и открытое пищеводно-желудочное соединение - типичные проявления склуродермии

фото 5
Перемычка в области нижней части глотки. Тонкая передняя перемычка(прямая стрелка) показана на боковом снимке нижней части глотки и проксимального пищевода Незначительная задняя выемка образована перстневидно-глоточной м-цей (изогнутая стрелка).

11.10
тошнота и рвота.
в данном разделе обязательно разобрать тошноту и рвоту. Все возможные причины тошноты и рвоты(включая метаболические(уремия, кетоацидоз, беременность, ЛС, алкоголь), связанные с ЖКТ(пищевое отравление, острый живот, обструкция, гастроэнтерит) или центрального происхождения (Меньера болезнь, мигрень, укачивание, повреждения мозжечка и мозга, повышение ВЧД)
Работа в малых группах: 1группа работает над причинами тошноты и рвоты , обусловленной ЖКТ, 2 группа- над метаболическими причинами. 3 группа- над центральными причинами. Кроме того все группы должны указать методы диагностики и тактики ведения больных в условиях СВП.На самостоятельную работу выделить 15 минут и 20 минут на дискуссию. (см. также приложение). Доказательная медицина, стр. 268-270
11.30
Пилоростеноз
Привести пример нормальной рентгенограммы желудка и картину пилоростеноза. Четко проследить , что все курсанты могут отличить норму от патологии.
Индивидуальный доклад. Заранее за 2-3 дня попросите кого-нибудь из курсантов полготовить короткий доклад на тему пилоростеноз. Снабдите его необходимыми источниками литературы и направляйте его работу. Презентация должна содержать макисмум полезной и понятной информации для врачей СВП. Источники: 2000 болезней, стр. 683

11. 50
обед
12. 50
пилоростеноз. Продолжение.
Разобрать все симптомы и признаки пилоростеноза и тактику ВОП
13.10
Работа в малых группах. Тренировка проводить дифференциальный диагноз
Далее разделить курсантов на группы по 3-4 человека и попросить их провести дифференциальную диагностику между причинами: а)диспепсии; б) тошноты; в) рвоты г) дисфагии в зависимости от множества причин. Причины могут быть дегенеративные (органная недостаточность-ЯБ). инфекционные -лямблии , амебы и тп, ятрогенные-лекарства-ампициллин, эритромицин, радиация, Неопластические- рак, метаболические-диабет, тиреотоксикоз, аутоиммунные, нервные- психиатрические, и т.п.

14.00

I - Infection -Инфекционная
Вирусы
Бактерии
Грибы
паразиты и простейшие)
N - Neoplastic -Неопластические
Доброкачественные
Злокачественные
Первичные
Вторичные
D -Degenerative - Дегенеративные
Органная недостаточность
Мышечные заболевания
Суставные заболевания
Деменция
I - Iatrogenic -Ятрогенные
Побочные эффекты ЛС
Пост-оперативные
Радиационные повреждения
A - Autoimmune -Аутоиммунные
Органно-специфичные
Органно-неспецифичные
N -Nutrition -питание
Переедание
Недоедание, нехватка витаминов, белков, калорий
M- Metabolic -Метаболические
СД
Заболевания ЩЖ
I- Idiopathic -Идиопатические
INDIAN MINTS (ДИФДИАГНОСТИКА ПРИЧИН). Например, тошнота может возникать при лямблиозной инфекции, пищевом отраволении вызванном стафилококками, кандидозной инфекции и т.п

N-Neuro- Нервные
Центральные
Периферические

Психиатрические
T- Trauma & Tuberculosis -Травма +Туберкулез
S- STDs &HIV - СПИД+ ЗППП

14.30
тесты
54-летний мужчинаобратился к вам с жалобами на ощущение жжения за грудиной и боль за грудиной, иррадиирующую в шею в течение 3 месяцев.. Жжение обычно проходит после приема антацидов. Нет связи этих симптомов и физической нагрузкой.Во время осмотра у него АД 140/85мм, пульс 96, регулярный. Тоны сердца -ясные. Легкие -чистые. Живот мягкий,без пальпируемых масс и напряжения.

14.00

1. Какие заболевания следует учесть в дифференциальной
диагностике этого состояния?
А) рефлюкс-эзофагит
Б) ишемия миокарда
В) Пептическая язва
Г) паническая атака
Д) А,Б и В+
Е) все выше перечисленное.
2. Учитывая анамнез и данные осмотра, какой
наиболее вероятный диагноз?
А) рефлюкс-эзофагит+
Б) ишемия миокарда
В) Пептическая язва
Г) паническая атака
Д) трудно сказать
3. Что необходимо предпринять с этим пациентом?
А)отправить его к психиатру как можно быстрее и закончить
Консультацию
Б) снять ЭКГ
В) снять ЭКГ и если норма - выписать антацид+
Г) снять ЭКГ + исследовать АЛТ,КФК
В) позвать кардиолога и ввести тромболитик как можно быстрее
4. Какой препарат первого и второго выбора у этого больного?
А) кальция карбонат и маалокс
Б) стрептокиназа и гепарин
В) имипрамин и амитриптиллин
Г) ранитидин и омепразол+
Д) омепразол и ранитидин

5. Какие из следующих препаратов являются препаратами
выбора при ахалазии?
А) производные нитрогицерина
Б) антагонисты кальция+
В) бензодиазепины
Г)антациды
Д) любые из вышеперечисленных групп

6. Наиболее частые причины дисфагии?
А) ахалазия
Б) спазм пищевода
В) суженное нижнее кольцо пищевода+
Г) неспецифическое моторные нарушения
Д)стриктура пищевода

проверочные вопросы
Проверочные вопросы:
1. Назовите 5 основных причин диспепсии(РЭ, гастрит, обусловленный Н. Pylori, ЯБ, ЛС, алкоголь, функциональная диспепсия)
2. Назовите 4 причины тошноты и рвоты, обусловленной ЖКТ (пищевое отравление, гастроэнтерит, непроходимость, острый живот)
3. Назовите причины тошноты и рвоты метаболического характера (уремия, беременность, септицемия, ЛС, алкоголь)
4. Назовите отличительные особенности рвоты при пилоростенозе (рвота фонтаном с кислым запахом без примеси желчи).
5. Назовите 3 препарата из группы Н2блокаторов, применяющихся при диспепсии: циметидин, ранитидин, фамотидин
6. перечислите 5 советов больным с диспепсией:
1. прекращение курения
2. снижение веса, избегать переедания
3. не есть за 3 часа до еды
4. избегать употребления алкоголя и продуктов, провоцирующих симптомы
5. Приподнять головной конец кровати
7. Перечислите 5 советов больным с дисфагией:
1. Есть сидя, голову стабилизировать
2. Надевать протезы во время еды
3. Маленькие порции, есть медленно
4. Просить, чтоб

15.00

Объяснение новой темы

15.25

Конец занятия

Занятие № 23

Диарея неинфекционная, чередующаяся с запорами. СД Мальабсорбции (НЯК). Болезнь Крона. СД раздраженного кишечника.

1. Студенты должны знать о ...
- клинику, диагностику, диф. диагностику, лечение неспецифического язвенного колита
- клинику, диагностику, диф. диагностику, лечение болезни Крона
- клинику, диагностику, диф. диагностику, лечение синдрома раздраженного кишечника
- основные вопросы при расспросе больных с диареями у детей и взрослых

- тактику ведения больных с диареей в первичном звене
2. Студенты должны уметь ...
- провести правильный расспрос и осмотр больного с диареей
- распознать и оценить признаки обезвоживания
- назначить лечение в зависимости от вида диареи

8.30

Повторение вчерашней темы. Проверочные вопросы по вчерашней теме.
Игра «Бум»
1. Что такое диспепсия, его виды.
2. Подгруппы функциональной диспепсии
3. Немедикаментзное лечение Ф.Д.
4. Медикаментозное лечение Ф.Д.
5. Какие антацидные препараты вы знаете, нежелательные эффекты Алмагеля
6. Форма выпуска циметидина, противопоказания к применению циметидина
7. Причины изжоги
8. Осложнения изжоги
9. Основные формы острого гастрита
10.Классификация хронических гастритов по этиологическому фактору
11. Клласификация хронических гастритов по типу
12. Классификация хр. гастритов по локализации

9.00
Клинический случай
32 летняя женщина обратилась с жалобами на лихорадку, похудание и хроническую диарею.
Вопрос1: Какой возможный дифдиагноз? (Ответ:опухоли кишечника, воспалительные заболевания кишечника, инфекционные колиты)
Вопрос2: Какие вопросы вы зададите женщине, чтобы поставить верный диагноз? Ответы: (Вопросы: Как давно? Сколько раз в сутки? Есть ли кровь? На сколько кг похудела и за какой срок, прошлый анамнез, наследственность, ЛС, путешествия, сексулаьные свзяи) и т.п.
Доп. Информация: диарея в течение 6 мес, примерно 8 раз в сутки. В большинстве случаев в кале - кровь. Она потеряла 10 кг. В последние 6 недель у нее - высокая лихорадка, которая снижается на 1-2 дня. а затем вновь поднимается. У нее самой раньше и в ее семье никогда не было проблем ЖКТ
Вопрос 3: Из чего должен состять осмотр этой больной? (Ответ: Пункты осмотра: температура тела, кожа (тургор, цвет, расчесы), л\у, пальпация живота, осмотр прямой кишки, АД, пульс.)
Доп. информация: Во время осмотра она выглядит больной. АД 130/70, пульс 108, регулярный.Имеется генерализованная напряженность в животе без симптомов защиты, во время ректального осмотра - слизь и кровоточивость из прямой кишки.
Вопрос4: Какой метод исследования может подтвердить ваш предварительный диагноз? (ответ: д\з- НЯК,исследование - колоноскопия)

9.15.переыв
9.20.
Презентации по диарее на слайдах.
Сбор анамнеза у больных с диареей. Разбор у доски совместно
Сбор анамнеза у больного с диареей.
В случае острой диареи.

1. Где и что вы ели и пили в течение суток перед появлением поноса?
2. Ели ли вы куриное мясо, морские продукты, яйца, мороженное?
3. Есть ли диарея у тех, кто ел с вами?
4. Путешествовали ли вы недавно? В каких странах? Поездка в районы повышенной опасности по брюшному тифу (Таджикистан, например)
5. Есть ли кровь и/ или слизь в кале?
6. Случалось ли подобное и раньше?
7.Недавние госпитализации или проживание в закрытых учреждениях(дома престарелых)
8. Недавнее использование антибиотиков
9. Контакт с людьми, имеющими схожие проблемы
10. Половая жизнь, включая гомосексуальные связи
11. употребление морских продуктов
12. Контакт с сельскими животными
13. Наличие системного заболевания.

Выпишите на отдельный флипчарт (или прозрачку) эти вопросы и разберите у доски или используя оверхед

В случае хронической диареи
1. Нет ли крови и слизи в кале?
2. Путешествовали ли вы недавно? В каких странах?
3. бывает ли боль в животе? Проходит ли после дефекации и отхождения газов?
4. Есть ли диарея у родственников?

5. Была ли у больного операция на органах брюшной полости?
6. Какие лекарства принимаете?
7. Употребляете ли вы спиртное?
8. Как вы переносите молоко? Йогурт? мороженное?
9. Не было ли повышения температуры, ознобов?
10. Не похудели ли вы в последнее время?
11. Нет ли болей в суставах, в спине?
12. Нет ли изъязвлений в полости рта?
13. Не было ли в последнее время боли в глазах, слезотечения?
14. Беспокоит ли Вас что-то во время дефекации?
15. Легко ли смывается кал?
16. Часто ли у Вас бывают стрессы (дома, на работе, депрессия)?

Выпишите на отдельный флипчарт (или прозрачку) эти вопросы и разберите у доски или используя оверхед

10.00
Разделить студентов на 2 группы
Задание для студентов 1 группы - создать таблицу, где будут представлены клинические проявления , диагностика, диф. диагностика, лечение, тактика ВОП неспецифического язвенного колита.
Эталоны ответов : в слайдах
Задание для студентов 2 группы - создать таблицу, где будут представлены клинические проявления , диагностика, диф. диагностика, лечение, тактика ВОП при болезни Крона.
Эталоны ответов : в слайдах
При разборе этих состояний приоритетное положение должны занимать наиболее частые состояния, более редкие состояния, следует разбирать в конце и не стоит тратить на это много времени - только основные симптомы и признаки

11.00
Игра «выпрыгнуть из коробочки»
Заранее приготовленные вопросы по теме синдром раздраженного кишечника. Попросить каждого из участника вытянуть из коробки бумажку с вопросом. На нескольких бумажках написать : расслабьтесь, вам не нужно отвечать, расскажите анекдот
Вопросы
1. Дайте характеристику синдрому раздраженного кишечника
2. Клинические проявления синдрома раздраженного кишечника
3. лабораторная диагностика синдрома раздраженного кишечника
4. Тактика ведения б-х СРК
5. Течение и прогноз СРК
11.50
Обед

12.50 Диагностика детей с диареей (работа с клиническим руководством по диагностике, лечению и профилактике диареи у детей до 5 лет в амбулаторно-поликлиническом звене здравоохранения)

14.00
Презентация РР (СД диск, раздел Гастро-инфекция-дерматология, папка "Диарея", файл"Диарея")

I. 32-летняя женщина обратилась к вам с анамнезом диареи в течение 6 месяцев, примерно 8 раз в сутки. Почти каждый раз в каловых массах присутствует кровь. Она похудела на 10 кг. В течение последних 6 недель у нее интермиттирующая лихорадка. У нее самой в прошлом и в ее семье никогда не было проблем ЖКТ. Во время осмотра она выглядит больной. АД 130/70, пульс 108 , регулярный. У нее генерализованная напряженность в животе, без защитных симптомов. Во время сигмоидоскопии была обнаружена поврежденная слизистая с кровоточащими участками.
Выберите один правильный ответ в следующих вопросах.
1. Какой наиболее вероятный диагноз у этой больной?

А) СД раздраженного кишечника
Б) Б-нь Крона
В) НЯК (В)
Г) пострадиационный колит
Д) бактериальная дизентерия
2. Какое исследование необходимо провести, чтобы оценить степень распространенности процесса?
А) колоноскопия (В)
Б) ирригография с барием

В) полное контрастирование кишечника с желудком
Г) А и В
Д) все выше указанное

3. Что из сказанного ниже относительно сульфасалазина неверно?
А) сульфасалазин относится как к группе аспирина так и сульфапрепаратам
Б) сульфасалазин эффективен для поддержания ремиссии и лечения мягких обострений
В) сульфасалазин может нарушить метаболизм фолиевой кислоты

Г) все выше указанное неверно
Д) все из вышеуказанных утверждений верны.

4. Какие из следующих состояний могут быть осложнением (ями) данного состояния?
А) токсический мегаколон
Б) рак толстого кишечника
В) стриктуры кишечника
Г) ирит
Д) А, Б, и В
Е) все вышеуказанное (В)

6. Ведущая причина СД раздраженной кишки
А) инфекция
Б) иммунологические нарушения
В) нейроваскулярные расстройства(В)
Г) увеличение чувствительности к определенным видам пищи
Д) злокачественное перерождение

14.30
Проверочные вопросы по занятию.
1.Перечислите 5 причин инфекционной диареи (холера, сальмонеллез, брюшной тиф, дизентерия, лямблиоз, кампилобактериоз)
2. Перечислите 5 причин диареи неинфекционной (целиакия, б-нь Крона, НЯК, лактазная недостаточность, СД мальабсорбции)
3. Перечислите 7 основных вопроса, которые необходимо задать больному с диареей (путешествия, пища, антибиотики/лекарства, контакты, госпитализация, половая жизнь, системные заболевания, контакт с с\х животными)
4. Наиболее частых причинах диареи у детей (Кишечные инфекции : вирусные, бактериальные, протозойные, микробные пищевые отравления, заболевания брюшной полости: острый аппендицит, тазовый абсцесс, инвагинация кишечника, болезнь Гиршпрунга, побочное действие лекарств,сахарный диабет, гельминтозы,
5. Перечислите 3 наиболее опасных заболевания, связанных с диареей (НЯК, опухоли, СПИД, инфекции)
6. На что необходимо обращать внимание при осмотре больных с диареей? (общий вид (включая ментальный
7. Назовите 5 препаратов, вызывающих диарею (слабительные, антациды, содержащие соли магния, антибиотики, антиаритмики (дигоксин, хинидин, пропроналол), ЛС, содержащие соли калия, искусственный сахар: сорбитол, маннитол, хеноксидезоксихолевая кислота, холестирамин, сульфасалазин, антикоагулянты)

15.00-15.25 Объяснение новой темы

Критерии оценки знаний студента
Студент, претендующий на отличную оценку «5» (86-100 балла) должен знать:
1. Студенты должны знать о ...
- 1.клинику, диагностику, диф. диагностику, лечение неспецифического язвенного колита
- 2.клинику, диагностику, диф. диагностику, лечение болезни Крона
- 3.клинику, диагностику, диф. диагностику, лечение синдрома раздраженного кишечника
- 4.основные вопросы при расспросе больных с диареями у детей и взрослых
- 5.тактику ведения больных с диареей в первичном звене
2. Студенты должны уметь ...
- 6.провести правильный расспрос и осмотр больного с диареей

- 7.распознать и оценить признаки обезвоживания
- 8.назначить лечение в зависимости от вида диареи

Студент, претендующий на хорошую оценку «4» (71-85 балла) должен знать: 1,2,3,4,7,8
Студент, претендующий на удовлетворительную оценку «3» (55-70 балла) должен знать: 1,2,3,8
Студент получает неудовлетворительную оценку «2» (55 балла и ниже), если он не имеет представления: 1,2,3

Раздаточный материал. Тема № 23.
Диарея неинфекционная, чередующаяся с запорами. СД Мальабсорбции (НЯК). Болезнь Крона. СД раздраженного кишечника.

Задачи занятия обучить студентов
-знаниям основных клинических проявлений, диагностики, диф. диагностики, лечения, тактике ВОП при диареях неинфекционной природы:
- НЯК
- Болезни Крона
- синдроме раздраженного кишечника
- тактике ведения больных с диареей в первичном звене
- умению собирать анамнез у больных с диареей

1. Студенты должны знать о ...
- клинику, диагностику, диф. диагностику, лечение неспецифического язвенного колита
- клинику, диагностику, диф. диагностику, лечение болезни Крона
- клинику, диагностику, диф. диагностику, лечение синдрома раздраженного кишечника
- основные вопросы при расспросе больных с диареями у детей и взрослых
- тактику ведения больных с диареей в первичном звене

2. Студенты должны уметь ...
- провести правильный расспрос и осмотр больного с диареей
- распознать и оценить признаки обезвоживания
- назначить лечение в зависимости от вида диареи

Повторение вчерашней темы. Проверочные вопросы по вчерашней теме.

Игра «Бум»
1. Что такое диспепсия, его виды.
2. Подгруппы функциональной диспепсии
3. Немедикаментзное лечение Ф.Д.
4. Медикаментозное лечение Ф.Д.
5. Какие антацидные препараты вы знаете, нежелательные эффекты Алмагеля
6. Форма выпуска циметидина, противопоказания к применению циметидина
7. Причины изжоги
8. Осложнения изжоги
9. Основные формы острого гастрита
10.Классификация хронических гастритов по этиологическому фактору
11. Клласификация хронических гастритов по типу
12. Классификация хр. гастритов по локализации

Клинический случай №1
32 летняя женщина обратилась с жалобами на лихорадку, похудание и хроническую диарею.
Вопрос1: Какой возможный дифдиагноз?

Вопрос2: Какие вопросы вы зададите женщине, чтобы поставить верный диагноз?
Доп. Информация: диарея в течение 6 мес, примерно 8 раз в сутки. В большинстве случаев в кале - кровь. Она потеряла 10 кг. В последние 6 недель у нее - высокая лихорадка, которая снижается на 1-2 дня. а затем вновь поднимается. У нее самой раньше и в ее семье никогда не было проблем ЖКТ
Вопрос 3: Из чего должен состять осмотр этой больной?
Доп. информация: Во время осмотра она выглядит больной. АД 130/70, пульс 108, регулярный.Имеется генерализованная напряженность в животе без симптомов защиты, во время ректального осмотра - слизь и кровоточивость из прямой кишки.
Вопрос4: Какой метод исследования может подтвердить ваш предварительный диагноз?
Клинический случай №2
I. 32-летняя женщина обратилась к вам с анамнезом диареи в течение 6 месяцев, примерно 8 раз в сутки. Почти каждый раз в каловых массах присутствует кровь. Она похудела на 10 кг. В течение последних 6 недель у нее интермиттирующая лихорадка. У нее самой в прошлом и в ее семье никогда не было проблем ЖКТ. Во время осмотра она выглядит больной. АД 130/70, пульс 108 , регулярный. У нее генерализованная напряженность в животе, без защитных симптомов. Во время сигмоидоскопии была обнаружена поврежденная слизистая с кровоточащими участками.
Выберите один правильный ответ в следующих вопросах.
1. Какой наиболее вероятный диагноз у этой больной?
А) СД раздраженного кишечника
Б) Б-нь Крона
В) НЯК
Г) пострадиационный колит
Д) бактериальная дизентерия
2. Какое исследование необходимо провести, чтобы оценить степень распространенности процесса?
А) колоноскопия
Б) ирригография с барием
В) полное контрастирование кишечника с желудком
Г) А и В
Д) все выше указанное
3.Какие из следующих состояний могут быть осложнением (ями) данного состояния?
А) токсический мегаколон
Б) рак толстого кишечника
В) стриктуры кишечника
Г) ирит
Д) А, Б, и В
Е) все вышеуказанное

Занятие № 24

Желтуха. Острые вирусные и хронические гепатиты. Холецистит. Панкреатит, цирроз. (рак печени и поджелудочной железы)

Студенты должны знать:
? 10 основных вопросов для выявления возможной причины желтухи
? по 3 наиболее вероятных причины надпеченочной, печеночной и подпеченочной желтух
? наиболее характерные симптомы при заболеваниях печени, сопровождающихся желтухой
? методы профилактики вирусных гепатитов
? тактику ВОП при ведении больных с желтухой

Студенты должны уметь:
? проводить расспрос и осмотр больных с желтухой
? провести обучение больных с вирусными гепатитами
? интерпретировать показатели ферментов печени и билирубина.
? назначить лечение больным с гепатитами, холециститами и панкреатитами

8.30

1. Наиболее частые симптомы при СД раздраженного кишечника:
а) изменение характера стула (В)
б) изменение частоты дефекации (В)
в) боль в животе, проходящая после дефекации(В)
г) улучшение симптоматики после назначения молочной диеты
д) начинается с высокой температуры, озноба, тошноты, рвоты.
2. Критерии постановки диагноза СД раздраженного кишечника:
а) боль в животе, которая проходит после дефекации (В)
б) частота дефекации более 3раз в сутки (В)
в) императивные позывы(В)
г) чувство неполного опорожнения (В)
д) боль в животе и кровь в стуле
3. Наиболее частые симптомы целиакии у детей:
а) артралгии и миалгии
б) диарея (В)
в) отставание в развитии (В)
г) постоянно повышенный аппетит
д) анемия (В)
4. Отметьте возможные осложнения целиакии
а) сахарный диабет 2 типа(В)
б) Остеопороз (В)
в) рак пищевода (Н)
г) Герпетиформный дерматит (В)
д) рак тонкого кишечника (В)

тесты
5. В отличие от НЯК при болезни Крона
а) чаще отмечаются кровотечения из прямой кишки
б) чаще отмечается лихорадка и боль(В)
в) развиваются свищи и фистулы в перианальной области(В)
г) заболевание протекает тяжелее и труднее поддается лечению
д) встречается преимущественно у лиц старше 50 лет
6. Отметьте компоненты аглютеновой диеты
а) манная каша
б) свежий хлеб из пшеничной муки
в) хлеб из кукурузной муки(В)
г) гречневая каша(В)
д) плов. (В)
7. Отметьте симптомы мальабсорбции:
а) стеаторея(В)
б)водянистая диарея (В)
в) метеоризм (В)
г) хронические запоры
д) скрипение зубами по ночам.

8. Основные причины неинфекционной диареи:
а) холера
б) целиакия(В)
в) НЯК(В)
г) сальмонеллез
д) пищевая токсикоинфекция
9.00
Клинический случай
*Больному 33 года и он чувствует себя больным в течение последних 2 месяцев. В начале у него были симптомы гриппа и боли в суставах и мышцах. В последнюю неделю у него появилась желтушность. Он отмечает постоянную сонливость и крайнюю слабость.

конец занятия
*Вопрос 1: Какие заболевания могут протекать с такой симптоматикой?
Ответ: Курсанты могут указать на заболевания легких, почек и печени, СД хронической усталости, системное заболевание.

Желтуха
Вопрос 2: Какие вопросы вы хотите задать больному?

Ответ: Продолжительность и причина симптомов. Желтуха была ли раньше? Лихорадка, контакты с больными, поездки, в\в инъекции, переливание крови, алкоголь, курение, приме ЛС. Цвет мочи и кала. Сопутствующие симптомы: боли в животе, похудание, диарея, стеаторея.

Доп. информация:Больной женат и имеет 2 детей. Он работает в аэропорту на сортировке товаров, курит 10-20 сигарет в сутки и выпивает 6-7-литров пива в неделю и иногда водку. Он не выезжал из страны, и у него нет связей с проститутками и гомосексуалистами. Но 6 мес. назад он у него была автомобильная авария и ему переливали кровь. Он не принимал лекарств, и у него никогда не было желтухи. У него нет болей в животе, хотя он похудел на 4 кг за последние 6 месяцев. Кал и моча нормального цвета. Он не замечал повышения температуры.

Вопрос 3: Из чего должен состоять осмотр этого больного? (Ответ: Температура тела, жизненно важные функции - АД, ЧСС, осмотр кожи, слизистых, ладоней (пальмарная эритема, телеангиоэктазии, голова медузы, возможные следы инъекций, следы расчесов). Пальпация живота- печени и селезенки, ректальный осмотр).
5-10минут
Повторение вчерашней темы
*Доп.информация: во время осмотра вы выявили - температура тела 37,5, АД 100\70, ЧСС - 98, регулярный, незначительное увеличение печени, она плотная и болезненная на ощупь, селезенка не пальпируется, признаков портальной гипертензии не выявлено.

*Вопрос 4: Ваш предварительный диагноз? (Ответ:Инфекционный гепатит + алкогольное поражение печени).

Клинический случай
*Вопрос 5: Какие исследования необходимо провести? - (ответ: ферменты печени, билирубин, HbsAg, антитела к гепатиту С.)

20минут

Нормальные показатели билирубина и ферментов печени. Основные причины желтухи. Расспрос и осмотр больных с желтухой. Желтуха - желтое окрашивание кожи и слизистых при повышении концентрации билирубина в сыворотке. Эту часть занятия можно провести в виде мозгового штурма или в виде "снежков".
Нормальные показатели билирубина и ферментов печени в крови
общий - 8,6 -20,5 мкмоль\л (0,5-1,2мг%) 1 мг%- 17,104 мкмоль\л(коэффициент)
связанный - 2,57 мкмоль/л (0,15 мг%)
свободный - 8,6 мкмоль/л (0,50 мг%) - 75% от общего.
АЛТ - 0,1-0,68 ммоль\л
АСТ -0,1-0,45ммоль\л
Щелочная фосфатаза - 1,0-3,0 ммоль/л
Наиболее вероятные причины: см. приложение
Ключевые вопросы:
1. Цвет мочи /стула
2. Вес
3. Лекарства /алкоголь
4. Предыдущие эпизоды
5. Путешествия (малярия, гепатит)
6. Татуировки
7. Семья и друзья
8. Половые связи
9. Недавние инъекции/ Переливание крови/ Операции/Роды
10. Профессия
10.30

Ключевые моменты осмотра.
? Признаки хронического заболевания печени? (телеангиоэктазии - сосудистые звездочки, пальмарная эритема, контрактура Дюпюитрена, гинекомастия, атрофия кожи, анемия)
? Следы рачесов

? Татуировки/следы от инъекций?
? Гепатоспленомегалия?
? Другие образования в животе и лимфоаденопатия?
? Цвет мочи и кала?
11.00

ЖЕЛТУХА
+ Боли в правом подреберье - желчнокаменная болезнь, острый гепатит, холецистит
+ Потеря аппетита, темная моча, лихорадка - вирусные гепатиты, алкогольное поражение печени, побочное действие препаратов
+ кожный зуд - холестаз
часто тошнота и рвота
!!! Заранее выписать на флипчарте препараты, вызывающие желтуху (см. Мерта, стр.491, таблица 49.2) и повесить на видном месте, чтобы курсанты могли ознакомиться с таблицей, как во время разбора возможных причин, так и во время перерывов.
!!!. Также на отдельном флипчарте схематично изобразить тактику врача при желтухе. Повесить, чтобы было видно всем. См. Приложение

12.00

При разборе этих состояний приоритетное положение должны занимать наиболее частые состояния, более редкие состояния следует разбирать в конце и не стоит тратить на это много времени - только основные симптомы и признаки. Дифдиагностика вирусных острых и хронических гепатитов. Симптомы, клинические признаки, методы диагностики, показатели ферментов в печени и билирубина. Серологическая диагностика ВГВ и ВГС. Профилактика и лечение в условиях СВП. Тактика при тяжелом течении.
13.00

Инструкция для врача.
Проведите расспрос и осмотр больного, обратившегося к вам с болями в животе и легкой желтухой .
Инструкция для пациента. Больной - 47 - летний мужчина. У него загрудинная боль и боль в эпигастрии, тошнота. Вчера он был в гостях и выпил большое количество алкоголя. Сегодня утром, примерно час тому назад, у него возникла рвота свежей кровью, которая дважды повторилась, количество крови составляло 150 -200 мл. Он работает режиссером на киностудии, любит выпить с друзьями, выпивает 3-4 раза в неделю до 1 бутылки водки. Этот случай кровотечения из желудка у него повторный. Ему проводили гастроскопию в прошлом году и выявили варикозно - расширенные вены пищевода. У него никогда не было черного стула в виде дегтя или кровотечения из прямой кишки. Он не принимал аспирина, и других таблеток. Он считает себя вполне здоровым человеком и курит по 20-30 сигарет в день. У него нет жены, но часто меняет подружек, никогда не употреблял наркотики, никуда не выезжал в прошедшие 12 месяцев.
14.00

Инструкции для экспертов:

1. Создал благоприятную обстановку для беседы

Желтуха.
2. Выяснил характер кровавой рвоты (свежая кровь, цвет кофейной гущи)

3. Определил количество эпизодов рвоты с кровью и объем в данное время

4. Выяснил эпизоды черного стула или свежей крови из прямой кишки

Острые вирусные и хронические гепатиты
5. Расспросил о рвоте с кровью ранее и об предыдущих обращениях в больницу

Ролевая игра
6. Спросил о сопутствующих симптомах: боль в эпигастрии, потеря веса, снижение аппетита, тошнота
7. Расспросил о возможных причинах кровотечений: использование противовоспалительных препаратов, злоупотребление алкоголем, курение, язвенная болезнь, наличие варикозных вен пищевода
8. Беседу провел уверенно, грамотно, деликатно.

9. Во время осмотра: обратил внимание на цвет кожи, признаки хронического заболевания печени: ?(телеангиоэктазии -сосудистые звездочки, пальмарная эритема, контрактура Дюпюитрена, гинекомастия, атрофия кожи, анемия
10. Провел осмотр и пальпацию живота: голова медузы, печень, селезенка,
11. Пропальпировал лимфоузлы
12. Поискал следы от инъекций, татуировки
13. Поставил диагноз: цирроз печени, с признаками варикозно расширенных вен пищевода, обусловленный хроническим алкоголизмом
14.30

Осмотр: (если врач скажет, что он намерен проверить). У больного есть сосудистые звездочки и пальмарная эритема, отмечается уменьшение размеров печени перкуторно, незначительная гинекомастия,
15.00

Критерии оценки знаний студентов

Студент претендующий на отличную оценку «5» (86-100 балла) должен знать

Студенты должны знать:
1.10 основных вопросов для выявления возможной причины желтухи
2. 3 наиболее вероятных причины надпеченочной, печеночной и подпеченочной желтух
3. наиболее характерные симптомы при заболеваниях печени, сопровождающихся желтухой
4. методы профилактики вирусных гепатитов
5. тактику ВОП при ведении больных с желтухой

Студентынты должны уметь:
6. проводить расспрос и осмотр больных с желтухой
7. провести обучение больных с вирусными гепатитами
8. интерпретировать показатели ферментов печени и билирубина.
9. назначить лечение больным с гепатитами, холециститами и панкреатитами

Студент претендующий на хорошую оценку «4» (71-85 балла) должен знать:1,2,3,4,6,7,8
Студент претендующий на удовлетворительную оценку «3» (55-70 балла) должен знать: 1,2,3,6,7
Студент получает неудовлетворительную оценку «2» (55 балл и ниже), если он не иммет представления: 1,2,6

Занятие № 25

Цистит, пиелонефрит - диагностика и лечение. Дифференциальная диагностика: туберкулез мочеполовых путей и гломерулонефрит. Особенности нефрологического обследования с обсуждением анатомии и физиологии мочеполовой системы. Тактика ВОП.

Цель занятия:
Определить различия между неосложненной и осложненной ИМТ. Особенности расспроса и осмотра больных с ИМТ. Изучить тактику ВОП при инфекциях мочевого тракта (ИМТ) в зависимости от пола и возраста.
Для занятия необходимо: Компьютер, проектор, доска, фломастеры, бланки результатов анализов мочи (норма- 5 штук, патология- протеинурия- 3-5, лейкоцитурия-3-5, эритроциты и цилиндры- 1-2,).

За 2-3 дня дайте задание 1-2 студентам подготовить доклад на тему «Гломерулонефрит». Помогите найти информацию. Убедитесь, что студент подготовил доклад.

Студенты должны знать:

Студент должен знать:

- 1.10 вопросов при сборе анамнеза больного с заболеваниями мочевыделительной системы
- 2. 7 основных симптомов острого цистита (рези и жжение при мочеиспускании, малые порции мочи, учащенное мочеиспускание, никтурия и недержание мочи, лихорадка, боль внизу живота);(материалы презентации РР)
- 3. Диф.диагностику: туберкулёза мочеполовых путей и гломерулонефрита.
- 4. показания для консультации специалиста
- 5. принципы лечения циститов и пиелонефритов в ПЗЗ

Студент должен уметь:

- 6. Провести расспрос и осмотр больных с симптомами воспаления мочевых путей
- 7. Определить 5 клинических признаков пиелонефрита (болезненность при пальпации в позвоночно-реберном соединении, бледность кожных покровов, отеки лица и рук, повышение АД, тахикардия, озноб)
- 8. Определить тактику ВОП и назначить лечение

8.30. **(30 мин)**	Определение исходного уровня знаний студентов	Методы лабораторной диагностики заболеваний заболеваний мочевыделительной системы. (ОАМ, пробы Нечипоренко, Зимницкого, Адисса-Каковского, бак посев мочи)
9.00 **(30 мин)**	Клинический случай 1.	Мать привела к вам девочку 9 лет, у которой жалобы на боль во время мочеиспускания, частые позывы, до 10-15 раз в сутки на мочеиспускание каплями.
	.	**Вопрос 1**. Какие вопросы вы хотите задать, чтобы получить информацию? **Варианты ответ**: Это первый эпизод? Есть ли лихорадка? Отеки? Боли в спине и животе, симптомы полиурии, никтурии, энуреза, изменился ли цвет мочи? (навыки сбора анамнеза, правильно задавать вопросы) **Дополнительная информация**: Это состояние у неё возникло 2 дня назад. Мать заметила, что у девочки состояние ухудшается после долгого сидения в ванне, мать говорит, что это уже 3-й эпизод за последние 12 месяцев. Но раньше это проходило самостоятельно, девочка также часто мочится по ночам. Температура - нормальная, в семье нет больных с заболеваниями почек и мочевого пузыря. **Вопрос 2.** На что необходимо обратить внимание при осмотре девочки. **Вариант ответа**: температура, цвет кожи (бледность), отеки, бимануальная пальпация почек.
		Информация о пациентке: во время осмотра выглядит здоровой, рост и вес соответствуют нормальным показателям, отеков нет. Живот мягкий и б\б. При бимануальной пальпации и болей нет. **Вопрос 3.** Необходимые исследования? **Ответ**: Общий анализ мочи и посев мочи. **Дополнительная информация**: В анализе мочи - незначительное количество лейкоцитов, посев - рост кишечной палочки.

		Вопрос 4: Возможный диагноз? **Ответ**: О.цистит. Энурез. **Лечение**: Обильное питье, нитрофурантоин или амоксициллин. Не сидеть долго в ванне (просвещение больного).
9.30 **(15-20 минут)**	**Блиц-показ.** Заранее подготовьте стаканчики с мочой на отдельном столике.	Попросить студентов подойти к столу, на котором стоят несколько стаканчиков с мочой различного цвета (нормальный цвет мочи - соломенный, моча красного цвета больного с гематурией, или с ложной гематурией, если в поликлинике есть больной принимающий рифампицин, можно пригласить его и взять у него образец оранжевой мочи, в лаборатории - можно взять мутную мочу больного с протеинурией, с сахарным диабетом, с гепатитом (цвета пива - тёмная). ▪ **Попросите студентов посмотреть** на образцы мочи и акцентируйте внимание на том, что простой и единственный показатель – цвет мочи может навести врачей на мысль о возможной причине состояния. Дополнительные характеристики - мутность, хлопья, помогают в дифдиагнозе причин. ▪ **Задайте вопросы:** как вы думаете, с чем может быть связан подобные изменения цвета и характера мочи? Смотрят ли они сами мочу для определения цвета или целиком доверяют лаборатории?
10.15 (40 минут)	**Анатомия мужской и женской мочевыделительной системы**	**Разобрать анатомию мочевыделительной системы у мужчин и женщин. 10 минут.** Используйте иллюстрации с учебника Энциклопедия клинического обследования больных стр. 361, 377 **Обсудить нормальные показатели мочи, 15 минут**. Можно привести характерные изменения цвета мочи при различных состояниях. Разобрать причины пиурии. Принести несколько бланков с анализом мочи и попросить интерпретировать эти анализы (гематурией, протеинурией, нормальный анализ мочи, тест полоски для определения белка, желчных пигментов). **Особенности расспроса больных с заболеваниями мочевыделительной системы. 15 минут.** **Мозговой штурм/дискуссия**. Спросите студентов какие вопросы они обычно задают больным, обратившимся с заболеваниями мочевыделительного тракта. Зависит ли постановка вопросов от возраста, пола и сопутствующего заболевания пациентов? Попросите их привести примеры вопросов. Запишите на доске их варианты. Затем покажите готовый плакат или выпишите заранее на другой доске приведенные ниже вопросы: ▪ **10 вопросов при сборе анамнеза больного с заболеваниями мочевыделительной системы у взрослых** 1. Есть ли боли в животе и в спине? Где именно? 2. Есть ли нарушение мочеиспускания (затрудненное, прерывистое мочеиспускание, каплями, малой струей и т.п.) 3. Есть ли дизурические явления: жжение и рези, боль? 4. Изменение характеристик мочи (прозрачность, цвет, запах , примеси –гной, кровь) 5. Изменилась ли частота мочеиспускания (учащенное, императивные позывы)

		6. Ночной и дневной диурез. Энурез. Недержание мочи. 7. Недавние сексуальные контакты (половая жизнь). Есть ли связь симптомов с половой жизнью? Методы контрацепции? 8. Контакт с больными туберкулезом или семейный анамнез по туберкулезу 9. Предыдущий анамнез и лечение, включая МКБ почек, катетеризация МП 10. Течение данного заболевания (продолжительность, обострения, лихорадка, ознобы, выделения из влагалища, полового члена). ******Обсудите со студентами, для чего задается каждый вопрос (для дифференциальной диагностики причин симптомов и определения плана обследования и дальнейшего лечения).***
10.55 (20 мин)	**Цистит.** **Пиелонефрит. Диагностика и лечение**.	Цистит. Пиелонефрит - диагностика и лечение. Тактика у детей, беременных, мужчин, пожилых и больных с СД (в каких случаях инфекция мочевого тракта считается осложненной?). Какие методы исследования используются для диагностики. Обязательно указать на характерную локализацию боли при пиелонефритах - реберно-позвоночный угол, а также разобрать симптоматику пиелонефрита подробнее - наличие боли в спине, лихорадка и ознобы, сопутствующие симптомы цистита и т.п. Информации для ВОП. Симптоматика, дифференциальная диагностика, клинические признаки, тактика ВОП (исследования, которые можно провести в СВП, а какие требуют направления в ЦРБ, показания для госпитализации, консультации специалиста.
11.20	**Ролевая игра** **Клинический случай 2** Дифференциальная диагностика: туберкулез мочеполовых путей и гломерулонефрит. Особенности нефрологического обследования с обсуждением анатомии и физиологии мочеполовой системы.	**Инструкция для врача:** Молодой человек 18 лет из Каракалпакии, проходит обследование для военкомата. У него в моче обнаружено значительное количество гноя, и эритроциты без бактерий. Вас попросили обследовать его. Какие данные анамнеза еще будут интересовать Вас? Как вы будете проводить осмотр? Какие исследования необходимы **Инструкция для пациента**: Молодой человек 18 лет из Каракалпакии, проходит обследование для военкомата. У него в моче обнаружено значительное количество гноя, и эритроциты без бактерий. У него есть боль в надлобковой области и спине уже более 7 месяцев.. Так же он отмечает учащенное мочеиспускание, общую слабость и быструю утомляемость и выраженную потливость по ночам. Его температура в последние 6-7 месяцев всегда выше 37 градусов. У старшего брата - туберкулез легких. **Инструкция для экспертов:** Студент- врач должен спросить: 1)о симптомах, о наследственности по заболеваниям почек в семье, 2)болел ли сам больной раньше, 3)контактировал ли с туберкулезными больными, не болел ли сам туберкулезом. 4) **Осмотр**: температура, аускультация легких, осмотр живота, и половых органов (включая пальпацию мошонки и простаты 5) **Исследования**: ОАК, ОАМ, посев мочи,

		Диагноз - ТБ МПП.
11.50-12.50	Обед	
12.50 **(45 мин)**		**Работа в малых группах. 20 минут**. Поделите студентов на 2 группы. **Задание для 1-й группы:** Выписать на доске все причины Гематурии. **Задание для 2-й группы:** Выписать на доске все причины Протеинурии. Здесь же разобрать лабораторные методы исследования функции почек (ОАМ, посев, определение креатинина и мочевины). Обсуждение причин гематурии и протеинурии, тактику ВОП. **Групповая работа 25 минут**. Разобрать поражение мочевого тракта и половых путей при туберкулезе. Важность осмотра и дополнительных методов исследования (посева мочи, экскреторной урографии), которые можно выполнить после консультации со специалистом.
13.35	Продолжение **Гломерулонефрит.**	**Индивидуальный доклад**. Заранее за 2-3 дня попросите одного или двух студентов подготовить доклад по этой теме. В этом докладе они расскажут о различных видах гломерулонефритов (с протеинурией, с гематурией с нефритическим синдромом). Должна быть обсуждена тактика лечения, мониторинг состояния и прогноз. Убедиться, что студенты понимают необходимость анализов мочи (например, при гематурии в сочетании с протеинурией прогноз хуже, чем просто при гематурии), и показателей крови в определении прогноза при гломерулонефритах (должны знать нормы креатинина и мочевины)
14.30	Тесты	Привести пример клинического случая: мальчик 13 лет. В течение недели его беспокоили боли в зубе. 3 дня назад ему удалили больной зуб. Вчера он сказал матери, что у него красная моча. Мать принесла мочу на анализ в поликлинику. Выяснилось, что в моче - сплошь эритроциты, белок -+. При осмотре - бледный, несколько отечное лицо. АД 140/100. Ваш диагноз и лечение (Отв: о. гломерулонефрит (постстрептококковый. Лечение - амоксициллин, обильное питье, постельный режим); 5 анализов мочи для интерпретации **1. Мужчина 21 лет, проходит медосмотр для военкомата. Его анализ мочи**: цвет – темно-коричневый Количество -50 мл Плотность - 1003 Белок – 0.066% эпителий - 12-14 лейкоциты -5-6 эритроциты - сплошь цилиндры – гиалиновые 2-3 слизь абс бактерии ++ соли оксалаты Ваше заключение?

		2. Женщина 56 лет, страдает СД 2 типа. Ее моча: цвет – светло-желтый Количество – 15 мл Плотность 1006 Белок- 0, 132% эпителий – 12-14 лейкоциты – 2-4 эритроциты – 5-6 цилиндры – зернистые и восковидные 2-4 слизь абс бактерии абс соли ураты. **3. Девочка, 10 лет. Жалуется на частое мочеиспускание. Ее моча:** цвет – соломенный Количество – 30 мл Плотность 1012 Белок - абс эпителий – 2-3 лейкоциты 1-2 эритроциты 0 цилиндры 0 слизь + бактерии абс соли абс **Ваше заключение?** **4. девушка 24 лет, беременность, 18 недель. Жалоб нет** цвет – светло-желтый, мутная Количество – 45 мл Плотность 1010 Белок-следы эпителий – 4-5 лейкоциты- 1-2 эритроциты 0-1 цилиндры гиалиновые 0-2 слизь - бактерии ++ соли оксалаты **5. мужчина 68 лет, жалуется на затрудненное мочеиспускание** цвет – темно-желтый плотность 1008 Белок – 0.33% эпителий -12-14 лейкоциты 15-18 эритроциты -5-7 цилиндры -0-1 слизь ++ бактерии + соли +++ фосфаты цвет –

		Тесты: 1.В этиологию острого гломерулонефрита входит: +a)осложнение стрептококковой инфекции; +b)системные заболевания; -c) кровотечение; +d)бактериальные инфекции; +i) эндокардит. 2.Клиническая картина острого гломерулонефрита: +a) отёки,особенно на лице; +b) неспецифические симптомы:головная боль, тошнота,рвота,боль в животе; -c) нередко возникает недержание мочи (запах!); +d) артериальная гипертензия; +i) симптомы появляются обычно через 1-3 недели после первичной инфекции. 3. Основные причины не почечной протеинурии: +a)при физической нагрузке; +b)после операции; -c)после громкого смеха; +d)при лихорадке; -i)при подъёме по лестнице. 4.Основные причины преходящей протеинурии: +a)загрязнение мочи выделениями из влагалища; +b)инфекция мочевых путей .-c)дисплазия почек; +d)токсикоз беременных; -i)поликистоз почек. 5.Ложная гематурия-это: +a)некоторые лекарственные средства(фенолфталеин); +b)пищевые красители; -c)инфекция мочевых путей; +d)антоцианы (свекла,красная ягода,красный тутовник) +i)миоглобин. 6.Гематурия -это: +a)примесь крови в моче; -b)примесь гноя в моче; -c)примесь крови в кале; -d) примесь мокроты в моче; -i)примесь крови в лимфе. 7.Наиболее частые причины лейкоцитурии: +a)неправильный сбор мочи; +b)антибиотикотерапия; -c)туберкулёз верхних дыхательных путей; +d)туберкулёз мочевых путей. +i)опухоли мочевого пузыря. **Проверочные вопросы:** 1. Назовите 5 симптомов острого цистита.(рези и жжение при мочеиспускании, малые порции мочи, учащенное мочеиспускание, никтурия и недержание мочи, лихорадка, боль внизу живота) 2. Назовите 3 препарата, использующихся при лечении острых не осложненных циститов: бисептол (триметоприм/

		сульфометаксазол), нитрофурантоин, ципрофлоксацин) 3. Каким 5 группам больных мы назначаем курс лечения как при осложненной инфекции мочевого тракта? -дети, -беременные женщины -больные СД -мужчины -женщины с риском ЗППП. 4. Назовите 5 клинических признака пиелонефрита: (болезненность при пальпации в позвоночно-реберном соединении, бледность кожных покровов, отеки лица и рук, повышение АД, тахикардия) 5. назовите 5 причин пиурии: туберкулез, пиелонефрит, камни мочевыводящих путей, гломерулонефрит, цистит.
15.00-15.25	Обсуждение новой темы	

Занятие № 26.

Нарушения мочеиспускания и изменения в моче. Симптомы: нарушения мочеиспускания- дизурия. СД аденома, простатит, рак простаты, почечная колика. ХПН.

Для проведения занятия необходимо: компьютер, проектор, доска, фломастеры, манекен для пальпации простаты и манекен для катетеризации мочевого пузыря, перчатки, вода, бумага для игры.

Каждый студент должен знать:

- 4 наиболее частых симптома дизурии (странгурия, тенезмы, боль и жжение)
- Симптомы раздражения мочевого пузыря и симптомы обструкции при ДГП
- Симптомы и признаки простатитов, виды простатитов
- Симптомы и признаки ХПН.
- Особенности сбора анамнеза и клинического осмотра при ДГП, простатитах, почечной колике и ХПН
- основные группы препаратов при лечении ДГП
- Основные шаги тактики ВОП при МКБ, ХПН, раке простаты и ДГП.

Каждый студент должен уметь:

- Проводить расспрос и осмотр больных с нарушением мочеиспускания
- Проводить пальпацию простаты
- Проводить катетеризацию мочевого пузыря.
- Оказывать неотложную помощь больным с нарушением мочеиспускания.
- Проводить лечение, включая паллиативное больным с нарушением мочеиспускания.

8.30.Повторение пройденного материала.

Игра «найди свою половинку. Вырежьте из бумаги круги. Эти круги разрежьте пополам по- разному, чтобы они не были похожи друг на друга. На одной половинке напишите вопросы, на второй половинке – ответ. Раздайте одной группе студентов вопросы, другой группе - ответы. Студент зачитывает вопрос и тот курсант из второй группы, кто считает, что его карточка содержит правильный ответ должен поднять руку и тогда вы попытаетесь соединить половинки – если они совпадут, значит, ответ был верный.

2-х половинок должно быть вдвое больше.

1-е половинки	2-е половинки (правильные)	2-е половинки (неправильные)
Цистит	Характерно обострение симптомов при переохлаждении, после полового акта	Симптомы чаще встречаются у мужчин
Пиелонефрит	Характерно двухстороннее поражение, ознобы и высокая лихорадка	Развивается только при поражении клубочков
Протеинурия	Может развиться после длительного стояния, длительной физической нагрузки	Признак воспаления органов малого таза
Пиурия	Говорит о бактериальной инфекции мочевых путей	Всегда является осложнением анемии
Цилиндрурия	Отражает патологию паренхимы почек и трубочек.	Говорит о сморщивании почек
Гломерулонефрит	Болезнь может привести к нефротическому синдрому	Всегда приводит в ХПН
Микрогематурия	В сочетании с отеками и гипертензией может говорить о гломерулонефрите	Встречается при всех вирусных инфекциях

9.00.Клинический случай:
Мужчина 65 лет обратился к врачу с жалобами на прерывистость струи при мочеиспускании, чувство неполного опорожнения. Позывы к мочеиспусканию по ночам и подтекание мочи после мочеиспускания.
Вопрос 1. О каком заболевании вы подумали? (курсанты могут перечислить простадинию, простатит, ДГП, рак, уретрит и т.п.)
Доп. Информация. Врач не стал пальпировать простату ректально и поставив предварительный диагноз ДГП (аденомы простаты) и выписав ему сильденафил(кардура) отправил на УЗИ, заставив выпить около 2 литров воды. Больной последовал совету врача, выпил таблетку кардуры и 6 стаканов воды отправился на УЗИ. Однако во время выполнения УЗИ почувствовал непреодолимое делание помочиться, но не смог и с острой задержкой мочи обратился опять к вам. Данные УЗИ - показали незначительное увеличение размеров простаты.
Вопрос 2. Что теперь думают врачи? (Возможно у больного камень в мочевом пузыре, который блокировал мочеиспускательный канал).
Доп. Информация. Врач решил провести катетеризацию мочевого пузыря. Катетеризация прошла успешно и было выпущено 1,5 л светлой мочи без крови. Решено было катетер оставить на несколько часов. Больного отправили домой. На следующий день он сказал, что у него отошел камень размером в 4-5 мм.
Повторное УЗИ исследование показало наличие еще 2 маленьких камней в мочевом пузыре.

9.30. Симптомы: нарушения мочеиспускания - дизурия. Мозговой штурм.
Курсанты должны перечислить все возможные заболевания, сопровождающиеся дизурией (циститы, уретриты, простатит, ДГП,) а также отличия между тенезмами например и

странгурией, особенности у детей и женщин.

9.45. Презентация РР «ДГП и простатит». СД аденома, простатит, рак простаты, ознакомить курсантов с обструктивными и дизурическими симптомами при ДГП. Например, см простатизма: учащение, никтурия, императивные позывы, затруднение в начале мочеиспускания, слабая струя, трудности в конце и чувство неполного опорожнения) Ознакомить их с листом самооценки, предложенным Американской урологической ассоциации по индексу симптомов (см.приложение). Удостовериться, что курсанты четко понимают симптомы простатита и ДГП. Как диагностировать и вести таких больных. (например, при аденоме простаты- выжидательная тактика, в зависимости от симптомов) Современное лечение ДГП

10.50. Навык пальпация простаты. Как часто проводят пальпацию простаты для скрининга рака простаты? Всем мужчинам старше 50 лет – при наличии симптомов - **ежегодно**. О превенции в практике семейного врача (пособие эстонских врачей). Начиная, с какого возраста необходимо выполнять пальпацию простаты регулярно? На какие признаки обращают внимание при пальпации простаты? Размер, консистенция, эластичность, наличие срединной бороздки, симметричность долей, поверхность. Как должен подготовиться больной перед процедурой пальпации простаты- опорожнить кишечник, сделать очистительную клизму, принять ванну, душ.

11.30. Навык Катетеризация Мочевого пузыря. Навык. Продемонстрировать навык по шагам и убедиться, что каждый курсант уверенно выполняет навык без ошибки. При обучении практическому навыку - в конце задавайте 2-3 контрольных вопроса. Например, перечислите показания для катетеризации мочевого пузыря у мужчин - острая задержка мочи, например, или вам необходимо получить образец мочи из мочевого пузыря ит.п. При оценке навыка на ОСКЭ за контрольный вопрос также ставится оценка, так как студенты уверенно рассказав выполнение навыка по шагам, не всегда могут рассказать для каких целей он используется или интерпретировать его результаты.

11. 50. Обед.

12.50. Рак простаты. 20 минут. Симптомы рака простаты- боли, похудание, лихорадка, при пальпации - уплотнение и неравномерность контуров простаты и т.п. Тактика ВОП.- консультация специалиста, паллиативное лечение. Учитывая частоту аденому простаты у пожилых мужчин, в презентации указать наиболее важные симптомы и признаки, а также дифференциальный диагноз, и тактику. Не все больные, например, требуют медикаментозного лечения или операции, даже если простата увеличена значительно. Лекарства, доступные в наших аптеках - альфа-блокаторы. Паллиативное лечение.

13.30. Почечная колика Индивидуальный доклад. 15 минут. Рассказать о двух типах болей в почках: по типу колик -вследствие растяжения собирательной системы и мочеточника и не коликоподобная - вследствие растяжения капсулы. Провести диф.диагноз с болями в ЖКТ:

- почечная колика - м.б. постоянная , больные беспокойные, ищут удобное положение, при перитоните- наоборот -лежат неподвижно.

Различные виды камней и их происхождение.(например, струвиты- инфекционной природы(протеус, псевдомонады, стафилококки)

- врожденные заболевания (спина бифида),
- ожирение или резкое похудание,
- подагра,
- прием антацидов,

- профессия,
- Жаркий Климат (потеря жидкости с потом).

Тактика при почечной колике:

- обезболивание,
- консультация специалиста
- какие исследования - рентген, ОАМ(гематурия).

Осложнения - пионефроз, гидронефроз, ХПН. Лечение мочекаменной болезни. Кто должен лечить -ВОП или уролог? (медикаментозное, диета, УЗЛТ, операция)эту часть можно провести в виде интерактивного общения

Мочекаменная болезнь. Доп. Материал.

Клинические проявления включают:

- гематурию,
- почечную колику
- инфекции мочевых путей;
- иногда камни обнаруживают случайно при рентгенологическом исследовании
- При двусторонней обструкции мочевых путей камнями возможно развитие олигурии и ОПН.

Диагностика. При почечной колике проводят обзорную рентгенографию брюшной полости и экскреторную урографию. На обзорных рентгенограммах хорошо видны кальциевые (самые частые) и многие трипельфосфатные камни, хуже — цистиновые и совсем не видны уратные камни — их выявляют на экскреторных урограммах. Экскреторная урография позволяет также выявить расширение и деформацию мочевых путей. Лабораторное обследование включает анализ мочи с определением pH и кристаллов, посев мочи и определение натрия, калия, креатинина, кальция, фосфора и мочевой кислоты в сыворотке. Отошедшие камни сохраняют для анализа их состава. При первом отхождении кальциевого камня от дальнейшего обследования можно воздержаться. В остальных случаях (некальциевые камни, рецидив кальциевого камня) необходимо выяснить причину камнеобразования. Обследование определяется составом камня и может включать определение сывороточного уровня ПТГ и суточной экскреции кальция, фосфора, мочевой кислоты, креатинина, натрия, оксалата, цитрата, мочевины и цистина. В дальнейшем для оценки эффективности терапии биохимическое и рентгенологическое обследование повторяют ежегодно.

Лечение почечной колики заключается в обезболивании. При обструкции мочевых путей или присоединении инфекции показано хирургическое удаление камня. Дальнейшее лечение направлено на предупреждение образования новых камней. При всех видах камней показано обильное питье, диурез должен быть не меньше 2,5 л/сут. Диета и медикаментозное лечение зависят от состава камня.

А. Кальциевые камни (на их долю приходится 80% всех камней) состоят из оксалата и фосфата кальция. Образованию кальциевых камней способствуют гиперкальциурия, оксалурия, гипоцитратурия и гиперурикозурия; лечение состоит в коррекции этих нарушений.

1. Гиперкальциурия (экскреция кальция более 4 мг/кг/сут при содержании кальция в рационе 800—1000 мг/сут) развивается при усилении резорбции костей, снижении канальцевой реабсорбции и повышении всасывания кальция в кишечнике. Эти условия возникают при многих заболеваниях (первичный гиперпаратиреоз, миеломная болезнь, дистальноканальцевый ацидоз, гипервитаминоз D), однако у большинства больных с гиперкальциурией этих заболеваний нет. Основная причина гиперкальциурии в этих случаях — усиленное всасывание кальция в кишечнике, причина этого явления точно не

установлена. Содержание кальция в рационе снижают до 800 мг/сут (более строгое ограничение приводит к оксалурии и остеопении), белка — до 1 г/кг/сут, поваренной соли — до 10 г/сут (по возможности до 6 г/сут). Назначают обильное питье (диурез должен составлять 2—3 л/сут). Если диета не дает результата, назначают тиазидные диуретики (гидрохлортиазид, 25—50 мг внутрь 1 раз в сутки). Во время лечения регулярно определяют кальций сыворотки и экскрецию кальция.

2. Гиперпаратиреоз, приводящий к образованию камней в почках, — показание к паратиреоэктомии.

3. Оксалурия (экскреция оксалата более 0,7 мг/кг/сут) возникает при избытке оксалатов в рационе, синдроме нарушенного всасывания (желчные кислоты, попадая в толстую кишку, усиливают всасывание оксалата) и при ферментопатиях с повышенным образованием оксалата в организме. Ограничивают потребление продуктов, богатых оксалатом (щавель, шпинат, какао, арахис), при синдроме нарушенного всасывания дополнительно назначают препараты кальция и холестирамин.

4. Гипоцитратурия (экскреция цитрата менее 200 мг/сут). Назначают цитрат калия, 20 мэкв внутрь 3 раза в сутки.

Б. Уратные камни образуются при гиперурикозурии (экскреция мочевой кислоты более 11 мг/кг/сут), уменьшении диуреза и кислой реакции мочи. Назначают обильное питье (диурез должен составлять не менее 2 л/сут) и ощелачивающие препараты, например раствор Шола (1 ммоль лимонной кислоты и 1 ммоль цитрата натрия в 1 мл), 20 мл внутрь 2—3 раза в сутки. Больной должен самостоятельно следить за pH мочи, поддерживая его в пределах 6,50—7,00. При неэффективности этих мер назначают аллопуринол, 300 мг внутрь 1 раз в сутки (пробенецид и другие урикозурические средства противопоказаны).

В. Цистиновые камни образуются при цистинурии (наследственный дефект транспорта ряда аминокислот в почечных канальцах). Назначают обильное питье (диурез должен превышать 3 л/сут) и раствор Шола, 30 мл внутрь 4 раза в сутки (pH мочи должен превышать 7,00). Цистин очень плохо растворим, и этих мер часто недостаточно. Назначают пеницилламин (1—2 г/сут внутрь) или тиопронин (эти препараты нефро- и миелотоксичны и нередко вызывают аллергические реакции).

Г. Трипельфосфатные камни образуются в присутствии бактерий, вырабатывающих аммиак (Proteus mirabilis, Pseudomonas aeruginosa); до удаления этих камней антибактериальная терапия, как правило, неэффективна.

13.45. Закрепление материала. Использовать методику **"тур по галерее":** для этого понадобится три -четыре флипчарта, три-четыре фломастера разного цвета, три-четыре группы курсантов. На одном флипе задание 1-дифференциальная диагностика почечной колики, на другом- причины камнеобразования, на третьем: возможные осложнения от МКБ, Каждая группа держит фломастер определенного цвета. По знаку преподавателя они подходят к своим флипам и начинают отвечать на вопрос, например, в течение 5 минут. По завершении предоставленного времени, они подводят черту и меняются методом ротации. ТО, что они не дописали, дописывает другая группа и т.д. На это можно дать 15 минут. Далее преподаватель просит их подойти к первому флипу и они разбирают сообща. Побеждает команда, давшая в итоге больше всех верных вариантов.(это можно определить по цвету записей).

14.00. (20 мин). ХПН. См. электронную медицинскую библиотеку. Раздел Терапия. Заболевания почек. Наиболее частые причины ХПН(рецидивирующие инфекции почек- пиелонефриты, гломерулонефриты, врожденные заболевания почек, СД и тп.) Тактика ВОП. Умение определить показания для диализа. Как осуществлять мониторинг за больными с ХПН.

Определение ХПН.

ХПН сочетается с падением уровня клубочковой фильтрации (КФ) и является прогрессирующим заболеванием, характеризующимся нарастающей неспособностью почек удерживать на низком уровне продукты метаболизма белка(например, мочевину), нормальное давление крови и гематокрит и баланс натрия, калия, воды и кислотно-щелочного равновесия

Клинически функцию почек можно мониторировать путем проверки уровня креатинина и мочевины сыворотки, общего анализа мочи и определения белка в моче. Как только уровень креатинина крови достигает 3 мг/дл и нет обратимых факторов патогенеза почечного заболевания, заболевание почек вероятно будет прогрессировать до конечной стадии почечной недостаточности в течение изменчивого периода времени (от 2-3 до 25 лет). Это прогрессирование может ыть замедлено и даже приостановлено правильной терапией..

- Если только нет противопоказаний, таких как конечная стадия заболеваний других органов и нежелание пациента, в развитых странах все пациенты с конечной стадией почечной недостаточности (КСПН) подвергаются заместительной почечной терапии (гемодиализ, перитонеальный диализ и пересадка почек).

Этиология.

Причины ХПН.

- Диабетический гломерулосклероз
- Гипертонический нефросклероз
- Гломерулярная болезнь
- Гломерулонефрит
- Амилоидоз,
- СКВ, гранулематоз Вегенера
- Тубулоинтерстициальные заболевания
- Хронический пиелонефрит
- Анальгетическая нефропатия
- Обструктивная нефропатия (камни, ДГП)
- Миеломная болезнь почек
- Васкулярные заболевания
- Склеродермия
- Васкулиты
- Реноваскулярная почечная недостаточность(ишемическая нефропатия)
- Атероэмболическая почечная болезнь
- Кистозные заболевания
- Аутосомальная доминантная поликистозная болезнь почек
- Медуллярная кистозная болезнь почек.

Системные заболевания часто приводят к поражению почек и нарушению их функций. 2/3 всех больных с почечной недостаточностью – это больные с СД и АГ.
Имеется доказательства, что эссенциальная гипертензия обусловлена генетическим почечным механизмом и развитие почечной недостаточности может быть обусловлено генетически. Почти во всех случаях, за исключением поликистоза почек, прогрессирующее заболевание почек чаще встречается у афро- американцев. В возрасте 30-40 лет гипертензивный нефросклероз у афро - американцев встречается в 25 раз чаще, чем у белых.
ХПН развивается у 30% больных с СД 1 и 2 типа с пиком частоты через 15 лет после постановки диагноза. Предрасполагающими факторами развития ХПН у больных СД

являются:

Гипертония, плохой контроль уровня глюкозы, микроальбуминурия и развитие пролиферативной ретинопатии. Препаратами выбора при АГ у больных СД и/или микроальбуминурией или фиксированной протеинурией являются ингибиторы АПФ и АРА 2.. Если лечение начато на стадии появления микроальбуминурии и до появления фиксированной протеинурии(300 мг/24 часа),особенно в сочетании с хорошим контролем уровня глюкозы в крови, то прогрессирование диабетического гломерулосклероза может быть предотвращено. Даже при развитии фиксированной протеинурии, ингибиторы АПФ могут значительно замедлить снижение уровня КФ до 2 мл/мин /год.

- **Микроальбуминурия** самостоятельный фактор риска ССЗ и таким образом является показанием для назначения или усиления антигипертензивной терапии. ИАПФ доказали свое явное преимущество перед антагоничтами кальция в лечении АГ и предотвращении гипертонической нефропатии, ведущей к ХПН.
- Врачи первичного звена играют очень важную роль в предотвращении случаев ХПН у больных с АГ и СД .
- Лечение всех других причин, которые могут привести к развитию почечной недостаточности (СКВ, мембранопролиферативный гломерудонефрит) может задержать развитие ХПН.

Клиника. Признаки ХПН.

Ранние

- ☺ Гипертония
- ☺ Протеинурия
- ☺ Нефротический СД
- ☺ Повторный нефритический СД
- ☺ Макрогематурия

Поздние (Клубочковая фильтрация менее 15 мл/мин, уремия)

- ☺ Сердечная недостаточность
- ☺ Анемия
- ☺ Серозиты (перикардит, плеврит, асцит)
- ☺ Нарушение сознания, кома
- ☺ Анорексия
- ☺ Рвота
- ☺ Переиферическая нефропатия
- ☺ Гиперкалемия
- ☺ Метаболический ацидоз
- ☺ Кровотечения из ЖКТ

Уремический СД развивается редко до уровня мочевины крови ниже 60 мг/дл.. чаще развивается после достижения уровня более 100 мг/дл. Сама мочевина является относительно не токсичным метаболитом, но используется как приемлемый суррогат измерения токсичности конечных продуктов метаболизма белка. Если больному прописали употреблять очень мало белка, то уремический сидром развивается и при более низких значениях мочевины крови.

Симптомы со стороны ЖКТ. Тошнота и утренняя рвота, анорексия являются частыми симптомами. При выраженной уремии развиваются кровотечения из ЖКТ, вследствие нарушения функции тромбоцитов и диффузных эрозий слизистой оболочки. Кровянистая диарея может развиться при уремическом поражении кишечника. При поликистозе почек часто развиваются дивертикулез кишечника, боли в правом подреберье часто обусловлены кистами печени , часто после трансплантации почек.

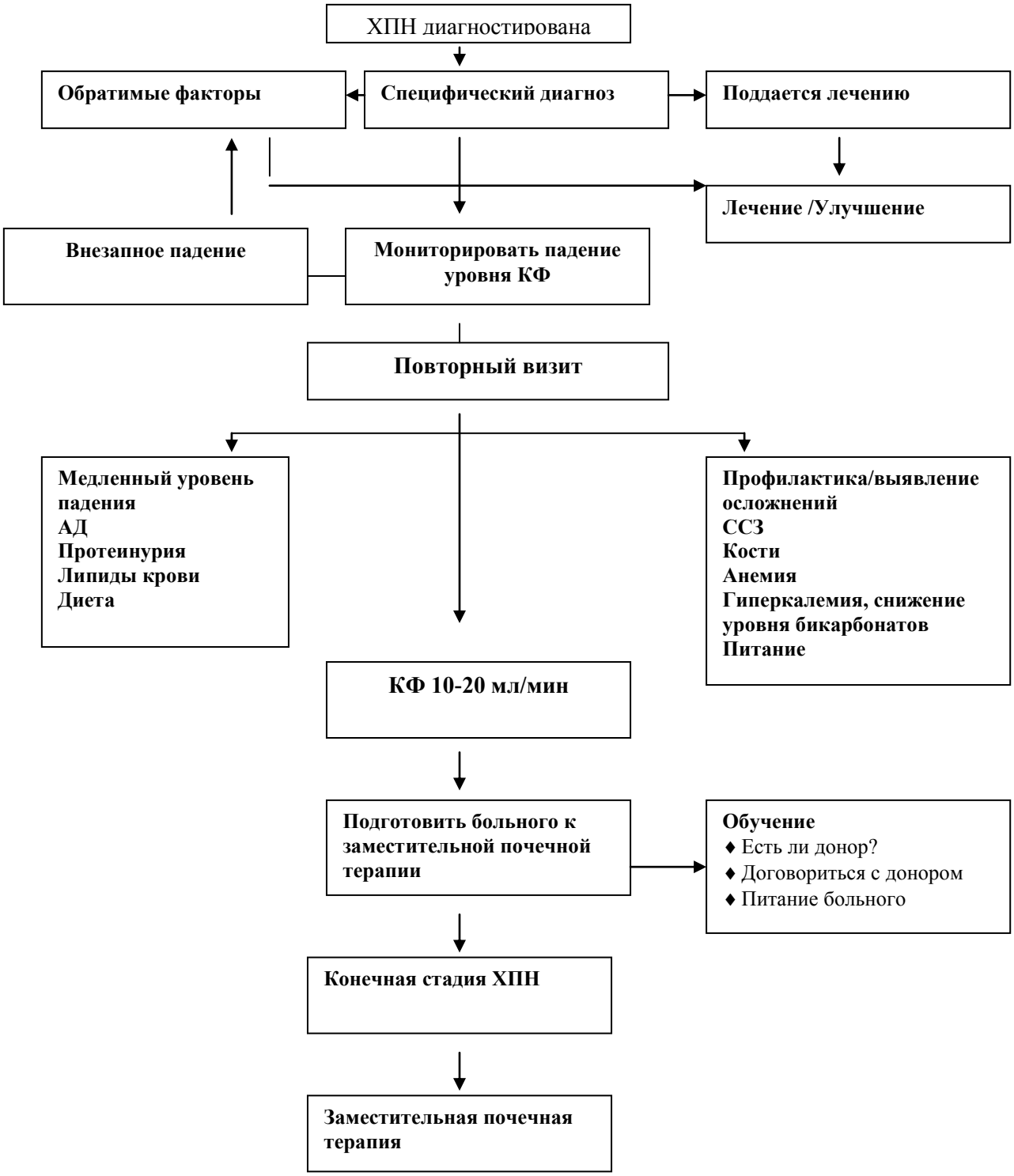
Диагностика

Совместное наблюдение больного с нефрологом.

Тщательный сбор анамнеза.
Осмотр: АД, отеки, глазное дно, неврологический осмотр
ОАМ и микроскопия
Белок крови
Белок в суточной моче
Креатинин и мочевина крови
Электролиты крови: К, кальций, натрий, хлор, магний, фосфор.
Паратгормон сыворотки

Менеджмент.

Как только поставлен диагноз ХПН необходимо мониторировать больного пристально. См. рис.



Советуйте больному с осторожностью принимать препараты НПВС, парацетамол и аспирин, и по возможности избегать их приема.

Лечение ХПН.

Лечение АГ является наиболее значимым в снижении прогрессирования ХПН.

- Ингибиторы АПФ и АРА2. Требуется комбинированная терапия для снижения уровня АД.
- Всем пациентам лучше добавлять в комбинированную терапию петлевые диуретики
- Пролонгированные антагонисты кальция (дигидропиридинововго ряда) могут быть добавлены в качестве следующего шага
- Альфа-блокаторы (празозин) и препараты центрального действия (клонидин) являются следующими препаратами выбора.
- Бета-блокаторы применяются у больных с ОИМ
- Требуется соответствующее лечение гиперлипидемии.
- При протеинурии – ингибиторы АПФ под периодическим контролем белка мочи, собранной в течение 24 часом
- При гипертонии и отеках – ограничение соли до 2 г /сут. В конечных стадиях ХПН –ограничение калия, особенно на фоне терапии иАПФ и бета-блокаторами
- Ограничение белка в пище, при условии обеспечения соотвествующего калоража пищи, чтобы избежать катаболизма эндогенного белка.
- Для того, чтобы избежать остеодистрофию –карбонат кальция в виде пищевой добакви или просто с пищей.
- Лечение анемии – подкожно эртропоэтин 80-120 ЕД/кг в неделю. Требуется проверять гематокрит. (д.б. на уровне 33- 36%, но не достигать нормальных значений)
- Как только уровень креатинина достигнет следующих значений: 4-6 мг\дл у женщин и 6-8 мг/дл у мужчин планируйте заместительную почечную терапию(ЗПТ). От ВОП и нефролога требуется, чтобы заместительная почечная терапия была начато до проявления симптомов уремии
- Если у пациента есть донор, который желает отдать почки то можно провести трансплантацию почки без предварительного гемодиализа или перитонеального диализа.
- Любое изменение аппетита и изменение баланса мочевины требует ЗПТ
- У пациентов с анемий, гипертонией, сердечной недостаточностью ЗПТ может быть начато раньше, чем ожидалось
- Пациенты, которые должны продолжать работу, но не могут - также требуют ЗПТ
- Уремический синдром у разных пациентов проявляется по разному и в разные сроки, но необходимо тщательно исследовать на нарушение аппетита, памяти и сенсорную периферическую нефропатию
- У пациентов с ХПН высок риск атеросклероза. Лечите гиперхолестеринемию статинами.
- ЗПТ- гемодиализ, перитонеальный диализ или пересадка почек.

Нефротический СД – классически определяется как альбуинурия от 3 до 3.5 г/сут в сочетании с гипоальбуминемией, отеками и гиперлипидемией

14.30. **Проверочные вопросы**:

1. Перечислите см простатизма: учащение, никтурия, императивные позывы, затруднение в начале мочеиспускания, слабая струя, трудности в конце и чувство

неполного опорожнения

2. Клинические проявления МКБ включают:
   - гематурию,
   - почечную колику
   - инфекции мочевых путей;
   - лихорадка
   - При двусторонней обструкции мочевых путей камнями возможно развитие олигурии и ОПН.

3.причины образования камней в почках:
- врожденные заболевания (спина бифида),
- ожирение или резкое похудание,
- подагра,
- прием антацидов,
- профессия,
- Жаркий Климат (потеря жидкости с потом).

4. Перечислите симптомы рака простаты:
боли, похудание, лихорадка, при пальпации - уплотнение и неравномерность контуров простаты

5. методы диагностики ДГП
   - Анамнез
   - Пальцевое ректальное исследование
   - Определение уровня специфического простатического антигена (СПА) в крови

6. Симптомы раздражения мочевого пузыря:
   - Никтурия
   - Частое мочеиспускание
   - Императивные позывы к мочеиспусканию
   - Дизурия
   - Императивное недержание
   - мочеиспускание малыми порциями

7. Обструктивные симптомы при ДГП
   - Вялость струи мочи
   - Задержка мочеиспускания
   - Выделение последней порции мочи по каплям
   - Необходимость натуживания при мочеиспускании
   - Удлинение времени мочеиспускания
   - Задержка
   - Недержание при переполненном мочевом пузыре
   - Ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря

8. Вещества, усиливающие простатизм:
   - алкоголь,
   - кофеин,
   - антихолинергические агенты,
   - антигистаминные препараты первой генерации,
   - трициклические антидепрессанты
   - мочевые антиспазмические агенты

9. симптомы острого бактериального простатита
- острым приступом поднявшейся температуры
- озноб
- симптомы инфекции мочевых путей
- симптомы обструкции,
- боль в пояснице или промежности,

- недомогание,
- артралгией и миалгией.
- может развиться задержка мочи.

10. особенности при пальпации простаты у больных с острым простатитом
    - ***Физикальное обследование***. Простата увеличена, уплотнена, очень болезненна и теплая. Массаж простаты противопоказан из-за болезненности и может привести к диссеминации бактерий.

15.00-15.25 Обсуждение новой темы

Занятие № 27

Инфекции мочеполовой системы. ИППП/ЗППП. Особенности диагностики СПИДа

Каждый студент должен знать:

- Все инфекции и заболевания, относящиеся к ЗППП, их клинические признаки и методы диагностики
- Особенности сбора анамнеза и клинического осмотра больных с ЗППП
- Симптомы и клинические признаки СПИДа
- Микроскопическую картину различных возбудителей ЗППП
- Тактику ВОП при ЗППП
- Синдромальный подход при диагностике и лечении ИППП
- Особенности обучения больных профилактике ЗППП
- 12 правил лечения ИППП (см. Презентацию)

Каждый студент должен уметь:

- Проводить дифференциальный диагноз причин и симптомов ЗППП
- Расспрос и осмотр больных с ЗППП
- Приготовить влажный препарат для осмотра под микроскопом
- Проводить лечение больных ЗППП
- Проводить обучение ЗОЖ и профилактике ЗППП

9.00. Повторение вчерашней темы.

1. Факторы риска ХПН
2. Симптомы обструкции при ДГП
3. Симптомы раздражения мочевого пузыря
4. причины микрогематурии
5. Тактика ВОП при ДГП
6. Тактика при ХПН.

9.15. Клинический случай

Бизнесмен, 43 лет обратился к вам с жалобами на появление желтых выделений из полового члена.

Вопрос 1.Какие вопросы вы обязательно зададите ему?

Ответы:1. Как давно появились выделения, обильные или нет, есть зуд, и другие высыпания, было ли подобное раньше, есть ли симптомы дизурии, с чем связывает?

2.. Женат, сколько половых партнеров у него?

3. если у него больше 1 полового партнера, использует ли он презервативы?
4. Другие симптомы? (суставы, инфекция глаз, кожи).
5. У его партнерши тоже есть подобные выделения?
6. Есть ли у него диарея, похудание, частые инфекции, лихорадка?
7. Вредные привычки

Доп. информация для курсантов. При мочеиспускании он отмечает сильные рези и

жжение, выделения появились 2 дня назад. Он сам их ни с чем не связывает. Он разведен уже 4 года. Постоянной женщины нет. Иногда позволяет себе "расслабиться" с незнакомыми девушками и никогда не использует презервативы. Пару раз у него уже были подобные выделения, а два месяца назад его лечили от половых бородавок. Он никогда не болеет, хотя и курит 20 сигарет в день и выпивает около 4 бутылок пива ежедневно и часто крепкие напитки. В последнее время стал быстрее уставать, но связывает это с работой.

Вопрос 2. На что вы должны обратить внимание при осмотре? 1. осмотреть рот, глотку, половые органы, включая анальное отверстие. Кожа и видимые слизистые, лимфузлы, суставы и глаза.

Доп. информация для курсантов. Мужчина , Рост 186, вес 94 кг.Температура-37.2С. Рот, глотка-б\о, Кожа - чистая, но вокруг половых органов- незначительные расчесы, при внимательном осмотре- обнаружены гниды половых вшей и сами вши у корня полового члена. паховые лимфузлы - увеличены с обоих сторон, болезненные, при осмотре полового члена, видны гнойные выделения из головки (можно привести фото).

Вопрос 3. Диагноз? (отв.ЗППП. Гонорея. Лобковые вши.)

Вопрос 4. Как можно защитить себя от этого заболевания - правильный образ жизни. Если нет возможности- средства защиты(презервативы, спермициды)

9.35(45мин). Осмотр полового члена и мошонки. Практический навык.

Продемонстрировать навык по шагам и убедиться, что каждый курсант уверенно выполняет навык без ошибки. При обучении курсантов практическому навыку по шагам, обязательно составьте 2-3 контрольных вопроса: Для чего используется этот навык, как часто? если вы увидите , увеличение мошонки с одной стороны, при этом яичко лежит поперек? (перекрут яичка).

10.15. ИППП/ЗППП. Презентация РР «TIA_Инфекции передающиеся половым путем»**(.30 минут**) Кроме разбора основных ЗППП, врач должен продемонстрировать.

10.45. Работа в малых группах. 40 минут. Попросите курсантов разобрать ЗППП.

1-я группа. ЗППП, протекающие с симптомами вульвовагинитов и цервицитов: кандидоз и трихомониаз

2- я группа: ЗППП, протекающие с симптомами ВЗОТ, уретритов: хламидиоз, гонорея

3- группа : ЗППП, протекающие с образованием язв и сыпи: простой герпес, сифилис, венерическая гранулема

4- группа : ЗППП, протекающие с поражением многих органов: сифилис, гонорея, СПИД.

11.25. Навыки обучения здоровому образу жизни. На отдельных листах бумаги написать ситуации:

1. вы узнали, что ваша пациентка заболела сифилисом. Как вы будете обучать ее?
2. "Молодая девушка приехала из провинции и вкусив прелестей города меняет партнеров как перчатки. Как вы предупредите ее о риске ЗППП, ей только 17 лет?" Какие возможные исследования должна пройти девушка?
3. "Муж вашей подруги обратился к вам за помощью - у него ЗППП, но он умоляет вас не говорить его жене об этом. Вы как врач будете соблюдать конфиденциальность? Какие советы вы дадите мужчине?
4. Вам необходимо провести консультацию молодого человека, который инфицирован ВИЧ. Какие слова вы скажите ему, чтобы уменьшить его депрессию?

12.00. Обед.

13.00. Особенности диагностики СПИДа. Презентация РР.

Из чего должен состоять обязательный опрос и осмотр, необходимые исследования. Привести как можно больше **фото больных со СПИДом**, кожные проявления на половых органах и возможные сочетания с другими заболеваниями(саркома Капоши, пневмоцистная пневмония, туберкулез, герпес).см. Атлас Дерматология и см. внутренних болезней и см. инфекционных болезней.

В СНГ наиболее частая причина инфицирования- использование инъекционных наркотиков и незащищенные сексуальные связи. Наибольшее распространение инфекция имеет на Украине и Российской Федерации. В центральной Азии также растет число ВИЧ – инфицированных. В Узбекистане за первые 6 месяцев 2002 года было выявлено столько новых инфицированных, сколько их было предыдущие 10 лет. Наиболее высок риск среди инъекционных наркоманов и у проституток.

Проявления СПИДа (подробности только для тренеров, для курсантов – предпочтительнее большую часть времени уделить симптоматике**)**

А. Поражение дыхательной системы:

Оппортунистические инфекции :

- Бактериальные (стафилококки, псевдомонады, клебсиеллы, стрептококки)
- Микобактерии
- Грибковые (пневмоцистная , криптококк, гистоплазма, аспергиллиоз)
- Вирусные/паразитарные (ЦМВ, токсоплазмоз)

Неоплазма:

- Саркома Капоши
- Не Ходжкинская лимфома

Лимфопролиферативные заболевания:

- Не специфический интерстициальный пневмонит
- Лимфотический интерстициальный пневмонит

Не специфические поражения легких:

- Легочная гипертнезия
- ХОЗЛ
- Саркоидоз

Симптомы:

Кашель, продуктивный (при бактериальной инфекции) или нет(при пневмоцистной), одышка, сопутствующие симптомы диссеминированного заболевания: лихорадка, потливость по ночам, похудание, диарея, сыпь, аденопатия и т.п.

Б. Поражения ЖКТ:

Поражение пищевода (одинофагия, дисфагия, локальная боль, отсутствие лихорадки)

Поражение желудка (ахлоргидрия, саркома Капоши) –тошнота, рвота, анорексия и боль в эпигастрии

Поражение кишечника (острая или хроническая диарея) Водянистая диарея.

Острая диарея:

Наиболее часто вызывается сальмонеллами, клостридиями –характерна лихорадка

Хроническая диарея: криптоспоридиоз, микобактерии, ЦМВ – нет лихорадки . При ЦМВ-может быть кровь, лихорадка

В. Поражение нервной системы:

Оппортунистические инфекции :

- Церебральный токсоплазмоз,
- Криптококковый менингит
- Цитомегаловирусный энцефалит
- Цитомегаловирусный полирадикулит

Оппортунистические опухоли

Асептический менингит

Деменция

Инсульт

Нейропатии, вызванные приемом препаратов для лечения ВИЧ

Тревожные расстройства

Психозы

Миопатии и др.

Г. Поражение кожи.

Инфекции:
- Опоясывающий лишай в 25 раз чаще при ВИЧ
- Простой герпес
- Кандидоз

Неоплазма:
- Саркома Капоши
- Не-ходжкинская лимфома
- Плоско-клеточный рак

Воспалительные заболевания:
- Псориаз
- СД Рейтера
- Атопический дерматит
- Себорейный дерматит

Кожные реакции от лекарственной терапии
- СД Стивенса-Джонса
- Бородавки
- СД перераспределения жира.

Д. Офтальмологические проявления
- Поражение сетчатки (ЦМВ ретинит,)
- Кератит, конъюнктивит
- Поражение оптического нерва (слепота, снижение зрения)

Исследование на ВИЧ-инфекцию показано следующим категориям лиц.

1. Группы риска

а. Инъекционные наркоманы.

б. Гомосексуальные и бисексуальные мужчины.

в. Проститутки.

г. Больные гемофилией.

д. Половые партнеры всех перечисленных выше лиц.

е. Половые партнеры ВИЧ-инфицированных.

ж. Лица, страдающие заболеваниями, передающимися половым путем.

з. Лица с большим количеством половых партнеров, не использующие презервативы.

и. Лица, которым была перелита кровь или ее компоненты с 1977 по 1985 г.

к. Лица, которые считают, что рискуют заразиться СПИДом.

л. Больные с симптомами, подозрительными на СПИД.

2. Беременные.

3. Больные с активными формами туберкулеза.

4. Стационарные больные в возрасте 15—54 лет в местностях, где антитела к ВИЧ выявляют более чем у 1% населения или выявляют СПИД более чем у 1 из 1000 госпитализированных.

5. Доноры крови, спермы и органов для трансплантации.

6. Медицинские работники, выполняющие инвазивные вмешательства.

7. Лица с профессиональным риском (например, специалисты по иглоукалыванию, татуировщики) и их клиенты.

13.45. Приготовьте **ролевую игру**. Обучение пациента, больного СПИДом. Особенности расспроса и осмотра.

Ситуация: Молодой инженер, недавно вернулся из поездки в США, где он обучался в течение 2 лет. Он жалуется на нарастающую слабость, частые простуды, дисфагию и длительную диарею. У него также часто повышается температура без причины.

14.30.Тесты.

1. Препарат выбора при беременности на фоне СПИДа:

а) ацикловир
б) диданазин
в) зидовудин
г) фамцикловир
д) ремантадин

2. Трихомонада вагиналис является протозойной инфекцией, которая живет:
А) во влагалише+
Б) в орофаринксе
В) анусе
Г) мочевом пузыре
Д) в матке

3. 25 летняя девушка обратилась с жалобами на влагалищные выделения. Диагноз может быть поставлен на основании:
А) запаха выделений
Б) микроскопии мазка+
В) симптомов
Г) цвета выделений
Д) консистнции

4. Что из следующего повышает риск кандидозной инфекции:
А) нерожавшие никогда
Б) прием витаминов
В) инфекции мочевого тракта
Г) Сахарный диабет+
Д) иммуносупрессия+

5. 18-летняя девушка жалуется на то, что в течение 5 дней у нее очень болезненные язвы на половых губах, которые вначале были как пузырьки. Сейчас у нее умеренная лихорадка, головная боль, большие язвы на половых губах и анусе, которые очень болезненны. У нее также увеличены паховые л\у . наиболее вероятный диагноз:
А) диссеменированная гонококковая инфекция
Б)первичный герпетический вульвит +
В) вторичный сифилис
Г) венерическая лимфогранулема
Д) контагиозный моллюск.

6. с какой инфекцией наиболее часто ассоциирован хламидиоз?
А) простой герепес
Б) сифилис
В) гонорея+
Г) папилломавирус человека
Д) трихомониаз

7. Для лечения хламидиоза можно использовать следующие режимы
А) однократная доза доксициклина200 мг
Б) доксициклин 100 мгх 2 раза в сут 7 дней+
В) эритромицин 500 мгх 4 раза 7 дней+
Г) азитромицин 1 г однократно +
Д) пенициллин 1 млн х6 раз -7 дней

8. Выберите верные утверждения в отношении ЗППП:
А) гонорея протекает с преимущественным поражением органов таза+
Б) трихомониаз – наиболее частая причина ВЗОТ
В) при наличии язв в области половых органов всегда исключать простой герпес+
Г) уретриты и цервициты чаще всего обусловлены хламидиозом и гонококками+
Д) вагинальные выделения наиболее часто наблюдаются при кандиозе и трихомониазе+

9. Факторы, способствующие заражению ВИЧ.
   А) Множественные сексуальные партнеры+
   Б) Заболевания, сопровождающиеся изъязвлениями в области гениталий (сифилис, Герпес)+
   В) Наличие любого заболевания, передающегося половым путем +
   Г) Отсутствие практики безопасного секса +
   Д) злоупотребление алкоголем
10. Факторы, осложняющие лечение ВИЧ-инфекции:
   А)Токсичность+
   Б)Побочные эффекты+
   В)Взаимодействие лекарственных препаратов+
   Г)Зависимость пациента от проводимой терапии+
   Д) бесплодие

Занятие № 28.

Артралгия и артриты. Суставной синдром. Боль в плече, в руке. СД карпального туннеля. Внутрисуставные инъекции. Ревматоидный артрит. Ревматизм, профилактика.

Для занятия необходимо:

- Компьютер
- Проектор
- Доска
- Фломастеры
- Карточки для надписей, для проведения повтора пройденного материала(не менее 10).

Студент должен знать:

- Диф.диагностику при болях в плече (стр554 Мерта);
- Диф.диагностику болей в руке (стр567);
- Наиболее частые причины болей в плече (стр556), болей в руке (стр566)
- Симптомы Синдрома карпального туннеля (стр574);
- Показания и технику внутри суставных инъекций;
- Основные симптомы и тактику при ревматоидном артрите, ревматизме.

Студент должен уметь.

- Дифференцировать боль в плече и руке;
- Правильно назначить лечение и вести больных с ревматоидным артритом и ревматизмом;
- Диагностировать синдром запястного канала;
- Проводить внутрисуставные инъекции

8.30. Определение исходного уровня знаний студентов. Игра «Викторина» Разделить студентов на 2 команды. Члены команды по очереди отвечают на заранее подготовленные преподавателем вопросы. За каждый правильный полный ответ команда получает 2 балла, за неполный 1, неправильный 0. Выигрывает команда, набравшая наибольшее количество балло**в.**

1 Какие заболевания предшествуют развитию ревматической атаки. (заболевания вызванные ß- гемолитическим стрептококком)

2. Перечислите основные диагностические критерии ревматизма (кардит, полиартирит, хорея, кольцевидная эритема, подкожные узелки)

3. Характеристика артрит при ревматизме (крупные суставы, летучий характер болей,)
4.Дайте определение – артрит это … (воспалительное поражение суставов)
5. при каком заболевании отмечаются: фотосесибилизация, волчаночная «бабочка», синдром Рейно (СКВ)
6. Дайте определение – артроз это …(заболевание суставов дегенеративно-дистрофического характера)
7. Первичная профилактика ревматизма
8. Поражение нервной системы при ревматизме проявляется в виде …. (Хореи)

8.45. Клинический случай:
Больная – женщина 23 лет, ранее не предъявлявшая никаких жалоб на здоровье, пока 3 месяца назад стала отмечать боли в суставах.
Вопрос 1. Какие вопросы вы зададите больной, чтобы поставить верный диагноз Ответ: какие суставы беспокоят больше всего? Есть ли симптомы острого артрита (покраснение, отечность суставов, ограничение движений), симметричность поражения, другие симптомы, лечилась ли?
Доп.информация. Сначала боль возникла в суставах кистей и стоп, затем недавно у нее появился отек и сильная боль мелких суставов пальцев обеих кистей. Она чувствует себя больной, жалуется на быструю утомляемость и лихорадку. У нее также появились покраснение и боль в глазах и боль в груди при вдохе в последние недели. У нее нет болей и отеков в других больших суставах, в спине,
Вопрос 2. Дополнительная информация, которая поможет вам поставить диагноз? (отв: семеный анамнез, гинекологические, урологические проблемы. У нее нет гинекологических или урологических проблем. Из лекарств она принимает только оральные контрацептивы. В семье никто не страдал болезнями суставов.
Вопрос 3: Какой возможный дифференциальный диагноз? (ревматизм, ревматоидный артрит, реативный артрит).
Вопрос 4. Из чего должен состоять осмотр этого больного?
Доп. Информация. Во время осмотра: Вы выявили у нее припухлость, болезненность в мелких суставах обоих кистей. В легких - признаки плеврита. При осмотре глаз - показать фото с эписклеритом. АД 100/70, пульс 100, регулярный.
Таким образом диагноз должен включать РА, осложненный эписклеритом и плевритом. Лечение должно включать НПВС на первых этапах и контроль состояния.

9.10. Суставной СД. Боль в плече, руке.

Мозговой штурм . Причины боли в руке.10 минут. Можно эту часть провести в виде **работы в малых группах. Задание для трех групп:** Причины боли в плече, локте и кисти. Студенты могут перечислять множество причин боли в руке и плече (остеохондроз, артриты и артрозы: РА, ревматизм, ДОА, травмы и переломы., вывихи и подвывихи. Воспаление нервов и мышц). Используя анатомический атлас или рентгеновские снимки разобрать источники боли в руке и плече.(см. Также Мерта, стр.557-585)

9.30. Шаги осмотра больных с болями в руке. Эта часть может быть проведена как обучение практическому навыку - осмотру больных с болью в руке в поликлинике на реальных больных.
Подробно разобрать шаги осмотра больных с болями в руке - осмотр суставов и движения в них - сгибание , разгибание, ротация, отведение, пронация и супинация. Уметь обнаружить ограничение движений, слабость в верхней конечности и плечевом поясе..
При обучении студентов уделите внимание также показаниям для осмотра, возможные находки и как их интерпретировать

10.00. Симптомы карпального туннеля. (Лечение: Необходимо придать руке нейтральное положение (наложить повязку- профилактика боли в ночное время, для кратковременного облегчения- ВСИ, если нет эффекта- к специалисту) см. Энциклопедия клинического осмотра, Доказательная медицина стр.587

10.20. Тактика ВОП при всех видах болей в руке и плече включает. Дискуссия.

1)контроль симптомов - обезболивание - НПВС, стероидные инъекции, физиотерапия - местно тепло, холод;

2)профилактика деформации и слабости в конечности- упражнения, массаж;

3) лечение состояний, не связанных с костями – например, при РА- усталость, увеит, вовлечение легких и плевры и т.п..

10.40. Презентация РР «Ревматоидный артрит»+ фото больных с РА, Критерии РА. Рентгеновские снимки в сопоставлении с нормой, что бы могли отличить патологию от нормы.

При **РА тактика врача** должна заключаться:

1) контроль симптомов: боли и скованности;

2) минимизировать прогрессирование заболевания;

3)сохранить функцию сустава;

4)сократить побочные действия лекарств;

5) улучшить качество жизни и самообслуживание.

Желательно тесный контакт с ревматологом.

Физиотерапевтические методы лечения: массаж, тепло или холод местно, УЗ, тепловые процедуры также могут рассматриваться в этой части занятия.

11.20. **Профилактика ревматизма**. Подробно симптомы и клинические признаки, дифференциальный диагноз, показатели крови, тактика ведения, показания для ВСИ, основные группы препаратов. Тактика ВОП **при ревматизме**

(1) контроль симптомов,
(2) профилактика пороков сердца и прогрессирования заболевания (бициллинопрофилактика).
(3) Адекватная терапия активности процесса.

11.50-12.50. Обед

12.50. **Внутрисуставные инъекции** В методических руководствах для ВОП в Великобритании и Америки врачи должны уметь самостоятельно выполнять ВСИ, поэтому показания, противопоказания, дозы ГКС, размеры игл, дозы лидокаина или ксилокаина, возможные осложнения должны быть разобраны очень внимательно - это невозможно выполнить в течение 1-2 часов, так как требует практики. Возможно, обучение ВСИ можно провести отдельно после занятий. **Основные проблемы, требующие ВСИ**: адгезивный капсулит, артрит плечевого сустава, локоть тенниста и гольфиста, карпального тунеля СД, РА суставов кисти, локтя, плеча.

Мерта, стр. 553-565., Доказательная медицина, стр. 578-587.

Презентация «Ненаркотические анальгетики»

14.30. Тесты.

1. Клиническая картина ревматоидного артрита:
   а) выраженная слабость +
   б) утренняя скованность +
   в) деформация суставов +
   г) ульнарная девиация кистей+
   д) хронический увеит +
2. Для латерального эпикондилита плечевой кости характерно:
   а) болезненность при пальпации надмыщелка,
   б) припухлость над локтевым суставом,
   в) боль при тяге за кисть,

г) болезненность при сжатии в кулак,
д) болезненность при рукопожатии.

3. Для синдрома запястного канала характерно:
а) парастезии трех пальцев кисти чаще по ночам,
б) причина – сдавление срединного нерва,
в) положительная проба Финкельштейна,
г) чаще наблюдается у людей работающих на конвейере,
д) встречается при беременности, сахарном диабете, подагре.

4. Отметьте правильные утверждения в отношении ревматоидного артрита:
а) чаще страдают женщины
б) в основе заболевания лежат аутоиммунные процессы
в) лечебная физкультура противопоказана
г) характерны боли в суставах механического характера
д) основу базисной терапии составляют плаквенил, купренил, кризанол

5. Отметьте состояния, требующие внутрисуставной инъекции глюкокортикоидов:
а) гнойный артрит
б) остеоартрит с вторичным синовитом+
в) артрит экссудативного характера+
г) гемартроз+
д) остеоартрит без синовита

6. Отметьте состояния, протекающие с карпальным туннельным синдромом:
а) микседема
б) беременность
в) сахарный диабет
г) неврит срединного нерва
д) остеоартроз косточек запястья

7. Правильно ли, что наибольшая частота ревматических болезней связана:
а) в пожилом возрасте - с гонококковым артритом
б) в молодом возрасте - с СКВ, реактивном артритом
в) в детском возрасте - с псориатическим артритом
г) в среднем возрасте - с остеоартрозом
д) у женщин – с подагрой

15.00-15.25 Обсуждение новой темы

Диагностические и лечебные внутрисуставные инъекции в суставы.

Врачу общей практики приходится часто решать проблемы больных, связанные с ограничением функций конечностей, позвоночника из-за болезней опорно-суставного аппарата.

К разряду обязательных манипуляций, которые врач общей практики должен уметь выполнять относятся внутрисуставные манипуляции, включающие аспирацию содержимого из околосуставных сумок и инъекции в анатомические образования,

входящие в суставы.

Аспирация и инъекции в мягкие ткани и суставы являются относительно простыми манипуляциями. В последние годы стероидные инъекции в суставы используются слишком часто и иногда приносят скорее вред, чем пользу. Поэтому необходимы методические руководства для врачей общей практики, где бы были четко указаны показания и противопоказания для стероидных инъекций, их осложнения и как их лечить. Это значительно снизит количество осложнений. Альтернативой к местному (фокальному) лечению стероидами являются обычно нестероидные противовоспалительные препараты, назначаемые системно, однако и они обладают значительным токсическим действием при длительном приеме.

Врачи общей практики должны научиться выполнять внутрисуставные инъекции и постоянно совершенствовать свое мастерство аспирации и инъекции по многим причинам. Как только врач аспирирует содержимое воспаленного сустава – диагностика причины воспаления очень легка. Если суставная сумка была заполнена жидкостью, что было причиной боли, аспирация содержимого приведет к быстрому облегчению состояния. Локальное введение препарата в сустав может привести к быстрому облегчению боли без системных токсических эффектов.

Показания.

Диагностические показания.

- Для оценки синовиальной жидкости и определения этиологии выпота: инфекционная, ревматическая, травматическая или воспаление, вследствие кристаллических заболеваний.
- Для выполнения терапевтического исследования для дифференцировки различных состояний (например, костохондриты вследствие коронарной болезни сердца, трохантерный бурсит, вследствие заболеваний в области тазобедренного сустава, триггерные точки на затылке вследствие болезни позвоночника).

Терапевтические показания.

- Для извлечения избытка жидкостей в септическом суставе
- Для облегчения боли при сильно отекшем суставе (например, при травматическом гемартрозе)
- Для введения лидокаина, солевого раствора или кортикостероидов в остро воспаленный сустав

Кортикостероиды оказывают значительный эффект на воспаление. К сожалению, доказательства того, что стероидные инъекции снижают долгосрочные побочные эффекты хронических или дегенеративных заболеваний нет, но без сомнения стероидные инъекции производят быстрый противовоспалительный эффект.

Противопоказания.

- Целлюлит или нарушение кожного покрова в области предполагаемой инъекции или аспирации
- Больной находится на антикоагулянтах, причем контроль осуществляется не адекватно
- Выраженная первичная коагулопатия
- Септический выпот в сумку или периартикулярные структуры (для инъекции)
- Более трех инъекций предыдущие 12 месяцев, в сустав, на который осуществляется нагрузка весом
- Отсутствие эффекта на предыдущие 2-3 инъекции
- Подозрение на бактериемию (Пока вы не выясните, что сустав является причиной бактериемии, вы не должны вытягивать жидкость из сустава). Если вы сделаете это, вы можете внести инфекцию в сустав.
- Не стабильный сустав (для стероидной инъекции)
- Не возможно оценить состояние сустава или нащупать его анатомические структуры (для многих врачей общей практики это относится к тазобедренному суставу, сакроилеальное сочленение, и суставы позвоночника)
- Протез сустава (если подозреваете инфекцию, отправьте к ортопеду, поставившему протез, если это возможно).

Инструментарий.

В прошлом, внутрисуставные инъекции выполнялись без перчаток, и лишь ограничивались обработкой места инъекции спиртом. В противоположность, в данное

время многие врачи используют излишнюю стерильную процедуру. И хотя тактика врачей в прошлом не должна применяться сейчас, излишние осторожности также не требуются, если только у больного нет сахарного диабета, иммунодефицита, или высокого риска инфекции. Необходимо обработать место инъекции спиртом или повидон-йодом, использовать стерильные перчатки. Маска не требуется.

Необходимое снаряжение:

- Спиртовые шарики или шарики с повидон йодом
- Стерильные перчатки
- Стерильные марлевые салфетки
- Иглы 22-25 калибра, 25, 4- 38.1 мм длинной для инъекций
- Иглы 18-20 калибра 38,1 мм длиной для аспирации
- Иглы 30 калибра 12,2 мм длиной для анестезии кожи (обычно не требуется)
- Шприцы от 1 до 10 мг для инъекций (желательно - Луер-Лок)
- Шприцы от 3 до 50 мг для аспирации
- Однократная доза 1% лидокаина или мультидозы бупивакаина
- Гемостат (используется, если вначале производят аспирацию, а затем после замены шприца (но не иглы), проводят инъекцию)
- Пробирки для забора материала на посев или других лабораторных исследований (если была проведена аспирация)
- Глюкокортикоидный препарат (см. табл. 5.)

Советы после инъекции.

Предупредите больного, что сразу же после инъекции местный анестетик приведет к резкому уменьшению боли, и больные могут дать большую нагрузку на сустав сразу же после инъекции. Посоветуйте дать покой суставу, по крайней мере, на 2 недели после инъекции и избегать подъема тяжестей в течение 6 недель. Больной должен сразу же при любых симптомах инфицирования сустава или других серьёзных побочных эффектах.

Противопоказания для кортикостероидных инъекций при повреждении мягких тканей.

(a) если обезболивание и противовоспалительный эффект могут быть достигнут другими методами;
(b) при наличии местной и общей инфекции;
(c) коагулопатиях;
(d) кровотечении из сухожилия (Tendon tear);
(e) у молодых пациентов.

Залог успеха:

* получите разрешение больного.
* проверьте, можете ли вы опознать анатомические образования
* выберите наиболее тонкую иглу, которая может достать до области поражения.
* вымойте руки, протрите кожу больного.
* используйте технику «no-touch» (то есть не дотрагиваться иглой и рукой до кожи до

инъекции).
* используйте коротко и среднедействующие стероиды в большинстве случаев с местными анестетиками.
* инъекции не должны выполняться в сухожилия
* минимальный интервал между инъекциями -6 недель.
* количество инъекций в одно место не должно превышать 3
* растворимые инъекции могут быть полезны у больных с местной реакцией на предыдущие инъекции.
* запишите детали.
* не повторяйте инъекции, если две предыдущие инъекции не приносили облегчения от боли, по крайней мере, в течение 4 недель

Табл.2. Сравнительная сила стероидных препаратов.

Кортикостероид	Относительный противовоспалительный эффект	Приблизительная эквивалентная доза (мг)
Короткодействующие препараты		
Кортизон	0,8	25
Гидрокортизон	1	20
Препараты средней продолжительности		
Преднизон	3,5	5
Преднизолона тебутат (Hydeltra TBA)	4	5
Триамценолон (Кеналог, Aristocort, Aristispan)	5	4
Метилпреднизолона ацетат (Депо-Медрол)	5	4
Препараты длительного действия		
Дексаметазон (Decadron LA)	25	0,6

Бетаметазон (Celeston Soluspan)	25	0,6
Взято из Leversee JH: Aspiration of jontts and soft tissue injections. Prim Care 13:572, 1986.		

Табл.3. Дозы кортикостероидов.

Кортикостероид	Сила раствора Мг/мл	Обычные дозы (мг)		
		В сухожилие или сумку	Маленький сустав	Большой сустав
Гидрокортизона ацетат	25,50	20-50	10-25	50-125
Преднизолона тебутат	20	8-40	8-20	40-100
Триамценолона гексакотидон (Аристоспан) Диацетат (Аристокорт) Ацетонид(Кеналог)	 20 40 40	 4-10 4-10 4-10	 2-5 2-5 2-5	 10-25 10-25 10-25
Метилпреднизолона ацетат (Депо Медрол)	20,40,80	4-10	2-5	10-25
Дексаметазон натрий фосфат (Декадрон) Ацетат (Декадрон ЛА)	 4 8	 1,5-3,0 1,5-3,0	 0,8-1,0 0,8-1,0	 2-4 2-4
Бетаметазон натрий фосфат и ацетат (Целестон				

Солюспан)	6	1,5-3,0	0,8-1,0	2-4
Взято из Leversee JH: Aspiration of jontts and soft tissue injections. Prim Care 13:572, 1986.				

Табл.4. Побочные эффекты от местной стероидной терапии.

Осложнения	Частота
Постинъекционная «вспышка»	2-5%
Стреоидная артропатия	0,8%
Разрыв сухожилия	<1%
Прилив к лицу	<1%
Атрофия кожи, депигментация	<1%
Ятрогенный инфекционный артрит	<0,001- 0,072%
Транзиторный парез инъецированной конечности	Редко
Гиперчувствительные реакции	Редко
Асимптоматическая перикапсуллярная кальцификация	43%
From Gray RG, Gottlieb NL: intraaricular corticosterouds: an updated assessment, Clin Orthop 177: 253,1983.	

Состояния, при которых отмечается хороший эффект от кортикостероидной терапии.

Суставные проблемы.
Ревматоидный артрит
Серонегативные спондилоартропатии:
- Анкилозирующий спондилит
- Артрит, сочетанный с болезнями воспаленного кишечника
- Псориаз
- Синдром Рейтера

Кристаллические артриты
- Подагра
- Псевдоподагра

Остеоартриты

Не суставные проблемы
Фиброзит
- Локализованный фиброзит
- Системный фиброзит

Бурсит
- Субакромиальный бурсит
- Трохантерный
- Гусиной лапки
- Препателлярный

Периартрит
- Адгезивный капсулит

Теносиновиты/тендиниты
- Болезнь де Кюрвена
- Триггерный палец
- Бициптальный тендинит
- Локоть тенниста
- Локоть гольфиста
- Плантарный фасциит

Невриты
- Синдром карпального туннеля
- Синдром тарзального туннеля
- Костохондрит
- Синдром Титце

Табл.5. Необходимые размер игл и дозы препаратов для ВСИ.

Область введения	Диаметр иглы	Доза 1% лидокаина (мл)	Доза метилпреднизолона ацетата (мг)
Плече-лучевой сустав	22	3-5	10-20
Латеральный или медиальный мыщелки	22-25	4	10-20
Olecranon bursa	22	2-3	10-20
Суставы пальцев кисти и стоп	22-25	0,5-1,0	4-10
Сухожилие отводящей мышцы большого пальца кисти (болезнь де Кюрвена)	25 (38,1 мм)	3-4	10-20
Оболочка сгибателей пальцев (триггерный палец)	25 (25,4 мм)	0,25	4-10
Запястье	22-25	1-2	10-40
Карпальный туннель	25 (38,1 мм)	1	20-40
Ганлий запястья	18-20	0,25-0,5	4
Субакромиальная сумка плеча	20 (38,1 мм)	5-7	20-40
Сухожилие двуглавой мышцы	22 (38,1 мм)	5-10	10-20
Акромио-клавикулярное сочленение	22-25	2-4	4-10
Сухожилие ротаторов плеча	18-20 (38, 1	5	20-40

	мм)		
Внутрисуставное пространство плеча	20 (25.4 мм)	5-7	20-40
Тазобедренный сустав	20 (50, 8-76,2 мм)	5	40-80
Сумка большого вертела	22	5-10	20-40
Сумка гусиной лапки	22-25	5	20-40
Препателлярная сумка (надколенниковая)	20	3-5	20-40
Внутрисуставное пространство колена	20 (38, 1 мм)	5	20-80
Сумка пяточной кости	22 (38,1 мм)	5	20-40
Триггерные точки	25	3-5	10-20
Голеностопный сустав	22	3-5	20-40

Занятие № 29.

Боль в бедре, колене, стопе. Реактивные артриты. Болезнь Рейтера. Подагра

Студент должен знать:

- Наиболее опасные заболевания, сопровождающиеся с болью в бедре (Мерта стр 583);
- Физикальное исследование больных (стр586);
- Необходимые лабораторные и инструментальные исследования при болях в бедре, колене и стопе (стр587);
- Диф.диагностику болей в бедре у детей;
- Ведение больных с реактивными артритами, болезнью Рейтера и подагрой

Студент должен уметь:

- Обследовать больного с болью в бедре, стопе, колене;
- Проводить физикальные пробы (стр586-587);
- Дифференцировать артриты различной этиологии;
- Правильно диагностировать и лечить реактивные артриты, болезнь Рейтера и подагру.

8.30. Повторение вчерашней темы:

Игра в «бутылочку». Сажаете студентов в круг. Кто-то раскручивает пустую бутылку. На кого укажет горлышко, тот и отвечает. Ответивший правильно – выходит из круга

Вопросы: 1. назовите 2 признака при боле в плече, указывающие на поражение плечевого сустава? (ограничение движений в плечевом суставе, изменение конфигурации сустава)
2. Укажите, где будут боль и онемение при поражении срединного нерва (СД карпального туннеля)- 1,2,3 и лучевая сторона безымянного пальца
3. какое снаряжение необходимо для проведения ВСИ (шприц, игла, раствор лидокаина, стероидный раствор, вата, йод)
4. какой объем движений в плечевом поясе в норме должен выполнять человек? (см. Мерта)
5. критерии РА (утренняя скованность, поражение мелких суставов, вовлечение новых мелких суставов, синовит, + РФ ,поражение внутренних органов,)
6. Тактика ВОП при РА? (правильное обезболивание, сохранить функцию сустава, сократить побочные действия ЛС, улучшить качество жизни и самообслуживание)
7. Что входит в группу базисных препаратов при РА? (стероиды, препараты золота, Д-пеницилламин, противомалярийные препараты, цитостатики)
8. С каких препаратов необходимо начинать лечение при РА (НПВС, назовите – диклофенка, ибупрофен)
9. у кого чаще всего встречается СД карпального туннеля? Не менее 3 вариантов(СД, беременность, работающие на конвейере, подагра)
10. 2 пробы при СД карпального туннеля (пусть покажет)
11. как отличить артрит от артралгии? (при артралгии бывает только боль, а при артритах –боль, покраснение. Отек, ограничение движений, местная температура повышена)

8.50. Клинический случай №1

45летний мужчина вернулся из отпуска в санатории. Перед отъездом у него было сильное пищевое отравление. После этого у него появилась отечность левого колена, настолько сильная, что он не может наступать на ногу.

Вопрос 1. Каков дифференциальный диагноз?

Курсанты могут указать на реактивный артрит и не исключена подагра или ДОА, травма колена и т.п.

Вопрос 2. Какая дополнительная информация будет Вас интересовать?(другие суставы, боли в спине, поражение глаз, уретры, сексуальные связи недавно, прием пищи и алкоголя провоцирует?, семейный анамнез по заболеваниям суставов и кишечника)

Дополнительная информация. Он сказал, что другие суставы его не беспокоят, но появилась болезненность в спине и пятках, чувство песка в глазах, слипание по утрам, а также -рези при мочеиспускании. сексуальные связи недавно отрицает, но 2 года назад у него были подобные симптомы и врач, сказал, что это из-за незащищенного полового акта с незнакомой женщиной. Он любит выпить, но алкоголь лишь недавно стал обострять его боль в колене. У матери-болезнь Крона,

Ваш диагноз? Болезнь Рейтера(триада симптомов, обостряется инфекциями ЖКТ, урогенитальными инфекциями). Эту информацию врачи могут не указывать в начале занятия: *Другие симптомы СД Рейтера включают подошвенный фасциит, тендинит ахиллова сухожилия. В семье связь по HLA B27 (крона, НЯК)*

9.40. Боль в ноге, колене, стопе. Работа в малых группах. Тур по галере. 15 минут.

Поделите студентов на три группы. Повесьте в трех разных участках комнаты три флипкарты. На них выпишите вопросы: 1. Перечислите все причины боли в бедре у взрослых и детей. 2- Перечислите все причины боли в колене. 3- все причины боли в стопе. Методом ротации просите курсантов каждой группы записывать варианты. Затем вешаете флипкарты рядом и сравниваете причины болей в бедре, колене и стопе. Обращаете внимание на общие причины.

10.00 Затем разберите иннервацию ноги(Мерта, стр. 596, рис. 56.1) и кровоснабжение(места пальпации пульса на ноге (Мерта, стр. 605, рис. 56.7)). Так как не только суставные и мышечные проблемы могут привести к возникновению боли в ноге, но и невралгии и артериты

Основные причины боли: См. Мерта. Стр. 595- 613.

- Мышечные спазмы
- Ишиалгия
- Повреждения мышц
- Остеоартроз тазобедренного и коленного суставов
- Повреждения при функциональной перегрузке (ахиллово сухожилие -тендинит)
- Болезни сосудов(Облитерирующий эндартериит как причина боли в ноге + перемежающаяся хромота) стр. 604-611, Мерта
- Инфекции суставов
- Корешковый сд (при грыже и протрузиях дисков позвоночника)
- Отраженная боль рис.56.4 стр 599, 602 Мерта.
- Туннельные нейропатии (часто)рис. 56.3., стр 599, стр. 602- 604 Мерта.

Для экономии времени – заранее выпишите на доске порядок сбора анамнеза больных с болью в ноге(стр. 599, Мерта). Студенты могут ознакомиться с вопросами и переписать их в тетради в течение дня. Неоднократно возвращайтесь к сбору анамнеза в течение дня. Это укрепит запоминание.

10.15. Поподробнее остановитесь на наиболее частых причинах боли в ноге. Дайте студентам короткие ситуационные задачи по боли в ноге, с различными причинами. Например, на 2 курсантов 1 ситуационная задача.

Ситуационная задача 1. 67-летняя женщина жалуется на боли в ногах по ночам. Боли локализуются в мышцах голеней и очень интенсивные. Вы узнали, что ваша больная принимает гипотиазид для лечения гипертонии. (Ответ: у больной судороги)

Ситуационная задача 2. Женщина 63 лет, очень полная, работает библиотекарем, у нее сильные боли в ногах. Она показывает на среднюю треть бедра. При расспросе вы выяснили, что она недавно получала химотерапию по поводу рака молочной железы (Ответ: метастаз рака в кость)

Ситуационная задача 3. Мужчина 45 лет обратился к вам с очень интенсивной болью в ноге – он указывает на левое колено. При расспросе выяснили, что он 30 минут назад упал на это колено и оно очень распухло. (Ответ: гемартроз коленного сустава)

Ситуационная задача 4. Мальчик 12 лет пришел к вам с жалобой на боль в ноге. При внимательном расспросе вы выяснили, что болит правое колено и мальчик занимается в футбольном кружке школы. (Ответ : болезнь Осгуда- Шлаттера*).*

Ситуационная задача 5. Женщина 68 лет, явное ожирение, жалуется на постоянные боли в ногах, при расспросе выяснили, что боли особенно беспокоят в области коленей и при движениях, спуск по лестнице и ходьба. (Остеоартроз)

Попросите курсантов подробнее ознакомиться с причинами боли в ноге в учебниках.

10.45. Практика. Осмотр больных с болью в ноге. Эту часть занятия можно провести в поликлинике, заранее подготовив тематических больных. Мерта, стр.599. Как проводить осмотр тазобедренного, коленного и голено-стопного сустава. Движения в этих суставах, сила мышц, Состояния, приводящие к ограничению движений. ВСИ. (сказать, что обычно ВСИ в т\б сустав выполняют под контролем рентгена и выполняет специалист.) Коленный сустав, его анатомия -на рентгеновских снимках, места введения ВСИ, голеностопный сустав- анатомия, возможные причины болей . ВСИ в суставы стопы, подошвенном фасциите(шпоры)Убедитесь, что КАЖДЫЙ курсант может УВЕРЕННО выполнять осмотр больного с болью в ноге, включая т\б сустав, колено и г\с сустав.

Патогенез:

1.Боль, связанная с ростом. Этиология неизвестна. Возможно, возникает отек мышц внутри фасциальной оболочки после перегрузки.

2.Боль в голени. Часто связана с перегрузкой, возникает воспаление мышц голени.
3.Болезнь Осгуда- Шлаттера. Дегенерация бугристости больше берцовой кости в месте прикрепления четырехглавой мышцы бедра. Возникает вследствие быстрого роста, перегрузки, особенно в подростковом возрасте. Результат постоянных микротравм.
4. Синдром надколенниково -бедренной боли. Нарушенная регуляция механизма разгибания в колене. Повторные микротравмы из-за перегрузки.
5. Хондромаляция надколенника. Дегенерация хряща. Перегрузка и плохая регуляция являются предрасполагающими факторами.
6. Подвывих надколенника. Травма.
7. Синдром илио-тибиального сочленения. Возникает вследствие перегрузки и избыточного трения между илиотибиальным сочленением и латеральным мыщелком бедренной кости. Связан с изменением обуви, увеличением нагрузок (бег) или долгий бег по наклонной поверхности.
8. Лега-Кальве -Пертеса болезнь. Нарушение артериального кровоснабжения головки бедренной кости. Приводит к асептическому некрозу и разрушению головок. Может возникнуть вследствие :
А) травмы
Б) использования стероидов
В) криз серповидно-клеточной анемии
Г) врожденный вывих бедра
Д) разрушение эпифиза головки бедра.
9. разрушение эпифиза головки бедра. Состояние связанное с ростом и развитием верхней части бедренной кости вследствие внезапной дислокации головки по отношению к шейке. Связано с эндокринной патологией и наследственностью.
10. Токсический синовит. Острая токсическая воспалительная реакция в тазобедренном суставе. Неясная этиология.
11. Бурсит. Острая травма. Ушиб над проекцией бурсы, перегрузка, острое и хроническое воспаление.
12. Другие причины: остеомиелит, неоплазма, переломы, растяжения, серповидно-клеточная анемия, септический артрит, заболевания ЩЖ, состояния психосоциальной природы.

Осмотр.
1.жизненноважные признаки: ЧСС, АД, ЧДД, температура.
2. Походка
3. есть ли деформации костей
4. признаки травмы,
5. развитие мышц
6. Наличие отека, эритемы
7.измерить длину бедер
8. пальпация суставов и конечностей на наличие напряженности, отека и местной гипертермии
9. Объем движений в пораженном суставе, определяя ограничение, крепитацию, напряженность
10. пальпация периферического пульса, осмотреть время капиллярного заполнения дистальнее места боли.
11. оценка чувствительности
12.оценить силу мышц.(дистальная слабость говорит о неврологических проблемах, в то время как проксимальная – о проблемах мышц)
13. оцените стабильность суставов
14. оцените способность двуглавых мышц к сокращению – уложите больного на спину с бедрами согнутыми 90^0 и затем попросите его вытянуть ноги, невозможность вытянуть

ноги до конца указывает на напряжение задних мышц бедра.
15. сравните обе ноги на наличие отека, похудания, цвет, движения, силу, пульс, и чувствительность
16. выполните полный физический осмотр для исключения ревматического заболевания.
Необходимые обследования:
ОАК.
СОЭ.
Ревмапробы при хронической боли
Рентген при наличии травмы, отека сустава, боль более 4-6 недель, подозревается рак, метаболический дефект
Сканирование кости при подозрении на остеомиелит.
Лечение.
1. покой , ограничить нагрузку на сустав.
2. лед/тепло
3. НПВС, парацетамол
4. массаж
5. ЛФК.
При болезни Лега-Кальве –Пертеса и повреждении эпифиза головки бедренной кости – к ортопеду.
11.30. Болезнь Рейтера. Реактивные артриты. Указать все симптомы и клинические признаки, связь с HLA B27 (крона, НЯК, болезнью Бехтерева). Инфекции ЖКТ и МПТ как провоцирующие факторы, возможное вовлечение суставов кистей и стоп, повреждения ногтей - снимки. Лечение.
Можете использовать время по – другому – для презентации отведите разбор подагры, а реактивные артриты разберите с группой. Можно использовать ролевую игру.
Инструкции для пациента: 28-летний спортсмен пришел к врачу, чтобы он прописал ему таблетки от боли в колене, так как по его словам, оно распухло и он не может продолжать тренировки.
Инструкции для врача: Проведите сбор анамнеза и укажите, как вы будете проводить осмотр у мужчины 28 лет, обратившегося к вам с болью в колене
Инструкции для экспертов: Какие вопросы должен задать врач, проводящий сбор анамнеза? На что должен быть ориентирован осмотр:
11.50-12.50. Обед.
12.50. Подагра. Можно вначале привести клинический случай для разбора.
На прием пришел мужчина 45 лет, работает менеджером в крупной компании. Вчера вечером в компании была презентация с обильным ужином и употреблением спиртного. После чего утром появилась резкая боль в большом пальце стопы. Кожа пальца красная, отечная, горячая на ощупь. Бол очень сильная и возникла впервые. Далее преподаватель акцентирует внимание курсантов на следующих моментах:

- симптомы и характерные клинические признаки,
- факторы, обостряющие подагру (травмы, жирная пища, алкоголь, тиазидовые диуретики),
- лечение (НПВС-индометацин, диклофенак до исчезновения симптомов, диета, покой суставу,
- при уменьшении симптоматики - аллопуринол или пробенецид (с дозами и побочными эффектами).
- Почему нельзя аспирин, тиазиды, фуросемид?
- Как оценить тяжесть и возможные осложнения (камни - ураты в почках -ХПН- анализ мочи и электролиты),
- активность процесса – ОАК (высокие цифры СОЭ), мочевая кислота(м.б. в норме даже во время сильнейшего приступа) .

- Обучение пациентов.

Подагра.

Вопросы больному:

- ☞ Внезапное начало?
- ☞ Часто ночные приступы?
- ☞ Острый артрит или хронический
- ☞ Явные факторы, обостряющие заболевание
- ☞ Прием алкоголя и пищи
- ☞ Операции
- ☞ Инфекции
- ☞ Диуретики
- ☞ Химические вещества(урографин)
- ☞ Урикозурические лекарства
- ☞ Применение индометацина в анамнезе.

- ☞ Наиболее частое поражение метатарзально фалангеального сустава 1 пальца стопы, а также поражаются коленные, стопа и лодыжка.
- ☞ Во время одной атаки может быть вовлечение более одного сустава
- ☞ Пораженный сустав отечный и очень напряжен. Кожа над ним гиперемирована, горячая и очень красная. Часто отмечается лихорадка до 39^0
- ☞ Для подагры характерны десквамация и зуд в период выздоровления от острого артрита, но не всегда встречается
- ☞ Тофусы могут быть обнаружены на ушных раковинах, стопах, локтях и препателлярной бурсе. Они появляются только после нескольких атак подагры.

Лабораторные исследования.

- ☞ Содержание мочевой кислоты в сыворотке практически всегда повышено (более 7.5 мг%), если только пациент не принимает урикозурические препараты
- ☞ СОЭ и число лейкоцитов повышено, в период острой атаки
- ☞ При аспирации тофусов и рассмотрении их под микроскопом видны типичные кристаллы уратов

Для дифдиагностики помогают следующие данные: гиперурикемия, быстрый эффект от НПВС и колхицина, локальная десквамация и зуд при спадении отека, обнаружение в синовиальной жидкости. Необходимо исключить острый пиогенный артрит.

Лечение.

А. Острая атака.

Лечение должно быть разделено на **раздельное лечение** острого артрита в начале и гиперурикемии позднее.

Наиболее частая ошибка – одновременное лечение острого артрита и гиперурикемии. Внезапное снижение уровня мочевой кислоты вызывает обострение подагры. Поэтому лечение гиперурикемии наиболее безопасно при снижении атаки острого артрита.

1. НПВС.

Индометацин начинают в дозе 50 мг каждые 8 часов и продолжается до исчезновения симптомов (обычно 5-10 дней)

Противопоказания для назначения НПВС:

**Активная пептическая язва

**Нарушенная функция почек

**Аллергическая реакция в анамнезе

2. Колхицин.
Является эффективным препаратом для лечения острой подагры, но менее предпочтительный, так как 80% пациентов отмечают выраженные спазмы в животе, диарея, тошнота, рвота.
Колхицин ингибирует хемотаксис лейкоцитов и это приводит к уменьшению воспаления обусловленного уратами.
Как только полный хемотаксис развивается колхицин начинает терять свою эффективность. Доза 0.5 -0.6 внутрь каждый час до исчезновения боли или пока не появится тошнота и рвота. Выраженность побочных эффектов при введении 1-2 мг колхицина внутривенно в 20 мл раствора физраствора
Побочные эффекты от внутривенного введения колхицина:

- ☞ Выраженность токсичность
- ☞ Локальная боль
- ☞ Повреждение тканей
- ☞ Супрессия костного мозга
- ☞ ДВС СД
- ☞ Смерть.

3. Кортикостероиды.
Вызывают значительное облегчение болевых симптомов и контролируют многие будущие атаки. Если подагра поражает один сустав, ВСИ (триамценолон 10-40 мг, в зависимости от размера сустава) более эффективны. При полиартрите кортикостероиды можно назначить внутривенно – метилпреднизолон 40 мг/ сут в течение 7 дней или внутрь – преднизолон 40-60 мг в сут в течение 7 дней.
4. Анальгетики
Кодеин, меперидин
5. Постельный режим – должен быть до 24 часов после исчезновения симптомов острого артрита. Ранняя мобилизация может привести к обострению.
6. физиотерапия. При острой атаке мало помогает. Поднятие пораженной ноги, холодный или горячий компресс – меры для уменьшения боли

Б. Менеджмент между атак.
Избегать
1ожирения
2. Злоупотребления алкоголя,
3. Дегидратации
4. Диета.
Не употреблять: печень, почки, сладкий хлеб, сардины, анчоусы, отвары мяса
5. Избегать гиперурикемических препаратов.
Диуретики, гидрохлортиазид, фуросемид повреждают выведение почками мочевой кислоты и это приводит к гиперурикемии.
Также низкие дозы аспирина вызывают схожий эффект. Никотиновая кислота также вызывает гиперурикемии.
6. колхицин. Может использоваться для профилактики приступов подагры 0.6 мг х 2 раза в сутки.
Колхицин используется в профилактических целях при назначении урикозурических препаратов.
7. снижение уровня мочевой кислоты.
Урикозурические препараты:

1) пробенецид 0.5 г/сут начальная доза с постепенным увеличение до 1- 2 г/сут
2) сульфапиразон 100 мг/ сут начальная доза затем увеличить до 200- 400.

8. Аллопуринол снижает уровень уратов плазмы и их концентрации и помогает мобилизации тофусов.

Показания:

1) Гиперпродукция мочевой кислоты
2) Подагра с тофусами
3) С уратными камнями почек
4) У пациентов, с отсутствием эффекта от урикозурических препаратов.

Начальная доза 100 мг/сут в течение недели. Доза увеличивается если доза мочевой кислоты сохраняется на высоком уровне. Доведите дозу до 200 – 300 мг /сут.

9. очень важно поддерживать ежедневный диурез 2000 мл и больше

14.30. Тестирование.

1.Какие симптомы характерны для поражения L-5?

а) болезненность при ходьбе на носках,
б) болезненность при ротации голени, супинации стопы,
в) нарушение чувствительности тыльной поверхности стопы,
г) снижение ахиллова рефлекса,
д) снижение мышечной силы.

2. Что из указанного неверно в отношении боли в колене:

а) возникает всегда в самом суставе
б) локализуется обычно по передней поверхности колена
в) во всех случаях локализуется в области подколенной ямки
г) иррадиирует в бедро и голень
д) наблюдается при ущемлении корешков L3 – S1

3. Боль в бедре у пожилых людей может быть обусловлена:

а) переломом шейки бедренной кости
б) остеоартрозом тазобедренного сустава
в) метастазами опухолей
г) синовиитами
д) тендинитом сухожилий

4. Боль в бедре у детей встречается при:

а) врожденном вывихе бедра
б) плоскостопии
в) болезни Осгуда-Шлаттера
г) эпифизеолизе головки бедренной кости
д) инфекционном артрите тазобедренного сустава

5. Синдром Рейтера включает:

а) аортит, перикардит
б) спондилит
в) конъюнктивит, увеит
г) артрит
д) уретрит

6. Диагностические критерии подагры:

а) наличие кристаллов уратов в синовиальной жидкости
б) тофусы, содержащие кристаллические ураты
в) асимметричный отек суставов и одностороннее поражение суставов стопы
г) гиперемия кожи над пораженным суставом
д) припухание и боль в первом плюснефаланговом суставе

7. Дифференциальную диагностику подагры проводят с:

а) инфекционным артритом
б) псевдоподагрой
в) ревматоидным артритом
г) псориатическим артритом
д) остеоартрозом

8. Немедикаментозное лечение подагры включает:

а) покой пораженных суставов до купирования острого процесса

б) иммобилизация пораженных суставов

в) теплые ванночки на пораженный сустав

г) меньше употреблять алкоголь и жирные сорта мяса

д) отказ от курения

9.Верно ли, что:

а) боль в колене может быть вызвана заболеванием позвоночника

б) увеличение коленного сустава при гемартрозе возникает через сутки после травмы

в) острый артрит коленного сустава может быть проявлением псевдоподагры

г) наиболее частая причина боли в колене у детей является остеоартроз

д) основным методом диагностики при боли в колене является определение ревматоидного фактора в крови

10.У мужчины 45 лет развился рецидив острого артрита с сильными болями в I плюснефаланговом суставе.Наиболее эффективным препаратом для купирования острых симптомов является: а) аллопуринол б) колхицин в) бутадион г) пробенецид д) индометацин.

а) АБВД

б) ВД

в) ВГД

г) БД

д) АД

15.00-15.25 Обсуждение новой темы

Занятие № 30

Артралгия и артриты. Боль в шее, спине, пояснице. Болезни позвоночника - остеоартроз, остеохондроз, болезнь Бехтерева.

Для занятия необходимы:

Компьютер, проектор, доска, фломастеры, сантиметровая лента, булавка.

Студент должен знать:

- 5 основных причин боли в пояснице (Мерта стр272-273),
- 5 наиболее частых причин боли в спине (Мерта, стр296),
- Наиболее вероятные причины боли в шее (Мерта, стр541);
- Особенности расспроса пациентов при болях в пояснице (стр 275-276);
- Физикальные исследования больных с болями в спине(стр 300), пояснице (стр276), шее(стр542);
- Тактику ведения больных при остехондрозе, остеоартрозе, болезни Бехтерева.

Студент должен уметь:

- Провести расспрос, осмотр и диагностику больных с болями в спине, шее, пояснице;
- Проводить функциональные исследования для дифференциальной диагностики;
- Назначать соответствующее лечение при остеоартрозе, остехондрозе и болезни Бехтерева;
- Дифференцировать остеоартрозы от остеохондрозов (стр275)

8.30. Повторение вчерашней темы.

Причины боли в ноге. 1. Попросите студентов перечислить 5 любых причин боли в ноге (остеоартроз, растущие боли, болезнь Пертеса, болезнь Осгуда-Шлаттера, поднадколенниковый бурсит). 2. Какие продукты нельзя употреблять при подагре?.3. Какие 4 препарата нельзя назначать при острой подагре? –фуросемид, аспирин, гипотиазид, никотиновая кислота

4. Какие препараты мы назначаем в острую фазу подагры? Колхицин, индометацин.

5. Триада симптомов при СД Рейтера?

Попросите курсантов зарисовать характерную локализацию боли при подагре, реактивном артрите, остеоартрозах, остеохондрозах.
6. как оценить силу мышц ног? Попросите студентов показать.

8.50. Клинический случай.

Мужчина 65 лет, в анамнезе травма позвоночника в результате автомобильной аварии 2 года назад. Жалобы на боль в пояснице, иногда отдающиеся в ягодицу. Отмечается ограничение движений туловища.

Вопрос 1. Какие дополнительные вопросы вы зададите пациенту (характер боли - тупая, ноющая, постоянная,) что усиливает боль (интенсивная нагрузка, наклоны, длительное стояние или сидение) что уменьшает боль (положение лежа, специальные упражнения)

Вопрос 2. Какие дополнительные исследования нужно назначить этому больному ?- рентгенография позвоночника.

Вопрос 3. Ваш предположительный диагноз - остеоартроз поясничного отдела позвоночника.

Вопрос 4. Какое лечение необходимо назначить больному ?- обезболивание, НПВС (при резком усилении боли), чередование покоя и умеренных физических нагрузок, физические упражнения и водолечение, мануальная терапия, электролечение и иглоукалывание.

9.10.Опрос и осмотр больного с болью в шее, спине, пояснице. Дискуссия со студентами, работа в малых группах, мозговой штурм 50 минут. Используйте раздаточный материал.

10 шагов при осмотре скелетно-мышечной системы.

(перевод статьи Katherine A. Martin. A 10-step musculoskeletal examination).

Подготовка пациента. Попросите пациента снять всю одежду до нижнего белья, включая и обувь. Во время осмотра вы должны будете наблюдать, как пациент двигается, ходит или стоит выпрямившись.

Таблица 1. Ключевые моменты осмотра.

Область обследования	особенности
Походка	Шаркающая или атаксическая походка может говорить о неврологическом дефиците, не сгибающаяся спина или антальгическая походка может говорить о проблемах мышц.
Поза, положение	Правильное положение отражает подвижность позвоночника и силу, которые позволяют позвоночнику сопротивляться стрессам
Симметрия	Ассиметрия или сколиоз может привести к ограничению движения
Пронация стопы	Это наводит на мысль на дисфункцию фасции стопы, слабость связок, боль в колене
Сократимость двуглавых мышц бедра	Сократимость снижает напряженность и воспаление в месте прикрепления сухожилия и способствует стабильности таза и поясничному лордозу.

1. **Походка**. Постарайтесь оценить походку пациента когда, он или она не предполагает, что за ним наблюдают, например, до того как он войдет в комнату. Попросите пройтись по всей длине комнаты, и расслабив руки. Обратите внимание на движение рук. Попросите пациента пройтись на внутренней и наружной стороне стоп. Обратите на расстояние между шагами.
2. **осмотрите больного сзади и сбоку**. Сзади. Обратите внимание на симметричность расстояния между лопатками, между остями подвздошных костей и ягодичных складок. Сбоку. Изгибы позвоночника. С1-С7 шейный лордоз. Т2-Т12- грудной кифоз. L1-L5 поясничный лордоз.
3. **тест с присаживанием на корточки**. При помощи этого теста вы можете проверить есть ли ограничение в тазобедренном и коленном суставах при попытке

сесть на корточки придерживаясь за опору, вытянув руки вперед. Ограничение может отражать дегенеративные изменения в суставах, общее ограничение сократимости или слабость мышц. Если пациент не может выполнить этот тест, требуется более внимательное исследование суставов.

4. **Движения позвоночника в положении стоя**. Больной стоит спиной к вам. Вы сидите на низкой скамеечке и удерживаете больного над подвздошными гребнями. Просите пациента медленно наклоняться вбок, при этом просите не сгибать или разгибать позвоночник вперед или назад (только в сторону). Пациент продолжает сгибать позвоночник до тех пор пока врач не почувствует движения в противоположной стороне подвздошной ости. Это говорит о нормальном угле сгибания (примерно 40градусов). Повторите процедуру с другой стороны и сравните обе стороны.
5. **Сгибание позвоночника в положении стоя**. Дисфункция подвздошно-крестцового сочленения часто является источником боли в спине. Это легко оценить при помощи нескольких тестов. Попросите пациента расслабиться, станьте на колени сзади него, положите ваши большие пальцы на нижний край на spina iliaca posterior superior, это видно как кожная ямочка. Попросите пациента слегка наклониться вперед, не сгибая коленей и свободно свесив руки. Оцените движение spina iliaca posterior superior при возвращении пациента в исходное положение. При выполнении этого движения можно выявить также сколиоз. При ограничении движения пораженное подвздошно –крестцовое сочленение вернется на место быстрее и это проявится более быстрым подъемом и возвращением на место spina iliaca posterior superior, чем на другой стороне. !!! При наличии острой боли или грыжи позвоночника это движение может вызвать усиление боли, ишиалгию и результат теста трудно оценить из-за защитного напряжения мышц.
6. **Тест на сгибание позвоночника в положении сидя.** Это хороший тест для выявления ограничения движения или дисфункции в подвздошно –крестцовом сочленении и сакроилеитов. Посадите пациента на стул без спинки и встаньте сзади него на колени. Положите ваши большие пальцы на нижний край на spina iliaca posterior superior, это видно как кожная ямочка. Попросите пациента слегка наклониться вперед. Оцените движение в момент возвращения пациента в исходное положение. При ограничении движения пораженное подвздошно – крестцовое сочленение вернется на место быстрее и это проявится более быстрым подъемом и возвращением на место spina iliaca posterior superior, чем на другой стороне.
7. **движение шеи в положении сидя.** Сгибание головы вперед. Посадите пациента. Положите одну руку на темя, а палец второй руки на место соединения шейных и грудных позвонков (примерно 7 шейный). Осторожно наклоните голову вперед до того, как вы почувствуете движение в этом месте. Нормальный угол смешения равен 80-90^0 или пациент должен коснуться подбородком грудины. Сгибание головы назад. В норме паицент должен увидеть потолок. Сгибание головы в сторону. Угол сгибания д.б. 40-45^0. Ротация шеи. Станьте сзади сидящего пациента. При оценке ротации вправо поместите вашу правую руку на левую часть лба и вашу левую руку на место между 7 шейным и 1 грудными позвонками. Осторожно вращайте голову пациента вправо до того как вы определите движение в грудном отделе. Нормальный угол 80-90^0 или пока щека пациента не окажется над плечом
8. **Ротация туловища в положении сидя**. Пациент сидит. Встаньте сзади него и положите ваши руки на плечи. Ротируйте туловище пациента право и влево. Способность к ротации снижается с возрастом и при наличии реберно-мышечной патологии. Оцените ассиметрию.

9. **Касание пальцев стоп в положении сидя**. Усадите пациента на кушетку с вытянутыми ногами. Попросите его дотянуться пальцами рук до пальцев ног. Измерьте расстояние между пальцами рук и ног. При выполнении этого теста можно оценить сократимость позвоночника и двуглавых мышц бедра.
10. **Проба Лассега в положении лежа на спине.** Используется для оценки сократимости задних мышц бедра и корешковых болей при воспалении седалищного нерва. Оцените угол сгибания бедра. В норме он должен составлять 80-90^0

Можно эту часть провести, пригласив реального больного с последующим разбором. Уделить большое внимание осмотру больных с болями в шее и спине, пояснице. Боль в шее(механическая или корешковая, возможность серьезной патологии-повреждения позвоночника и спинного мозга). При осмотре уделять внимание на возраст (У молодых чаще механическая боль + нет признаков радикулопатии, боль ухудшается при физической нагрузке) При радикулопатии (возраст старше, также как и при боли в пояснице- снижение рефлексов, силы мышц, чувствительности в соответствующих дерматомах.) Серьезные признаки, требующие направления к нейрохирургу или неврапатологу - нарушения чувствительности в верхних и нижних конечностях, слабость в верхних и нижних конечностях, шаткость походки или ее нарушение, спастичность конечностей, увеличение сухожильных рефлексов,
ПРОБА: если при сгибании шеи вперед возникает парестезии в конечностях - говорит о нестабильности шеи -срочно к в больницу! ускорит разбор.

10.00. Презентация РР. Боль в спине.
10.30. Болезни позвоночника: остеоартроз, остеохондроз, болезнь Бехтерева. Работа в малых группах. Клиника, характерные клинические признаки. Диагностика. Для ВОП необходимо уметь отличить заболевание на основании симптоматики и клинических признаков. Не нужно требовать от студентов, чтобы они умели интерпретировать и ставить диагнозы по рентгену - они должны уметь найти патологию и знать норму хорошо.

11.10. Лечение пациентов с болью в спине. Профилактика побочных эффектов. Упражнения для укрепления спины. (см. раздаточный материал) Рекомендации - обучение для больных как сидеть, поднимать тяжести и наклоняться, чтобы избежать обострения боли и предотвратить ее появление(например, избегать длительного сидения, подложить свернутое полотенце под поясницу -поможет облегчить боль, подъем тяжестей- при прямой спине и согнутых коленях и тп.) Важность упражнений, снижения веса, правильного питания, физиотерапевтических процедур. Смотрите учебник: Мерта, стр. 271-296.

11.50-12.50.Обед.

12.50. Осмотр больных в поликлинике или при отсутствии тематических больных можно провести ролевую игру.

Ситуация. Для выявления навыков сбора анамнеза, диагностики и менеджмента.
Инструкции для «больного»: Вы 48-летний водитель грузовика с болями в спине, иррадиирующими в левую ногу. Боль в спине и ноге беспокоит вас вот уже 4 месяца. Вы не обращались к врачам, Но сейчас боль беспокоит вас постоянно и особенно беспокоит чувство онемения в левой ноге по голени. Ваша жена обратила внимание, что у вас также уменьшилось количество волос на ноге, по сравнению с правой ногой и нога немного похудела. Вы не можете ходить на пятках из-за боли. Мочеиспускание и стул не нарушены. Температуры нет. Вы курите до 2 пачек в день. Не выпиваете. Водителем

работаете уже 23 года. Часто помогаете грузить тяжелый товар в машину. Травм и переломов не было.

Инструкции для врача «Проведите консультацию и осмотр пациента с болями в спине. Определите тактику»

Разбор ролевой игры.

Обратите внимание курсантов на перечень вопросов, которые должен был задать врач:

1. давность симптомов
2. Их связь с травмами, переломами и профессией
3. Локализация, иррадиация и ухудшение и симптомов
4. Корешковые симптомы: боль и онемение ноги, похудание, выпадение волос
5. Нарушение тазовых функций.
6. Сопутствующие заболевания.

При осмотре врач должен был провести осмотр области позвоночника, провести пальпацию остистых отростков и паравертебральных точек позвоночника, проверить наличие болезненности корешков нервов, седалищного нерва. Экспресс пробы: ходьба на носках и пятках, измерить сантиметровой лентой окружность обоих бедер и голеней, проверить оволосение на ногах и мышечную силу(см. цикл неврология). Тактика заключается в КТ позвоночника для исключения грыжи и оперативного лечения. Для снятия боли – НПВС.

13.30. Псориатический артрит. Необходимо уделить внимание этому виду артритов, так как он относится к серонегативным спондилоартритам вместе с реактивными артритами. При прогрессировании заболевания, болезнь проявляется болями в позвоночнике по типу болезни Бехтерева. Ранние проявления – поражение мелких суставов кистей наподобие осевого поражения и появления отеков пальцев по типу сосисок.

14.00. Работа в группах. Ситуационные задачи.

Ситуация 1. Женщина 54 лет, жалуется на боли в спине. Она работает преподавателем, у нее псориаз волосистой части головы, ее ИМТ – 29. Она говорит, что ее рост уменьшился на 2.5 см. В течение 5 лет у нее – менопауза. Боль в спине возникает при наклонах и не дает ей сесть – так как сидя боль очень усиливается. Какая возможная причина? С чем может быть связана? Тактика лечения? (Ответ- 1)вколоченный перелом позвоночника,2) остеопороз, 3)ЗГТ+ препараты кальция и витамин Д, регулярные физические упражнения, похудеть) .

Ситуация 2. Программист – компьютерщик, 29 лет, пришел с жалобами на боли в спине. Он указывает на то, что по утрам ему трудно разгибать тело из-за скованности, и в последнее время он не может вдохнуть полной грудью- из-за того, что его грудная клетка стала «как резиновая». У его бабушки - была болезнь Крона.

Вопрос. Диагноз? Ваши рекомендации? Препарат? (Б. Бехтерева, объяснить, что болезнь хроническая и имеет прогрессирующее течение, НПВС)

Ситуация 3. 25 летняя швея, работающая в цеху, жалуется на боли в спине в поясничной области и между лопатками. Она шьет женские костюмы и просиживает за швейной машинкой 8 часов в день. С чем может быть связана ее боль и ваши рекомендации.

В чем причина? Как помочь? Совет? (неправильное положение в момент работы - необходима специальная мебель – стул с регулируемой спинкой по высоте человека, а также – производственная гимнастика, массаж этой области).

Ситуация 4. Женщина 34 лет жалуется на боли в спине последние 2 дня. Боли в спине сопровождаются повышением температуры и ознобами, у нее также отеки на лице и повышено АД до 140/100.

Возможный диагноз? Методы обследования и лечение? (Инфекция мочевых путей, исключить пиелонефрит, необходимо ОАМ и посев мочи. Эмпирически можно назначить бисептол или амоксициллин).

Посоветуйте врачам разработать методические рекомендации для ВОП в СВП по тактике ведения больных с болью в спине.

14.30. Тесты.

1. Для остеохондроза шейного отдела позвоночника характерно:
   а) тупая, ноющая, односторонняя боль ниже затылка,П
   б) иррадиация боли в голову, лопатку, руку, П
   в) ограничение и болезненность разгибания, П
   г) ограничение и болезненность поворотов и наклонов в бок, П
   д) головокружение. П
2. Какие симптомы характерны для поражения L-5?
   а) болезненность при ходьбе на носках,
   б) болезненность при ротации голени, супинации стопы,
   в) нарушение чувствительности тыльной поверхности стопы,
   г) снижение ахиллова рефлекса,
   д) снижение мышечной силы.
3. Для психогенной боли характерно:
   а) двухсторонняя боль в пояснице с иррадиацией в ноги,
   б) чаще усиливается утром,
   в) усиливается в покое,
   г) в анамнезе травма,
   д) гипорефлексия.
4. При грыже межпозвоночного диска с радикулопатией наблюдается:
   а) симптомы сдавления нескольких спиномозговых корешков,
   б) похудание конечности П
   в) выпадение волос на пораженной стороне П
   г) центральный парез конечности
   д) повышение мышечного тонуса.
5. Отберите симптомы остеохондроза шейного отдела позвоночника:
   а) односторонняя боль в шее,П
   б) ограничение движения головы,П
   в) головокружение,П
   г) парастезии в руках,П
   д) усиление боли в тепле.
6. Для анкилозирующего спондилартрита характерно:
   а) положительный симптом Шобера П
   б) поражение межпозвоночных суставов П
   в) утренняя скованность П
   г) лихорадка
   д) поражение сакроилеального сочленения П
7. Правильно ли, что при остеохондрозе позвоночника:
   а) боль может локализоваться между лопатками и в области грудины П
   б) боль не зависит от движения и положения тела
   в) боль усиливается при глубоком вдохе, наклоне вперед, длительном лежании П
   г) при наличии грыжи диска поясничного отдела сопровождается потерей чувствительности в области промежности и нарушением мочеиспускания П
   д) грыжи дисков грудного отдела встречаются чаще, чем грыжи дисков поясничного отдела

15.00-15.25 Обсуждение новой темы

Занятие № 31

Дифференциальная диагностика ДЗСТ: СКВ, склеродермия, дерматомиозит, системные васкулиты. СД Шегрена

Для проведения занятия необходимо:

Компьютер, проектор, доска, фломастеры, 2 конверта по 20 карточек для работы в конце

занятия (см. задание для оценки знаний по пройденному за день материалу).

Студент должен знать:

- 11 критериев СКВ (Доказательная медицина, стр.633, Харрисон, том 2 стр.2258)
- Знать 5 составных частей CREST синдрома (кальциноз, Рейно СД, эзофагит, склеродактилия, телеангиоэктазии) при склеродермии.(доказательная медицина, стр.632, Харрисон. Том 2, стр.2277) и основные клинические признаки ССД
- 2 основных и 4 менее частых причины, а также характерные кожные изменения при дерматомиозите –полимиозите (Харрисон, том 2 стр.2288)
- Симптомы и клинические признаки системных васкулитов (Доказательная медицина, стр. 635, Харисон, том 2, стр.2306).
- Симптомы и признаки СД Шегрена
- Тактику врача общей практики и принципы лечения в СВП при ДЗСТ и васкулитах.

Студент должен уметь:

- Проводить расспрос и осмотр у больных с подозрением на ДЗСТ
- Диагностировать и определять тактику ВОП при СКВ, склеродермии, системных васкулитов, дерматомиозита;
- Дифференцировать васкулиты по поражению сосудов разного калибра
- Проводить контроль симптомов и лечения ДЗСТ и васкулитов.

8.30. Повторение пройденного на предыдущем занятии материала:

1. Ибрагим-ака, 62 лет с болью в спине внезапно усилившейся вчера после подъема груза более 15 кг, боль иррадиирует в левую ногу. И настолько сильная, что больному кажется, что у него перелом позвоночника. Ваша немедленная тактика?(Дать больному НПВС в инъекции и осмотреть позвоночник, убедиться в целостности позвоночника и спинного мозга – нет ли нарушения тазовых функций, паралича, и нарушения чувствительности, затем- при подозрении на перелом- рентген)

2. Мастура, 16 лет. Пришла с жалобами на боли в спине. Вы выяснили, что последние 2 месяца она ежедневно выходила на сбор хлопка и собирала по 80-100 кг. В среднем она обычно поднимает 15- 20кг (когда идет взвешивать). Ваша тактика?

3. Студент мединститута, 23 лет, пришел к вам с жалобами на постоянные боли в спине, при беседе вы выявили у него, что он неоднократно лечился в неврологическом отделении с диагнозом остеохондроз позвоночника, ему сделали рентген и МРТ позвоночника- без патологии. НПВС не помогают. При беседе с ним вы выявили у него симптомы очень схожие с депрессией. Какова возможная причина болей в спине. (Известно- что депрессия часто сопровождается всевозможными болями –головными, суставными и болями в спине) Какое лечение необходимо назначить? - антидепрессанты. Через 2 месяца молодой человек сказал, что у него исчезли боли в спине и улучшилось настроение (реальный случай).

8.45.Клинический случай.

К вам привезли на осмотр девушку 16 лет, с симптомами резкой слабости, необъяснимой высокой лихорадки (до 39,8), болями в суставах кистей и стоп, отеки на лице, стопах. Мать девочки также заметила появление сыпи на щеках.

Вопрос 1. Какие вопросы вы зададите, чтобы поставить диагноз?(курсанты могут спросить, как давно она болеет, другие суставы, есть ли симптомы острого артрита: покраснение, припухлость, ограничение движений, местная повышенная температура, было ли пребывание на солнце, нарушены ли функции зрения, ЖКТ, дыхания, почек, другие симптомы.

Доп. Информация. Девочка больна больше 2 месяцев, все началось после ее поездки в летний лагерь 2,5 месяца назад, появилась сыпь на щеках, потом другие симптомы, она

стала меньше мочиться последние 2-3 дня, и состояние резко ухудшилось, беспокоит постоянная головная боль

Вопрос 2. Дифференциальный диагноз?

Вопрос 3. Из чего должен состоять осмотр этой больной? (кожа – высыпания на скулах, , ротовая полость – изъязвления, суставы- в основном-кисти, симметричное поражение, дыхание –часто плевриты, тоны сердца –перикардит.

Доп. Информация. При осмотре вы обнаружили – температура тела-39,7, общее состояние очень тяжелое, тахикардия 146, одышка до 24 в минуту, АД-140/100, на лице-элементы сыпи папулезного характера покрывающего щеки и сливающиеся на переносице.

!!! Таким образом, диагноз – СКВ.

9.00. Дифференциальная диагностика ДЗСТ: СКВ, склеродермии, дерматомиозит. Презентация РР + фото больных с СКВ, ССД, ДМ. Необходимо большое внимание уделять симптоматике и дифференциальному диагнозу, клиническим признакам, тактике ВОП.

Слайд 2 – акцентируйте внимание курсантов, что ДЗСТ протекают с поражением многих систем и обязательным поражением кожи.

Слайд 3. – таблица дифференциальной диагностики поражений кожи при различных ДЗСТ

Слайд 4. СКВ. Дайте определение и общие статистические показатели.

Далее остановитесь и предложите курсантам прочитать основные симптомы у больных с СКВ, стр.2260. том 2 Харрисон.= 10 минут.

Далее разберите критерии СКВ. Попросите курсантов записать.

15. критериев СКВ:

1. Эритема-бабочка. Высыпания на коже лица по типу «бабочки»
2. Дискоидная волчанка
3. Фотосенсибилизация. Повышенная чувствительность к ультрафиолетовому излучению.
4. Язвы рта, безболезненные во рту и глотке, в носу
5. Артрит
6. Серозит (плеврит, перикардит)
7. поражение почек (Персистирующая протеинурия, цилиндрурия)
8. неврологические расстройства (судороги, психозы).
9. Гематологические расстройства (анемия, лейкопения)
10. Иммунологические расстройства. Наличие LE –клеток, антител к нативной ДНК
11. Антинуклеарные антитела

Слайды 7-13 дают краткую информацию о клинической картине СКВ. Еще раз обратите внимание курсантов, что СКВ поражает многие органы и системы, но не во всех случаях это происходит одновременно.

14-й слайд. Проведите мозговой штурм. Курсанты должны выписать на доске вопросы, которые они будут задавать больным с СКВ для оценки тяжести заболевания и вовлечения систем и органов.

Примерный перечень рекомендуемых вопросов:

1. Были ли эпизоды длительного пребывания на солнце (работа на открытых участках, загорание под солнцем и т.п.)
2. есть ли системные симптомы: наличие сыпи, симптомов усталости, лихорадки, диареи
3. есть ли боли в суставах и их характеристики: локализация и что усиливает и успокаивает боль, насколько выражена функциональная недостаточность, распространенность поражения (симметричность, мелкие или крупные суставы); выраженность боли (просыпается ли больной ночью или это ограничивает его

повседневную деятельность); Выясните, были ли предыдущие атаки суставных болей; травмы суставов и окружающих тканей
4. исключите причины инфекции (укусы, сексуальные факторы риска, в/в использование наркотиков, злоупотребление алкоголем, путешествия)
5. спросите о симптомах, которые могут указать на вовлечение других систем: проблемах ЖКТ, одышки, язвы во рту, головные боли, судороги и т.д.
6. какое лечение получал больной ранее (если получал)
7. принимал ли больной стероидные препараты

Слайд 15-й. Особенности осмотра. **Работа в малых группах. 10 минут**. Две группы должны выписать как можно подробнее особенности осмотра. Далее – разберите особенности осмотра.

1. измерение температуры и другие жизненноважные органы.
2. Походка и общее состояние (как выглядит?)
3. Обязательный осмотр кожи
4. осмотр суставов: наличие деформации, напряженности, покраснения, отечности, местной гипертермии, ограничение движений.

- Оценка должна исключать артриты, которые протекают с вовлечением межсуставных промежутков, такие как бурситы, целлюлиты или тендиниты, болезненное ограничение движений указывает на вовлечение суставов.
- сравните парные суставы
- оцените, пальпируйте и оцените объем движений.

5. оцените наличие атрофии мышц
6. выявите наличие внесуставных проявлений:

- осмотрите глаза, нос, рот на наличие сухости (СД Шегрена) и язв
- пропальпируйте локти, ахиллово сухожилие, мочку уха –исключите тофусы и подкожные узелки
- осмотрите ногти (исключите псориаз)
- аускультация легких и сердца.

Далее попросите курсантов ознакомиться с диагностическим алгоритмом при СКВ (Харисон, стр. 2265)

15. **и 17 слайды** – лечение и тактика ВОП. Разберите алгоритм лечения СКВ (Харрисон, том 2, стр.2266). Скажите курсантам, что они не будут назначать препараты – это сделает специалист, но от них требуется знание препаратов и побочных эффектов, чтобы обучать пациентов и контролировать их прием.

Принципы ведения больных СКВ в СВП.

- Обучение больных (образ жизни, питание, упражнения, препараты).
- Методы исследования и в каких случаях направлять в больницу.

Желательно использовать интерактивные методы обучения в виде дискуссии, открытых вопросов, проверочных вопросов.

19-й -20-й слайды. Клиника ССД. Скажите курсантам, что ССД бывает двух типов- локальная и диффузная. Диагностика –наличие CREST СД.Прогноз лучше при поражении только кожи. При поражении легких и почек прогноз неблагоприятный. Подробнее о ССД курсанты могут прочитать (Харрисон, том 2, стр. 2277).

21-24 слайды. Полимиозит. Стр. 2288 в книге Харрисона. На стр. 2292- тактика при полимиозите и дерматомиозите.

10.00. Практика. Ролевая игра. Из группы выделяют 2 студентов – один из которых, играет роль больного, а другой врача. Остальные выступают в роли экспертов. Ситуация: на прием пришла мама с ребенком. Мама отмечает, что ребенок в течение 2-3 дней жалуется на боли в суставах, мышцах. Мама заметила, что в течение нескольких недель девочка стала вялой, капризной, а вчера вечером она заметила у нее появление сыпи на ногах по ходу сосудов и ягодицах. Мать также обратила внимание, что моча девочки приобрела красный цвет и лихорадка у девочки достигла 39 градусов.

!!! Обратите внимание, как студенты собирают анамнез и осматривают больных с подозрением на ДЗСТ. Какой диагноз и какую тактику они выбирают при ведении этого больного? Ответ – геморрагический васкулит. (болезнь Шенлейн-Геноха), лечение не разработано, но иногда применяют кортикостероиды, прогноз благоприятный.
Спросите, какие еще могут быть симптомы при этом заболевании – отек околосуставных тканей, боль в животе, мелена, гломерулонефрит.
10.40. Прием больных в поликлинике. Обслуживание вызывов.
11.50-12.50. Обед.
12.50. Системные васкулиты. Височный артериит, Узелковый периартериит, пурпура Шейнлен-Геноха, болезнь Такаясу. Это задание можно разобрать после предварительной самостоятельной работы курсантов (15-20 минут). Можно поделить группу на 2-3 группы и дать задание –найти из учебников информацию о различных васкулитах . Затем сообща разобрать. Указать, что системные васкулиты встречаются редко, но необходимо знать симптоматику, так как во время начатая терапия облегчает прогноз больных. Основные признаки системных васкулитов:

- лихорадка и похудание,
- пальпируемая пурпура,
- боли в мышцах, суставах,
- множественные мононевриты,
- различные кровотечения –носовые, кровохарканье,
- заболевания, связанные с поражением сосудов – ОИМ, АГ, перемежающая хромота,
- боли в животе, мелена,
- гломерулонефрит.

Можно рассказать, что системные васкулиты поражают сосуды разных калибров:
1) **крупного калибра**: Височный артериит, б-нь Такаясу,
2)**Среднего и мелкого калибра** - УП, Гранулематоз Вегенера, и др.)
3) **мелкого калибра** пурпура Шейнлен-Геноха,
Диагностика-лихорадка, высокое СОЭ (больше 100 мм\ч), симптомы васкулитов.
Тактика – определить СОЭ, общий анализ крови, мочи, свертывающая система, направить на консультацию к специалисту для подбора дозы ГКС
14.30. Работа в малых группах. Разделите студентов на 2 группы. Скажите им, что вы хотите проверить усвоение пройденного за сегодняшний день материала. Возьмите два конверта и вложите в них одинаковые карточки. На карточках напишите:

1. периорбитальный отек
2. СД Рейно
3. затруднения при спускании по лестнице
4. сухость рта
5. дисфагия и слабость мышц шеи.
6. отсутствие слез
7. эритема на щеках и переносице
8. отек и болезненность проксимальных межфаланговых суставов
9. мигренеподобная головная боль
10. нормохромная нормоцитарная анемия
11. увеличение СОЭ
12. локальная или диффузная эритема с цианотичным оттенком.
13. Папулы, шелушение, лихенизация
14. ноющая боль в ягодицах, бедрах, голенях и болезненность этих участков при пальпации
15. боль в животе
16. плеврит
17. утомляемость и слабость

18. протеинурия
19. гематурия.

Студенты должны отобрать нужные карточки. Например, **Первой группе** дайте ситуацию: женщина с СКВ и СД Шегрена. Пусть выберут карточки с правильными симптомами и признаками.

Второй группе дайте задание: мужчина с дерматомиозитом и узелковым периартериитом.

Дайте им 10 минут на отбор. А затем они обоснуют свой выбор.

15.00 – 15.25. Обсуждение новой темы.

Занятие № 32

Артериальная гипертония: эссенциальная, симптоматическая. Диагностика тактика ведения и лечение.

<table>
<tr><td></td><td></td><td>По окончанию занятия студент должен знать:
Критерии диагностики, классификация ВОЗ, стратификация по степени риска. Как диагностировать АГ согласно последним рекомендациям ВОЗ.
Методика измерения АД.
Факторы, влияющие на уровень АД, контроль АД.
Основные принципы немедикаментозного лечения.
Консультирование больных по изменению образа жизни.
Критерии выбора лекарственного препарата с учетом степени риска. Принципы моно и комбинированной терапии.
Выбор препарата с учетом возраста пациента, сопутствующих заболеваний, беременности.
Целевое АД. Индивидуальный подход для достижения уровня целевого АД.
Диагностика и лечение кризов. Передозировка антигипертензивных препаратов и неотложная помощь.
Студент должен уметь:
Диагностировать АГ и проводить мониторинг АД, определять степень риска и степень АГ, формулировать точный диагноз
Консультировать пациентов и членов семьи по здоровому образу жизни.
Использовать немедикаментозное лечение.
Назначать лекарственные препараты с учетом возраста пациента, сопутствующих заболеваний и побочных эффектов.
Предупреждать поражение органов-мишеней и возникновение кризов.
Применять эффективную комбинированную терапию при неэффективности монотерапии и избегать нежелательных комбинаций.
Освоить методику стандартного измерения АД.</td></tr>
<tr><td>8.30-8.50</td><td colspan="2">Повторение предыдущей темы</td></tr>
<tr><td>8.50-9.20</td><td>Спросите мнение студентов по</td><td>Вопрос к группе: Выскажите свое мнение
“Доктор, я пришел на прием, потому что у меня болит колено.</td></tr>
</table>

	поводу клинического случая. Обсуждение распространенности гипертонии, Запишите ответы курсантов на флип-карте. риска повышенного АД	Почему вы измеряете мое давление?” Актуальность проблемы АГ определяется ее высокой частотой в популяции, влиянием на состояние здоровья, работоспособность и продолжительность жизни населения. **1.1 Распространенность АГ.** Распространенность АГ составляет 15-25%, а среди лиц старше 65 лет она превышает 50%. Распространенность АГ среди взрослого населения республики Узбекистан составляет более 25 %. При этом зарегистрированных больных АГ – менее 7%. В связи с различными социальными факторами в настоящее время многие ранее выявленные больные АГ не получают адекватной медицинской помощи и, что очень важно, не меняют отношения к своему образу жизни. И многие больные даже не подозревают, что у них есть АГ. Представьте слайд – «Правило половинок» (см. Приложения №1) **1.2 Риск повышенного АД.** Наличие повышенного артериального давления связано с повышенным риском развития ИБС, инсультов, сердечной и почечной недостаточности. У пациентов с АГ общая смертность повышена в 2-5 раза, а смертность от сердечно-сосудистых заболеваний – в 2-3 раза. АГ – наиболее часто встречающееся хроническое заболевание, с которым сталкиваются врачи в повседневной практике. Поэтому сегодня лечение АГ является важной стратегической задачей первичной и вторичной профилактики сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности.
9.20-9.50.	Диагностика АГ	- **Диагноз артериальной гипертонии (АГ) устанавливается, если АД составляет или превышает 140/90 мм рт. ст. в результате не менее двух измерений в течение двух визитов.** ***На флип-карте****: на первичный осмотр пришел больной мужчина с жалобами на боль в колене. Ему в первый раз измерили АД и зафиксировали 160/100 мм.рт.ст, которое определяется как высокое по международным критериям. Можно ли ему немедленно поставить диагноз АГ?* ***Задание*** *: обсудите в парах и проголосуйте за ответы «Да» и «Нет», запишите на доске.* ***Правильный ответ****: Нет, потому что необходимо измерить АД через 2 мин., и повторно позже через несколько недель.* ***На флип-карте:*** *Каким образом Вы проводите измерение АД?* ***Задание:*** *пригласите трех добровольцев – пациента, доктора и наблюдателя. Попросите измерить АД и обсудите в группе, как было проведено измерение.*

9.50-10.00	Демонстрация преподавателем методики измерения АД	Напомнить **ключевой вывод:** **- Диагноз артериальной гипертонии (АГ) устанавливается, если АД составляет или превышает 140/90 мм рт. ст. в результате не менее двух измерений в течение двух визитов.**
10.00 - 10.30	**Работа в группах.** Можно провести эту часть занятия в поликлинике	Попросить участников разделиться по 3 (пациент, доктор и наблюдатель) и измерить АД, затем поменяться ролями. На реальных пациентах попрактиковаться измерять АД, собирать анамнез.
10.30 - 11.50	***Ролевая игра:***	***<u>Пример:</u>*** *Меня зовут Фатима, мне 50 лет. Я очень боюсь ходить к врачу и начинаю очень волноваться, потому что я не понимаю медицинских терминов. Однажды когда я была у врача, мне сделали укол, который был очень болезненный. Я начинаю нервничать, как только вспомню об этом. Когда я была последний раз у врача в СВП, мне дважды померили давление и сказали, что оно высокое – 170/100. Я отказалась от лекарств и вернулась домой. На следующий день я пошла к соседке, которая работает мед.сестрой и попросила померить мое давление, которое было 130/80. Она мне сказала, что это нормальное давление. И я теперь не понимаю - есть у меня высокое давление или нет?* *Ответ: у этой больной АГ нет. Повышение АД связано со стрессом, в результате укола. Но ей необходимо регулярно обследоваться и измерять АД.* На этом примере обсудите хроническую природу АГ, что кратковременное повышение АД может быть вызвано стрессом/болью, усталостью и т.д. Представьте на слайдах и обсудите: ▪ Схема суточного колебания АД (см. Приложения № 2) ▪ Рисунок человека со стрессом, в результате которого повышается АД ▪ Комментарий о головной боли
11.50-12.50	Обед	
12.50 - 14.30	***Классификацию АГ, критерии стратификации риска, клиническое значение стратификации риска и обследование больных АГ разобрать на примере задач***	**Классификация АГ по уровню артериального давления и поражению органов мишеней (ВОЗ и МОГ, 1999 г.).** Категория Систоличское АД Диастолическое АД Повышенное нормальное АД 130-139 85-89 1-Степень (мягкая)

	представленных в руководстве «Диагностика и лечение артериальной гипертонии»	140-159 90-99 2-Степень (умеренная) 160-179 100-109 3-Степень (тяжелая) Более 180 Более 110 Изолированная систолическая гипертензия Выше 140 Менее 90
14.30 - 15.25	***Самостоятельная работа студентов***	Подготовить презентации на флип картах по симптоматическим АГ. Осветить вопросы распространенности, клинические проявлений, диагностики, тактики ВОП при симптоматических АГ. Разделить студентов на 4 группы. Задание для 1 группы – АГ вызванные заболеваниями почек, 2 группе- ятрогенные АГ, АГ при беременности, 3й группе – АГ при эндокринных заболеваниях, 4й группе – АГ при сердечно-сосудистых заболеваниях
15.25	***Конец занятия***	

Занятие № 33

Артериальная гипертония: эссенциальная, симптоматическая. Диагностика, тактика ведения и лечение.

8.30-8.50	Повторение пройденного материала	Из цветной бумаги можно вырезать лепестки ромашки и на обратной стороне написать вопросы по клинике, диагностике, классификации АГ, затем скрепить их на стержень. Каждый студент выбирает по лепестку и отвечает на выбранный вопрос.

8. 50- 9. 30	**1. Общие принципы лечения АГ. Немедикаментозная терапия АГ.** Цель и задачи лечения.	**Работа в группах:** обсудите со студентами следующие примеры **1**.Мужчина 50 лет, работает шофером, дважды зарегистрировано АД 150/90 мм.рт.ст**.** Курит примерно 10 сигарет в день, избыточный вес, симптомов диабета нет. **Вопрос:** какие будут ваши рекомендации в первую очередь этому больному для профилактики возможных осложнений.. **Ответ:** в первую очередь необходимо рекомендовать прекратить или ограничить курение, снизить вес. **2.** Мужчина 35 лет, капитан милиции, любит ходить на оши и свадьбы, кушает много жирного мяса и постоянно добавляет соль. АД дважды – 140/100 мм.рт.ст. **Вопрос:** ваши рекомендации этому больному? **Ответ:** Ключевые выводы: 1. Немедикаментозное лечение должно быть рекомендовано всем пациентам, независимо от тяжести АГ и лекарственной терапии: - снижение веса - ограничение употребления алкоголя - снижение употребления соли - увеличение физической активности - диета, богатая калием, кальцием, магнием
9.30- 9.40	Понятие о целевом АД	Целевое АД – уровень АД, при котором регистрируется минимальный уровень сердечно-сосудистой заболеваемости и летальности. Для пациентов молодого и среднего возраста целевой уровень АД составляет <130/85мм.рт.ст. Для пожилых пациентов в качестве целевого рекомендуется уровень АД 140/90, для больных сахарным диабетом -<130/85.
9.40- 10.00	**Основные направления первичной профилактики и немедикаментозных методов лечения АГ.**	Смотрите руководство для преподавателей «Диагностика и лечение артериальной гипертонии»

10.00-10.30	Работа в группах.	Пример 1 : Мужчина 55-ти лет, два года назад перенес инфаркт миокарда, курит около 30 сигарет в день, в крови небольшое увеличение уровня сахара, ведет малоподвижный образ жизни, имеет избыточный вес. АД дважды зафиксировано как 145/90. Как вы будете вести этого больного? Попроситестудентовв заполнить таблицу по этому случаю: **Обследование** **Диагноз** **Немедикаментозное лечение и консультирование** **Последующий визит** **Пример 2**: Женщина 55-ти лет, с избыточным весом, жалуется на высокое АД и умеренные головные боли. Она настаивает, чтобы ей сделали инъекцию для снижения АД, и она могла уйти домой до следующего раза. В амбулаторной карте три раза запись о повышенном АД 160/100 в течении последнего года. На осмотре – АД 170/100, измеренное через 5 минут после отдыха. На вопрос, принимает ли лекарство – отвечает, что пьет лекарство, только когда плохо себя чувствует. Последний раз принимала лекарство 2 месяца назад. **Обследование** **Диагноз** **Немедикаментозное лечение и консультирование** **Последующий визит**
10.30-10.50	Работа в группе. Мозговой штурм	Спросите у участников, какие препараты они чаще всего используют для лечения АГ и почему. Запишите ответы на доске. Представьте слайд «Врачебные предпочтения назначения гипотензивных препаратов». **(см. Приложения № 6)**
10.50-11.50	**Общие положения медикаментозного лечения.**	Ключевые выводы: - Препараты первого ряда состоят из 6 групп – диуретики, бета-блокаторы, ингибиторы АПФ, антагонисты кальция, альфа-адреноблокаторы, антагонисты рецепторов ангиотензина-2.

	Принципы выбора антигипертензивных препаратов	- Препарат должен подбираться индивидуально с учетом следующих факторов: возраста пациента, сопутствующие заболевания, эффективность, доступность, наличие в продаже, побочные эффекты. **Инъекции неэффективны при долгосрочном лечении АГ и могут в свою очередь вызвать другие заболевания, такие как гепатит В или абсцесс.** Смотрите руководство для преподавателей «Диагностика и лечение артериальной гипертонии»
11.50-12.50	**Обед**	
12.50-14.30	**Практика**	Прием больных в поликлинике обслуживание вызовов.
14.30-15.25	**Презентации групп с последующим обсуждением**	Студенты докладывают заранее подготовленные презентации по симптоматическим гипертониям.
15.25	**Конец занятия**	

Занятие № 34

Боль в груди. Боль в груди, не связанная с органами ССС и ДС (межреберная невралгия, ЯБЖ и т.п.). Особенности диф. диагностики и методов исследования больных с болью в груди с обсуждением особенностей анатомии и физиологии органов грудной клетки: сердца и сосудов, органов дыхательной системы и др. Снятие ЭКГ, нормальное ЭКГ.

Список литературы по теме дня:
? Доказательная медицина, стр. 80-82 (интерпретация ЭКГ)
? Мерта Дж., стр. 314-(325),336
? Мерк, том 1, стр. 243-250- общий подход к кардиологическому больному
? Энциклопедия клинического обследования больных, стр. 259 (анатомия), стр. 68- боль в груди (таблица), стр.300 -312 аускультация сердца в норме и при патологии.
? Кардиология в таблицах и схемах
? справочник по ЭКГ - нормальные показатели ЭКГ.

Основная цель:
Провести дифференциальную диагностику боли в грудной клетки с обсуждением:
? анатомии и физиологии органов грудной клетки
? особенности сбора анамнеза и осмотра больных
? методов лабораторного обследования

? снятие ЭКГ, интерпретация ЭКГ
? разобрать клинику и диагностику следующих заболеваний (межреберная невралгия, опоясывающий лишай, сидром Титце, язвенная болезнь желудка)
? разработать тактику ВОП в каждом из этих случаев и определить дальнейший менеджмент провести
Курсанты должны знать:

? анатомию и физиологию органов грудной клетки
? особенности сбора анамнеза и осмотра больных с болью в груди
? методы лабораторного обследования и интерпретацию анализов
? снятие и расшифровку ЭКГ, клинику и диагностику выше перечисленных заболеваний и тактику ВОП в этих случаях.
Курсанты должны уметь:
? собирать жалобы и анамнез
? проводить осмотр грудной клетки (пальпация, перкуссия, аускультация)
? измерять пульс, АД,
? снимать ЭКГ
? назначать рациональное лечение при вышеперечисленных заболевания

Повторение вчерашней темы:
1. Наиболее важные факторы риска артериальной гипертензии:
а) сахарный диабет+
б) курение+
в) дислипидемия+
г) возраст+
д) наследственность по ССЗ+
2. 47-летний мужчина пришел к вам на прием для регулярного ежегодного осмотра. Его рост -170, его вес- 102 кг. он выкуривает 1-2 пачки сигарет в день и ежедневно вечером выпивает 100-200 г водки за ужином. Во время осмотра вы обнаружили у него АД-180/105 ммртст. Верхушечный толчок определяется в 6 межреберье по переднее подмышечной линии. Тоны сердца- умеренно приглушены, экстрасистолы до 4-6 в минуту. Глазное дно- норма.
В1. Какие из следующих утверждений относительно АД пациента неверны?
А) Однократное выявление показателей ДАД 105 ммртст является достаточным, чтобы поставить диагноз артериальной гипертензии +
Б) злоупотребление алкоголем является значительным фактором повышения АД у этого больного
В) Следует повторно измерить АД . после того как пациент отдохнет

Г) пациент должен вернуться для повторного измерения АД через 1 неделю
Д) курение является
верные ответы отмечены знаком"+"

В3. До каких цифр мы должны снизить АД по крайней мере?
А) 150/90 ммртст
Б) 140/90 ммртст+
В) 130/90 ммртст
Г) 129/80 ммртст
Д) 110/70 ммртст

В2. Какой показатель диастолического АД является показателем для постановки диагноза артериальной гипертензии при однократном измерении?
А) 90 ммртст
Б) 95 ммртст
В) 100 ммртст
Г) 105 ммртст
Д) 110 ммртст+

В3. Принимая во внимание, что все причины вторичной АГ исключены, какой препарат должен быть препаратом выбора у пациента, описанного выше (предполагая, что его ежедневное АД имеет цифры сегодняшнего дня):
А) гидрохлортиазид
Б) бета-блокаторы
В) антагонисты кальция
Г) ингибиторы АПФ
Д) ничего из выше указанного + (вначале - не медикаментозное лечение)
В4. Какие группы препаратов рекомендуются как группа первого выбора для большинства пациентов с АГ?
А) бета-блокаторы (доказано, что снижают смертность от АГ и ее осложнений)
Б) тиазидовые диуретики (доказано, что снижают смертность от АГ и ее осложнений)
В) антагонисты кальция
Г) ингибиторы АПФ
Д) любая из выше указанных групп + (рекомендуется индивидуальный подход, все препараты могут быть эффективными как препараты первого выбора)
В5. Выберите стартовую дозу тиазидовых диуретиков у пациентов с АГ:
А) 25 мг+
Б) 50 мг
В) 75 мг
Г) 100 мг
Д) 125 мг

В6. основываясь на клинических показателях пациента какие утверждения относительно возможных осложнений его АГ верны:
А) скорее всего у пациента нет никаких осложнений
Б) у пациента -ретинопатия
В) у пациента - гипертрофия левого желудочка+
Г) у пациента- почечная недостаточность, обусловленная АГ
Д) все неверно
В7. Какие препараты используются как препараты "скорой помощи" при высоких цифрах АД?
А) лабеталол в\в
Б) клофеллин под язык
В) нифедипин внутрь или под язык
Г) все выше указанное+
Д) ничего из выше указанного
В8. Наиболее частый побочный эффект ингибиторов АПФ?
А) кашель+
Б) запор
В) головная боль
г) сыпь на теле
Д) депрессия
В9. Наиболее частый побочный эффект пропроналола
А) кашель
Б) запор
В) головная боль
Г) сыпь на теле
Д) депрессия+ (самый частый побочный эффект пропроналола, этот препарат чаще других вызывает депрессию)

9.00

клинический случай(выберите один из клинических случаев и разберите с курсантами):
Случай 1. 60 летний мужчина обратился к вам повторно с жалобами на боль в грудной клетке.Он говорит, что боль длится более 12-24 часов. В последний раз во время осмотра его врач сказал, что у него стенокардия.
Случай 2. На приеме 26-летний молодой человек с жалобами на боли в области сердца. Проведите рациональный сбор жалоб и анамнеза

20 мин

Какие вопросы вы зададите больному, чтобы поставить верный диагноз Ответ: боль, связанная с нагрузкой, приемом пищи, изменениями погоды... Характеристики боли...Начало появления, продолжительность. Предыдущий анамнез, курение, и др. вредные привычки, лечение, наследственность по заболеваниям сердца...)
Проводится в виде мозгового штурма, один из курсантов записывает ответы, которые должны быть следующими:
? Характер боли?
? Локализация?
? Иррадиация?
? Длительность?
? Время возникновения?
? Факторы, усиливающие боль?
? Факторы, уменьшающие боль?
? Семейный анамнез
? Предыдущие эпизоды боли

Боль иррадиирует в его левую руку.Она не связана с нагрузкой, приемом пищи, ни с холодной погодой. Больной говорит, что боль возникает при стрессовых ситуациях и иногда в 2-3 часа ночи. Доктор лечит его от стенокардии и он получает внутривенные вливания каждые 2-3 месяца. Он также принимает аспирин.
Группа делится на 3 малые (по2-4 человека) в каждой, предлагаются 3 варианта. Курсанты должны обсудить данные и дать ответы.

Вопрос: Какой возможный дифференциальный диагноз?
1 вариант: боль сильная, усиливается на вдохе и при движении, имеет поперечную локализации слева на уровне соска, длительностью в несколько часов, возникло ночью, усиливается при перемене положения тела, уменьшается при теплом компрессе. Боль возникла впервые, в семье такого состояния ни у кого не было. Ответ: межреберная невралгия

Из чего должен состоять осмотр этого больного?Варианты ответов: кожные покровы-цианоз, бледность, Пальпация грудной клетки: межреберных промежутков, паравертебральных точек. ЧСС, АД, перкуссия границ сердца, аускультация тонов сердца. Аускультация легких, осмотр живота-пальпация, перкуссия.
2 вариант: боль у грудины слева, беспокоит в течении 2-х дней, после перенесенного ОРВИ. Боль иррадиирует в спину, усиливается при глубоком дыхании, перемене положения тела. При осмотре утолщение у края грудины слева. Ответ: синдром Титце

Во время осмотра: Вы выявили у него напряженность в эпигастральной области. ЭКГ норма АД 150/110, пульс 70, регулярный. Анализы крови и мочи- норма.
3 вариант: боль за грудиной с иррадиацией в спину, сжимающего характера, усиливаются после приема пищи, беспокоит также изжога, отрыжка. Ответ: язвенная болезнь желудка

Таким образом, диагноз должен включать язвенную болезнь желудка или ДПК. Один из шагов терапии - прекратить прием аспирина.

9.20
Анатомия: возможные причины боли в груди. Мозговой штурм.
КУрсанты могут перечислять множество причин боли в груди: связанную с ребрами -СД ТИтце, мышечного характера- напряжение мышц вследствие длительного кашля, легкие- пневмония, пневмоторакс, ТЭЛА, травмы, сердце- ИБС, ОИМ, пищевод- эзофагит, РЭ; желудок - ЯБ, печень- абсцесс; селезнка - инфаркты диафрагма - грыжи, поддиафрагмальные абсцессы.
Доказательная медицина стр. 114, Кардиология в таблица в таблицах и схемах , стр. Мерта, стр.325, Энциклопедия клинического осмотра больных, стр. 68

15 мин

Эту часть занятия можно провести с ипользованием метода "снежков". Группа делится на 2 малые, каждая предлагает варианты ответа, которые педагог записывает на доске, выигрывает группа, предложившая последний правильный ответ. Задание можно усложнить, предложив одновременно описать характеристику боли и ее локализацию, иррадиацию, особенности клинических признаков. (см. Приложение)
? Рефлюкс-эзофагит
? Эзофагоспазм
? Язвенная болезь желудка
? Холецистит (печеночная колика), холангит
? Остеохондроз шейного и грудного отделов позвоночника
? Опоясывающий лишай
? Психогенная боль
? Воспаление реберных хрящей
? Спондилоартропатия
? Травма мышц спины
? Заболевания молочных желез
? Переломы ребер
? Эзофагит
? Эпидемическая миалгия
? Синдром Титце и т.д.

9.35 (15 мин)
исследования:
Осмотр: Проверьте могут ли курсанты провести полный осмотр ССС, включая осмотр, пальпацию, перкуссию и аускультацию. Можно разделиться на 2 подгруппы (если есть второй преподаватель), для экономии времени методику осмотра больных разобрать в двух группах. Попросите курсантов по очереди показать порядок осмотра: Первый курсант начинает с осмотра внешнего вида, кожи, конечностей. Второй- пальпация грудной клетки, паравертебральных точек, межреберий, верхушечный толчок и т.д. Третий курсант пусть покажет перкуссию легких, сердца. Четверытый- аусультацию сердца, Пятый- измерение АД на руках и ногах, шестой- пальпацию живота.
Правила осмотра подробно изложены в Энциклопедии клинического обследования. Стр.274

9.50 (40 минут)
навык"Аускультация тонов (ритма) сердца"

Используйте манекен для показа курсантам аускультации различных ритмов, например: норма, мерцательная аритмия, тахи и брадикардии . Курсанты должны знать норму и уметь отличить патологию от нормы. Они могут затрудняться в определении точного ритма- например, МА или суправентрикулярной тахикардии, но они должны уметь подсчитать число сердечных сокрашений

10.30 (15 минут)
Рентген. Силуэт нормального сердца. Анатомические особенности. Для сравнения второй снимок- с гипертрофией ЛЖ.
см.приложение

Анализы крови
Учитывая, что боль в грудной клетке может быть вызвана множеством причин, не связанных с заболеваниями сердца, каждый врач должен уметь дифференцировать эти состояния. Если жалобы и данные клинических анализов не позволяют с твердой уверенностью утверждать о патологии коронарных артерий или у Вас есть сомнения в вашем диагнозе, ряд лабораторных анализов позволят вам найти возможную причину боли в груди. Ускоренные цифры СОЭ и лейкоцитоз могут указывать на воспалительные заболевания миокарда, перикарда и легких. Кроме того, миозит межреберных мышц также может сопровождаться лейкоцитозом. Сочетание ускоренных цифр СОЭ, утолщение 2-3 реберно-грудинных сочленений с болями стенокардитического характера указывают на СД Титце.
Повышение осторофазовых проб, в частности может встречаться при костохондрите . Патологические показатели АЛТ, АСТ встречаются при заболеваниях печени и желчного пузыря, остром воспалении миокарда и даже при ОИМ. Если вероятность ОИМ или нестабильной стенокардии велика показател
Эту информацию может подготовить кто-нибудь из курсантов. Предоставьте информацию из приложения.

Однако на уровне первичного звена данные анализы не выполняются, да и во многих ЦРБ нет анализаторов для анализа этих показателей. Только лаборатории крупных областных и республиканских больниц могут определять ЛДГ и КФК, не говоря уже об уровне тропонина, хотя его показатель является самым чувствительным при остром инфаркте. В таком случае тактика ВОП заключается в организации первой помощи больному как больному с подозрением на ОИМ (см. следующее занятие) и он должен быть отправлен в отделение неотложной помощи в сопровождении врача.

Анализ мочи и крови на сахар, должен быть взят у всех лиц пожилого возраста , а также у лиц с симптомами СД, с наследственностью по АГ, СД, ССЗ, атеослерозом, Также следует отправить результаты больного на анализ уровня липидов.

10.45 (40 минут)
Как производить регистрацию ЭКГ
этому навыку вы можете выделить и большее время(это зависит от количества курсантов и их освоения навыка). Описание практического навыка "Снятие ЭКГ" имеется в каждом учебном центре. При обучении навыку преподаватель должен оставить время для обучения некоторым ключевым моментам и вопросам: 1. После того как курсант правильно наложил электроды и зарегистрировал ЭКГ у больного, спросите его: всем ли больным , обращающимся на прием к врачу мы должны регистрировать ЭКГ? (Конечно, нет. Есть определеннные показания для регистрации ЭКГ: например, боль в груди, аритмии, для мониторинга состояния больных после ОИМ, лицам призывного возраста,

беременным женщинам, лицам пожилого возраста и с заболеваниями ССС, СД, АГ.) 2. Как часто необходимо проводить мониторинг ЭКГ лицам со стабильной стенокардией, АГ, СД? (по крайней мере 1 раз в 12 месяцев). 3. После регистрации ЭКГ вы должны интерпретировать ее данные. На что необходимо обратить внимание? (Ритм, ЧСС, основные зубцы, интервалы, сегменты, патологические изм
Наложение электродов и снятие ЭКГ на пациенте или здоровом волонтере (кто-нибудь из курсантов). Тренировка наложения грудных электродов на муляже. Каждый курсант проводит самостоятельно

11.15 (около 2 часов)
Детали ЭКГ
обсудите каждый зубец ЭКГ и каждую характеристику ЭКГ : ЧСС, ЭОС, ритм, зубцы PQRS и наиболее частые патологические изменения. На флипчарте или доске зарисуйте нормальную картину ЭКГ. Обсудите: 1. скорость записи ЭКГ
2. как проводить подсчет на разграфленной ленте
3. как определять ритм
4. как подсчитывать ЧСС
5. как определять ось сердца на ЭКГ
6. как определять позицию сердца
7. Разбор каждого зубца
источник литературы: Справочник ЭКГ, приложение

Очень важно! НЕ СТОИТ ожидать от курсантов, что на данном этапе обучения они смогут точно поставить диагноз, однако курсанты должны уметь отличить нормальные показатели от патологии, например -ритм не регулярный, желудочковый комплекс QRS расширен, не везде зубцы р перед зубцом R и т.д.
Прилагаются 10 нормальных ЭКГ и 10 ЭКГ с патологией.

12.00
обед

13.00
детали ЭКГ, продолжение
продолжите изучение ЭКГ

13.30
практика
Дайте курсантам по 2 ЭКГ -одна нормальная, а вторая с незначительными отклонениями от нормы. Они должны описать нормальную ЭКГ и найти отличие отнормы во второй ЭКГ.
ЭКГ прилагаются, см. Приложение.

14.00 (30 минут)
Тестирование
Проверочные вопросы: 1. Перечислите 5 состояний, сопровождающиеся болями в грудной клетке и не связанные с заболеваниями сердца и легких (межреберная невралгия, миозиты, опоясывающий лишай, ЯБЖ, /ДПК, СД Титце, поддиафрагимальный абсцесс, рефлюкс-эзофагит, инфаркт селезенки). 2. Перечислите 6 основных вопросов, относительно боли в груди (давность боли, характер , локализация, иррадиация, что

провоцирует и ухудшает боль, что облегчает боль). 3. Перечислите 4 заболевания, при которых необходимо обязательно провести регистрацию ЭКГ (подозрение на ОИМ, нестабильная стенокардия, аритмии, человек без сознания и пульса). 4. Перечислите все положительные зубцы на ленте ЭКГ (p,R,T, u) и отрицательные зубцы (q и S.). 5. Нормальные показатели ЧСС у взрослых (60-100). и у детей (см. таблицу)

ЧСС у детей в зависимости от возраста

возраст
2%
среднее значение
98%

1 день
93
123
154

1-2 дня
91
123
159

3-6 дней
91
129
166

1-3 нед
107
148
182

1-2 мес
121
149
179

3-5 мес
106
141
186

6-11 мес
109
134
169

1-2 года
89
119
151

3-4 года
73
108
137

5-7 лет
65
100
133

8-11 лет
62
91
130

12-15 лет
60
85
119
15.00
конец занятия

Занятие № 35

Боль в груди. Острый инфаркт миокарда, (ТЭЛА), аневризма аорты. Диагностика, ЭКГ, тактика ведения ВОП. Стенокардия - клиника, лечение, менеджмент.

9.00 (15-30 минут)
Список литературы:
? Доказательная медицина, стр.113-134
? Мерта Дж., стр. 314-336
? Мерк, том 1, стр. 337-355
? Кардиология в таблицах и схемах, стр.
? Терапия, стр. 16-30
? Вашингтонский справочник, стр. 123-133
? Справочник ЭКГ
9.30(20 минут)
По окончании занятия каждый студент должен знать:
? Дифференциальную диагностику причин болей в груди, связанные с заболеваниями сердца ишемической природы
? Симптомы и клинические признаки стенокардии и острого инфаркта миокарда
? Симптомы и клинические признаки аневризмы аорты
? Основные ЭКГ признаки ОИМ и нестабильной стенокардии
? Основные мероприятия неотложной помощи при нестабильной стенокардии и ОИМ
? Показания и противопоказания для тромболитической терапии при подозрении на ОИМ.
? Тактику врача общей практики при ведении больных со стабильной стенокардией

Каждый студент должен уметь:
? проводить расспрос и осмотр больных с подозрением на ОИМ и нестабильную стенокардию
? оказать неотложную помощь больным с подозрением на ОИМ и нестабильную стенокардию

? интерпретировать и оценить ЭКГ больных с ОИМ

повторение вчерашней темы в 2-х вариантах: в виде тестов или в виде игры.
1. Вас вызвали на осмотр 65 летней женщины с анамнезом цианоза, одышки и загрудинной боли в течение 3-часов . 5 дней назад она выписалась из хирургического отделения по поводу операции на тазовых костях(замена головки бедренной кости). Операция прошла удачно.
При осмотре: у пациентки - выраженная одышка, с ЧДД- 40 в минуту и дыхание - прерывистое. Цианоз. В нижнем отделе правого легкого - снижены дыхательные звуки.
В1. На основании информации представленной выше, какой наиболее вероятный диагноз у данной больной?
А) жировая эмболия
Б) ОИМ
В) расслаивающая аневризма аорты
Г) Острая тромбоэмболия легких+
Д) Острая правосторонняя пневмония
2. Правильно ли, что при измерении А/Д:
а) перед измерением АД в течение 30 минут не принимать кофеин, не курить +
б) если рука располагается ниже уровня сердца, показатели АД будут занижены
в) если манжеты неплотно охватывает руку, показатели АД могут быть завышены +
г) у пожилых лиц необходимо повторное измерение через1-5 минут +
д) на ногах А/Д меньше, чем на руках
3. В отношении регистрации ритма и ЧСС верно:
а) ЧСС в покое не должно превышать 100 ударов в минуту +
б) при снижении ЧСС ниже 50 больному необходимо снять ЭКГ +
в) при записи ЭКГ ленты со скоростью 25 мм\сек, подсчет ЧСС производится по формуле 300-150-100-75-60-50+
г) при брадикардии подсчет ЧСС производится путем регистрации всех желудочковых комплексов за 3 или 6 секунд+
д) нерегулярный ритм может б

тесты
4. При расшифровке ЭКГ важно учитывать:
а) регулярный ритм или нет+
б) есть ли зубец "р"+
в) расширен желудочковый комплекс или нет+
г) зубец "р" перед каждым желудочковым комплексом или нет+
д) есть ли изменения полярности зубцов и смещение сегментов от изолинии.+
4. . Проведите дифференциальную диагностику боли в груди,
1. Для эзофагоспазма характерна боль за грудиной проходящая при приеме нитроглицерина+
2. Для опоясывающего лишая характерно опоясывающая жгучая +
3. Синдром Титце чаще встречается у детей с поражением 2 грудино-реберного сочленения+
4. При психогенной боли кратковременная и может сопровождаться гипервентиляцией+
5. Для остеохондроза грудного отдела позвоночника характерна разлитая боль по всей грудной клетки
6. при рефлюкс-эзофагите наблюдается жгучая боль за грудиной+
7. У девочек боль в груди может быть обусловлена увеличением молочных желез +
8. Для травмы грудной клетки при падении характерна длительная ноющая боль, уменьшающая при повороте тела.

ИГРА. "Построй башню"
.....Вы нарезаете листы бумаги и на них выписываете цифрами:
60,90, 139, 89, 0,02 сек, 0,1 сек, 2, 1, 0,12-0,22 сек, 1/4, 1/3, 12, 3, 6, 300,150,100,75,60,50
Таких заготовок должно быть 2 . Вы делите курсантов на 2 группы. Каждой группе вы даете заготовленные листы с выписанными на них цифрами и объясняете их задание:
" Вы должны распределить листы между собой, их может быть по 2-3 на каждого курсанта. От Вас требуется внимательность и быстрота. Вы должны ответить на вопросы, которые вам будет задавать преподаватель. Тот, кто считает, что его цифра является ответом на вопрос, должен поднять лист вверх. Если игроки обоих команд ответили правильно, ответ засчитывается тому, кто первый поднял правильный лист. Таким образом, все члены команды отвечают за результаты команды". Дайте группам 1 минуту для того, чтобы они распределили между собой листы и начните игру. Доску делите на 2 части. При правильн

Вопрос 2. Верхняя граница ЧСС в норме? - 90
Вопрос 3. Верхняя граница САД в норме- 139
Вопрос 4. Верхняя граница ДАД в норме -89
Вопрос 5. Сколько секунд составляет длина самого маленького квадрата на ленте ЭКГ ? 0,02 сек
Вопрос 6. Сколько секунд составляет длина 1 крупного квадрата на ленте ЭКГ? 0,1 сек
Вопрос 7.Сколько тонов сердца мы обычно выслушиваем при аускультации сердца? 2
Вопрос 8. Интервал p-q в норме? 0,12-0,22 сек
Вопрос 9. Сколько должен составлять зубец q от зубца? 1/4
Вопрос 10. Сколько должен составлять зубец Т от зубца R 1/3
Вопрос 11. Сколько отведений от сердца мы обычно регистрируем на ленте ЭКГ? 12
Вопрос 12. Сколько стандартных отведений существует? 3
Вопрос 13. Сколько грудных отведений? 6
Вопрос 14. Вспомните порядок подсчета ЧСС на ленте ЭКГ: - 300 -150-100-75-60-50.
За каждый правильный ответ группа получает "кирпичик для башни". Преподаватель рисует на доске маленький крипичик. Следующий правильный ответ - еще кирпичик сверху. После окончания вопросов смотрит

Клинический случай №1
Вас вызвали на дом к больной. 65 летняя женщина с ИМТ 32, находится дома с жалобами на боль в грудной клетке. Она говорит, что боль настолько сильная, что она боится умереть. Она находится на учете с диагнозом АГ и сопутствующим СД 2 типа.

Какие вопросы вы зададите больной, чтобы поставить верный диагноз Ответ: Как давно возникли боли? Длительность боли, ее интенсивность и характер. Какие лекарства принимала, чтобы снять боль? Сопровождается ли боль одышкой, потерей сознания, резкой потливостью, слабостью? Вредные привычки, лечение,которое получает сейчас, наследственность по заболеваниям сердца...)

Информация : Боль иррадиирует в его левую руку и лопатку, отмечает сильнейшее сердцебиение, головокружение и сильную потливость, чувство страха смерти. Боль возникла утром в 5 часов, когда больная хотела встать. Больная приняла 4 таблетки нитроглицерина за 20 минут и выпила энам, так как думала, что у нее поднялось АД. В последнюю неделю она отмечала учащение болей в сердце при незначительной нагрузке,

но всегда помогал отдых или нитроглицерин. За эту неделю она выпила около 60 таблеток нитроглицерина. Из-за боязни язвы она перестала принимать аспирин 2 месяца назад. Постоянно принимает глибенкламид 1.75 х 3 раза и энам по 2.5 мг х 2 раза.

Вопрос: Какой возможный дифференциальный диагноз? Это может быть нестабильная стенокардия или ОИМ, или гипертонический криз

Из чего должен состоять осмотр этого больного?

Во время осмотра: Вы выявили у нее -аритмию с ЧСС 115, АД 100/60, пульс 115, нерегулярный. На ЭКГ изменения- показать ЭКГ с инфарктом.
см. Приложение"ЭКГ"

Поставьте диагноз и назначьте тактику ведения больного. ОИМ. Тактика: МОНА (морфин, О2, нитроглицерин, аспирин), ЭКГ в 12 отведениях, внутривенный катетер и мониторинг жизненноважных органов (АД, ЧСС). Срочно - в больницу на "скорой помощи"
курсанты могут и не навать все шаги тактики и все препараты - вы скажете им, что сегодняшняя тема как раз посвящена решению подобных проблем и они к концу дня узнают тактику ВОП в подобных ситуациях.
9.50 (15 минут)
симптомы и признаки ОИМ, исследования при ИМ
мозговой штурм для курсантов. Вначале они обсдуждают симптомы, затем признаки объективные при ОИМ (возможность кардиогенного шока- потеря сознания, резкое падение АД и пульса, нарушения ритма и проводимости)
Доказательная медицина, стр. 124, Кардиология в таблица в таблицах и схемах , Мерта,стр. 314-336 Мерк, том 1,стр.343., Вашингтонский справочник, стр. 133

Анализы крови - свертываемость, АЛТ, АСТ,сахар крови, липиды
На отдельном флипчарте выпишите нормальные показатели ферментов, липидов, глюкозы крови, возможные изменения (в виде стрелок вверх или вниз), показатели коагулограммы, и характерные изменения при ОИМ.
10.05 (1 час)
детали ЭКГ
Привести нормальную ЭКГ. Затем рассказать об основных изменениях ЭКГ при ИМ , затем обсудить различные типы ИМ на ЭКГ (передний, задний и т.п)
диференциальный диагноз подъема ST сегмента: ОИМ, аневризма желудочков, перикардит.
11.05 (10 минут)
клинический случай № 2.
Мужчина 58 лет проходил обследование по поводу болей в верхней части грудной клетки и спины. Больному было сделано ЭКГ и выявлены признаки ишемии миокарда в отведениях I,II и V4-V6/ Врач порекомендовал ему -ренген грудной клетки для определения размеров сердца. Ренген грудной клетки показал расширение границ сердца влево. В нисходящем отделе аорты было обнаружено расширение до 7 см. (показать фото, см. Приложение "ЭКГ").

11.15 (2-3 минуты)

Какие заболевания могут привести к подобным изменениям аорты? Отв. (атеросклероз, сифилис, аортоартериит. Аневризма аорты)
11.20 (20 минут)

групповая работа
Разделить курсантов на 2 группы. Задание для первой группы: провести диф.диагноз аневризмы грудной и брюшной аорты. задание для второй группы: Разработать тактику ВОП при подозрении на аневризму аорты (пытаться установить диагноз самим и лечить, или знать когда нужно отправить к специалисту, на рентген или МРТ, КТ или ЭХОКС.) В случае подтверждения диагноза - хирургическое лечение.
см. Приложение
11.40 (20 минут)
Продолжение групповой работы.
Презентация каждой группы .Обсуждение.

12.00
обед

13.00
Стенокардия
Стабильная и нестабильная стенокардия. Симптомы и признаки. Характерные ЭКГ изменения.
презентация РР(СД диск, раздел Кардиология-пульмонология, файл"Стенокардия").

ЭКГ больных с ИБС.
Показать нормальную ЭКГ. Затем сравнить ее с ЭКГ у больных со стенокардией. Рассказать о стресс-тестах (хотя бы тест с приседаниями, ходьбой в течение 6 минут) и кому они показаны (при яркой симптоматике и отсутсвиии изменений на ЭКГ)

13.30 (30 минут)
Групповая работа .Профилактика и лечение стенокардии
курсанты сообща создают план ведения больных со стенокардией в условиях СВП Одна группа работает над немедикаментозным лечением. Другая -над лекарственной терапией. Третьи разрабатывают возможности школы для ИБСников. (Например, по крайней мере один раз в год вызывать больных и измерять уровень липидов, сахара, ОАК, ЭКГ. Обязательно контроль курения и употребления алкоголя, советы по диете и физичнеской активности. Контроль АД, Лечение: ТНГ, аспирин, бета-блокаторы. В конце показать готовый алгоритм британских ВОП.
см. диск с материалами всх институтов, папка пульмо-кардиология, файл "Алгоритмы лечения больных"
14.00.

Проверочные вопросы: 1. перечислите 5-6 факторов риска острого коронарного СД (диабет, гипертензия, наследственность по ССЗ, злоупотребление кокаином, курение, мужской пол, ожирение, возраст, гиподинамия).2. Перечислите 4 формы нестабильной стенокардии(впервые возникшая, прогрессирующая, вариантная, ранняя постинфарктная, ранняя постоперационная). 3. Основные жалобы больных с ОИМ (сильная длительная боль в сердце, не проходящая в покое и при приеме нитроглицерина, холодный липкий пот, одышка, сердцебиение и аритмия, возбуждение, страх смерти). 4. Назовите 3 характерных ЭКГ признака ОИМ (формирование глубокого и широкого зубца q, сглаживание зубца R и подъем сегмента ST). 5. Перечислите 2 возможных изменения в общем анализе крови при ОИМ - лейкоцитоз, повышение СОЭ.

14.30
Тесты
1. Следующие факторы повышают риск развития ИБС:

а) алкоголь +
б) курение +
в) наличие в семье заболеваний сердца +
г) гипертония +
д) наследственность по сахарному диабету +
2. При инфаркте миокарда необходимо:
а) устранить боль - назначить под язык нитроглицерин+
б) увеличить доставку кислорода - ингаляция кислорода+
в) мониторировать жизненно важные функции - измерять ЧСС и АД+
г) при неэффективности нитроглицерина ввести в\в морфин +
д) обязательно назначить аспирин+
3. Аспирин:
а) снижает смертность после инфаркта миокарда, если принимать регулярно +
б) препарат первого выбора при лечении тромбоэмболии
в) используется при профилактике цереброваскулярных заболеваний +
г) уменьшает агрегацию тромбоцитов, что может привести к кровотечению +
д) самый безопасный препарат для профилактики инфаркта

4 Тромболитическая терапия при инфаркте миокарда противопоказана:
а) если был недавний инсульт +
б) артериальная гипертония, не поддающаяся лечению +
в) при отсутствии признаков инфаркта на ЭКГ +
г) недавняя пункция крупных сосудов +
д) если после начала инфаркта прошло 3 - 4 часа +

5. Мужчина 47 лет, в течении 3-х месяцев жалуется на сжимающиеся боли за грудиной, возникающие при ходьбе в среднем темпе через 500 м, или при подъеме по лестнице на 3-й этаж. Изредка боли появляются и в покое. Наиболее вероятный диагноз?
а) стенокардия напряжения +
б) Стенокардия Принцметала
в) Острый инфаркт миокарда
г) Межреберная невралгия
д) Плеврит
6 Самым частым осложнением острого инфаркта миокарда является
а) разрыв миокарда
б) эмболия мозга
в) нарушения ритма и проводимости +
г) перикардит
д) шок
7. Положительное действие нитроглицерина заключается
а) в увеличении притока венозной крови к сердцу
б) расширение коронарных сосудов +
в) в снижении АД +
г) в том, что он вызывает тахикардию
д) в том, что он сужает венозные сосуды

8. Противопоказаниями для применения бета-адреноблокаторов
при инфаркте миокарда являются
а) мерцательная аритмия
б) наджелудочковая экстрасистолия

в) желудочковая экстрасистолия
г) атриовентрикулярная блокада +
д) глаукома

9. При лечении гепарином контрольным тестом является
а) уровень протромбина
б) уровень фибриногена
в) время свертывания крови
г) время кровотечения
д) количество тромбоцитов
10. По классификации болезней ВОЗ
формами ишемической болезни сердца являются
а) внезапная смерть (первичная остановка кровообращения) +
б) нарушения сердечного ритма +
в) сердечная недостаточность +
г) атеросклеротический кардиосклероз +
д) миокардит -

15.00
конец занятия

Занятие № 36

Боль в груди. Миокардит. Кардиомиопатии. Перикардит. Особенности диагностики, ЭКГ. Тактика ВОП

Список литературы по теме дня:
? Доказательная медицина, стр.147(миокардит)
? Мерк, том 1, стр 383(перикардит)
? Кардиология в таблицах и схемах, стр.
? 2000 болезней, стр. 480(миокардит), 673-перикардит
? справочник ЭКГ
? приложение

Каждый студент должен знать:
? Дифференциальную диагностику причин миокардитов, кардиомиопатий и перикардитов.
? 5 наиболее характерных симптомов у больных с миокардитами и перикардитами
? Диагностические клинические признаки миокардитов и перикардитов.
? ЭКГ признаки миокардитов и перикардитов
? 10 препаратов, которые могут привести к развитию миокардита, кардиомиопатий
? Симптомы сердечной недостаточности - как одного из осложнений миокардитов и перикардитов.
? Тактику ВОП при ведении больных с перикардитами и миокардитами
?
Студент должен уметь:
? проводить расспрос и осмотр больных с заболеваниями миокарда и перикарда
? интерпретировать ЭКГ больных
? Определять тактику ведения больных с миокардитами и перикардитами.

9.00
повторение вчерашней темы:

1. Вы обнаружили у больного признаки инфаркта миокарда, укажите правильные пункты Ваших действий:
а) вызвать "скорую помощь"+

б) наркотические анальгетики и аспирин +
в) аминокапроновая кислота и гепарин
г) увлажненный кислород и нитроглицерин +
д) успокаиваете больного и отпускаете домой

2. Непосредственной причиной возникновения приступа стенокардии
может быть
а) волнение +
б) выход на холод +
в) физическая нагрузка +
г) повышение артериального давления +
д) длительный сон

3. Укажите причины боли в груди угрожающие жизни пациента
а) инфаркт легкого +
б) инфаркт миокарда+
в) тромбоэмболия легочной артерии+
г) перикардит
д) опоясывающий лишай
4. В отношении боли в груди считается верным:
а) боль при стенокардии напряжения длится от 5 до 15 минут и проходит после приёма нитроглицерина+
б) боль при инфаркте миокарда длится более 15 минут и не купируется нитроглицерином+
в) боль за грудиной при ИБС усиливается при кашле
г) боль в груди при эзофагоспазме не зависит от приёма пищи
д) психогенная боль в груди может сопровождаться слабостью и сердцебиением+

2 ЭКГ: норма и больного с ОИМ. Необходимо найти отличия.
см. приложение.
второй вариант повторения прошлой темы
Игра- "Выбери верный путь". Тактика при ОИМ.
Для игры понадобится 2 группы участников - курсанты должны поделиться на две группы. Каждой группе даете задание (одинаковое для обоих групп). Обе группы курсантов вначале должны встать со своих мест и подойти к доске, на которой написано задание: "Вы врачи СВП. К вам доставили мужчину 63 лет с жалобами на сильнейшую боль в грудной клетке, длящуюся уже 30 минут. Вам будут даны четыре алгоритма тактики этого больного, один их них - верный".
алгоритмы-в приложении.

Алгоритмы повесьте на доске или в разных концах комнаты. Найдите верный алгоритм и объясните, почему вы думаете, что он верный.
Попросите группу-победительницу продемонстрировать шаги. Командная работа
Теперь пусть группа продемонстрирует, как они командой будут оказывать помощь человеку с подозрением на ОИМ. Для этого понадобится:
верный алгоритм- №3
1. Тонометр
2. Фонендоскоп

3. ЭКГ аппарат
4. Баночки для имитации таблеток и две - три ампулы.
5. Шприц.
6. Муляж руки для накладывания швов.
7. Кислородный баллончик
8. Вата и спирт.

Не показывайте курсантам, что делать. Попросите их показать, как они будут оказывать помощь по выбранному ими алгоритму. Один измеряет АД и пульс, второй набирает в шприц баралгин, третий накладывает электроды, четвертый - надевает маску для кислорода, пятый дает больному нитроглицерин. Чтобы не "колоть" реального человека, воспользуйтесь муляжом руки для накладывания швов. Дайте ЭКГ с картиной ОИМ. Пусть укажут признаки ОИМ - подъем интервала ST и т.д.

9.30 (30 минут)
клинический случай.
Мужчина 21 лет предъявляет жалобы на возникшую одышку, которая нарастает в последние 4 дня. У него также сильная боль в центре грудной клетки и лихорадка. Ранее был здоров и не болел.

разделить курсантов на 2 команды, например Север и Юг. На один вопрос отвечает Север, на второй - Юг.
Вопрос 1. Какой дифференциальный диагноз? (Ответ :пневмония, миокардит, перикардит, ОИМ. Миозит, невралгия и т.д.)

Вопрос 2: какую информацию вы хотели бы получить для постановки диагноза?

Курсанты могут успросить о связи с перенесенной инфекцией, контакты, наследственность по заболеваниям сердца, предыдущий анамнез

Доп.информация: Больной указывает на инфекцию горла, которая была 5-6 дней назад назад, и он принимал аспирин. Но в последние дни стало хуже.

Вопрос 3: на что необходимо обратить внимание при осмотре этого больного? Ответ: цвет кожи (цианоз), частота дыхания, ЧСС, пульс, АД, шумы в сердце, аускультация легких(исключить влажные хрипы). Пальпация ребер и грудных мышц, позвоночника

Доп. информация о больном: во время осмотра выглядит очень больным, у него цианоз и одышка. Пульс 120 в минуту, регулярный, АД 90/40, у него набухшие шейные вены и ритм галлопа, но нет шумов.В обоих нижних отделах легких - влажные мелкопузырчатые хрипы.

Вопрос 4:необходимые исследования? Отв. Рентген легких (наличие выпота, границы сердца), ЭКГ, ОАК (лейкоцитоз, СОЭ)
Информация для курсантов. На рентгене - нормальные размеры сердца, выпот в легких. На ЭКГ- значительный подъем сегмента ST в отведениях I,II,III, V1 без зубца Q
Вопрос 5: Возможный диагноз и необходимое лечение. Ответ: Миокардит. Чаще всего миокардиты бывают вирусной этиологии. Лечение- симптоматическое. Покой, инотропные средства (дигоксин), нестероидные противовоспалительные средства. Антибиотики - по показаниям.

При обсуждении этой задачи необходимо уделить внимание на тот факт, что острая центральная боль у молодых хотя и может быть вследствие ОИМ (при СД, семейной

гиперхолестеринемии или врожденной патологии сосудов сердца, а также передозировке кокаина). Чаще все-таки -у молодых встречается миокардит, хотя и редко приводит к развитию сердечной недостаточности. В анамнезе обязательно наличие лихорадки.

10.00-(10мин)
Определение
В зарубежной практике принято объеденять все поражения миокарда в раздел"Миокардиты- Кардиомиопатии" и эти состояния разбираются совместно. Расскажите курсантам коротко в чем состоит повреждение миокарда при миокардитах и кардиомиопатиях. Токсические агенты вызывают дегенерацию клеток мышц происходит потеря миофибрилл, снижение сократимости, снижение сердечного выброса, застой - гипертрофия и дилатация сердца.

30 минут
Заболевания миокарда
Представлены причины КМП и миокардитов, симптомы, признаки. А также симптомы и признаки СН. Тактика ведения больных в СВП
РР презентация (СД диск, раздел Кардиол-пульмо, папка"Кардиология", файл"Заболевания миокарда".
10.40 (30 минут)
Кардиомиопатии
Разделите курсантов на 3 группы. Дайте каждой группе задание .Задание для 1-й группы- симптомы и признаки ДКМП, задание для 2-й группы- симптомы и признаки ГКМП, задание для 3-й группы- симптомы и признаки РКМП. Курсанты могут обратить внимание, что все три состояния в итоге осложняются СН и симптомы схожи, как и принципы лечения. Поэтому стоит уделять большое внимание на симптомы сердечной недостаточности и аритмий, как частых осложнений КМП.
доказательная медицина, стр.150
11.10 (50минут)
Тактика ведения больных с КМП. Лечение
Покажите алгоритм наблюдения за больными с миокардитами и КМП на прозрачке. Если курсанты считают нужным что-то добавить они могут внести свои замечания. На эту часть занятия следует курсантов попросить принести формуляры ЛС, чтобы они могли поподробнее узнать о ЛС, применяющихся для лечених КМП.
см. Приложение
12.00
обед

13.00 (10-15 минут)

На отдельном флипчарте (или доске) выписать все возможные причины перикардитов.
Инфекционный перикардит (вирусы, бактерии, микобактерии, грибы, сифилис, паразиты)
Не-инфекционный перикадит
идиопатический,
неоплазма,
метастазы опухолей
почечная недостаточность
травма
ОИМ
Расслаоение аорты
Пневмония
Хилоперикард

ЛС: прокаинамид, изониазид, гидралазин
Разобрать причины у доски, останавливаясь на каждой причине, например, при ОИМ- развитие СД Дресслера- аутоиммунный СД, требует назначения ГКС, почечная недостаточность- уремический перикардит, говорит о конечной стадии почечной недостаточности и необходимости гемодиализа т.д.
Кардиология в таблица в таблицах и схемах , Мерк.том 1, стр.383, 2000 болезней, стр. 673.

Перикардиты . Чаще- вирусной этиологии. Приоритет на симптомы острого перикардита
? Боль в грудной клетке ч\з 1-2 недели после перенесенной ОРВИ.
? Симптомы внезапные и выраженные
? Боль загрудинная или в левой половине гр.к-ки
? Иррадиирует в спину или в области трапециевидной м-цы
? М.б. незначительная лихорадка (до 38С)
? Боль усиливается на вдохе или при кашле
? Усиливается лежа на спине или положении лежа на левом боку
? Уменьшается когда больной сидит

13.10
Перикардит. Работа в малых группах
Далее - работа в малых группах. Задание для 1-й группы - составить таблицу дифдиагностики между перикардитами и ОИМ (симптомы, признаки. ЭКГ)Задание для 2-й группы - дифдиагностики между констриктивными перикардитами и рестриктивной кардиомиопатией.(симптомы, признаки).

13.40
Перикардиты
Лечение. Тактика ведения больных в условиях СВП. Прогноз.

групповое обсуждение
14.00
тесты
1. Основные симптомы миокардитов включают следующие:
а) боль в грудной клетке
б) одышка
в) сердцебиение
г) верно только а и б
д) все верно+
2. Частые признаки острого миокардита
а) брадикардия
б) шум трения перикарда
в) тахикардия +
г) приглушенность тонов +
д) набухшие шейные вены +
3. Обучение больных с диагностированным миокардитом должно включать советы:
а) ограничение соли до 500 мг в сут
б) ограничение общей активности до 6 месяцев
в) ограничение сильной физической нагрузки до 6 месяцев+
г) ограничение приема алкоголя +
д) какие симптомы ухудшения состояния +

4. Симптомы сердечной недостаточности:

а) одышка при незначительной физ. нагрузке +
б) кашель в положении лежа на спине +
в) внезапная одышка по ночам +
г) отеки на ногах +
д) боль в животе +
5. Факторы риска межродовой КМП
а) молодой возраст
б) первые роды
в) Многоплодие +
г) Недоедание +
д) Токолитическая терапия +
6. Клинические признаки перикардита
а) шум трения перикарда +
б) тахикардия в покое +
в) лихорадка до 38С +
г) ритм перепела
д) шумное и прерывистое дыхание

7. Найдите соответствие между типами КМП и утверждениями
а) дилатационная кардиомиопатия - 1,5
б) гипертрофическая -2,3,4
в) рестриктивная -6,7
1. чаще желудочковые нарушения ритма
2. обмороки при ФН
3. предсердные аритмии
4. стенокардитическая боль
5. Одышка без боли в сердце
6. Правожелудочковая недостаточность - чаще.
7.Часто путают с констриктивным перикардитом

Проверочные вопросы: 1. Перечислите 5 причин возникновения перикардитов (идиопатическая, вирусные, бактериальные, ОИМ, злокачественные опухоли, уремия, гипотриеоз.) 2. Перечислите 4 клинических симптома перикардита(боль в сердце, не продуктивный кашель, лихорадка, одышка, боль, усливается при вдохе и кашле, в положении лежа на спине, при глотании и дисфагия) 3. Перечислите 4 отличительных признака перикардита от ишемии миокарда (боль острая, в отличие от чувства тяжести и тупой боли при ишемии, вдыхание - ухудшает боль, при ишемии - без эффекта, продолжительнотсь боли - постоянная, при ишемии - перемежающаяся, изменение положения тела - в лежачем положении- ухудшение, сидя- лучше, при ишемии -без эффекта, нитроглицерин при перикардите не помогает). 5. Назовите три препарата, которые приводят к развитию кардиомиопатий(интреферон, доксирубицин, антибиотики). 6. перечислите симптомы С (одышка при незначительной физичексой нагрузке, кашель и одышка в положении лежа на спине, отеки, ортопноэ, бол

14.30
конец занятия

Занятие № 37

Сердцебиение. Аритмии. СД Тахикардии, дифференциальный диагноз (с ОИМ, ИБС, стенокардией), ЭКГ диагностика, тактика и лечение тахикардии
Список литературы по теме дня:

1. Джон Мерта, стр. 628-641
2. Доказательная медицина, стр. 84(блокады), стр. 91-101 (аритмии)
3. Терапия, стр. 7-16
4. Вашингтонский справочник. Стр. 186-235
5. 2000 болезней, стр. 57- аритмии, 811 (Сд ВПВ), стр. 921- мерц. Аритмия, стр. 890- тахикардии, стр.994-экстрасистолии
6. Кардиология в таблицах и схемах, стр.
7. Справочник ЭКГ, стр.
8. Мерк, том 1, стр. 310-337 - аритмии.

По окончании занятия каждый курсант должен знать:
? 5 групп заболеваний ССС, которые сопровождаются нарушением ритма сердца (АГ, атеросклероз и ИБС(включая ОИМ, стенокардию), миокардиты и КМП, заболевания перикарда, поражение клапанов сердца
? 5 причин, не связанных с сердечными заболеваниями, при которых развиваются нарушения ритма (гипертиреоз, электролитные нарушения, передозировка наркотиков и алкоголизм, анемия, лихорадка)
? Основные ЭКГ признаки тахикардий
? 4 класса антиаритмических препаратов
? Алгоритм тактики ВОП при тахикардиях в условиях СВП

Каждый курсант должен уметь:
? провести дифференциальный диагноз тахикардий на основании клинических данных и ЭКГ
? использовать алгоритм оказания помощи и оказать первую неотложную помощь при тахикардиях
? проводить обучение больных по профилактике приступов и приему лекарственных препаратов.

9.00 (15 мин)
Повторение вчерашней темы:
ИГРА "Найди свою половинку".
Необходимо поделить курсантов на 2 группы:
Курсанты садятся напротив друг друга .
Вы раздаете каждому курсанту по 1 половине листа.
На каждом листе написано утверждение, касающееся определенного заболевания. Таких листов должно быть как раз наполовину меньше, чем курсантов в группе. Если у Вас в группе - их 14 человек, значит, вам понадобится 7 половинок листов. Выпишите на них следующие названия:
1. Рестриктивная КМП
2. Гипертрофическая КМП
3. Дилатационная КМП
4. Хронический констриктивный перикардит
5. Выпотной геморрагический перикардит
6. Вирусный миокардит
7. Межродовая КМП

Второй половине курсантов раздайте половинки, содержащие утверждения:
А) Состояние чаще развивается после радиационной терапии и вирусной инфекции
Б) Состояние чаще развивается через 1-3 недели после перенесенной ОРВИ
В) Состояние чаще развивается через 1-2 недели посл

Соответствие: Первый игрок, у которого на половинке написано утверждение зачитывает его громко и игрок из второй команды, который считает, что это утверждение относится к его заболеванию подходит и садится с ним рядом. Обе половинки нашли друг друга. Например, утверждение А: Состояние чаще развивается после радиационной терапии и вирусной инфекции. Верный ответ: Хронический констриктивный перикардит . Но игроки, не знающие об этом, могут спутать и решить неправильно . Не стоит их поправлять на этом этапе. Попросите следующего игрока зачитать утверждение и так пока все пары не соединятся. Может случится так, что курсанты почувствуют, что здесь "что-то не так". Предложите им "перерешать их задачу". В конце - дайте верные варианты ответов.

А- 4 Г- 2 Ж- 5
Б-6 Д- 3
В-7 Е- 1

далее кратко вспомните симптомы сердечной недостаточности и какие признаки могут быть при всех типах КМП и перикардитов: одышка, ортопноэ, кашель лежа на спине, Признаки: увеличение печени, асцит, набухшие шейные вены, ритм галопа , низкое пульсовое давление и т.д.
мозговой штурм.
9.15 (20 минут)
клинический случай:
Мужчина 49 лет жалуется на чувство дискомфорта в области сердца. 7 лет назад он перенес ОИМ. С тех пор у него развились следующие симптомы: быстрая утомляемость, боли в сердце и одышка при нагрузке (работает маляром-отделочником) и сердцебиение

Вопрос: Какой возможный дифференциальный диагноз?

Стенокардия прогрессирующая или стабильная напряжения, развитие сердечной недостаточности, аритмии

Вопрос. Какие вопросы вы зададите больному, чтобы поставить верный диагноз Ответ: боль, связанная с нагрузкой, приемом пищи, изменениями погоды... Характеристики боли...Сердцебиение (связь с перенесенным ОИМ. Начало появления, продолжительность. Предыдущий анамнез, курение, и др. вредные привычки, лечение, наследственность по заболеваниям сердца, ЛС, которые принимает сейчас)

Доп. информация: Боль иррадиирует в его левую руку. Она связана с нагрузкой, приемом пищи. Доктор лечит его от стенокардии и он принимает валидол, аспирин и дигоксин. Он курит до 20 сигарет в сутки, часто выпивает вино до 500-600 мл за один прием. Его отец умер от инсульта в возрасте 45 лет

Из чего должен состоять осмотр этого больного? (Цвет кожи, положение больного, АД, ЧСС, ЧД, границы сердца, тоны, аускультация легких, живот -печень, асцит, ниж. Конечности - отеки)

Курсанты уже уверенно должны перечислять этапы осмотра больных с заболеваниями сердца.

Во время осмотра: Вы выявили у него увеличение размеров сердца влево на 2 см, в легких- отсутствие дыхания в н\о справа.Печень увеличена +2-4 см. АД 90/60, пульс 124, нерегулярный. ЭКГ (показать ЭКГ с МА) Отеков нет. Анализы крови и мочи - норма. необходимо подготовить ЭКГ с мерцательной аритмией.

Ваше заключение и тактика

Стенокардия. Перенесенный инфаркт. Аритмия.СН. Один из шагов терапии- прекратить прием алкоголя, бросить курить. Лечить стенокардию, аритмию, СН.
Напомнить, что алкоголь- частая причина нарушений ритма сердца,одна из причин ДКМП
9.40 (15 минут)
Аритмии. Введение в тему.
Возможные причины аритмий, связанных с заболеваниями сердца (АГ, атеросклероз и ИБС (включая ОИМ, стенокардию), миокардиты и КМП, заболевания перикарда, поражение клапанов сердца, причины, не связанные с сердечными заболеваниями, при которых развиваются нарушения ритма (гипертиреоз, электролитные нарушения, передозировка наркотиков и алкоголизм, анемия, лихорадка)
мозговой штурм.см. Приложение
9.55 (30 минут)

Сбор анамнеза и осмотр больных с аритмиями.

10.25 (около 1,5 часа)
Тахикардии . Разбор алгоритма тахикардии для ВОП
Тахикардия : все причины (МА, СВТ, ЖТ, ЖФ)+ экстрасистолии.

Тахикардия: ЭКГ признаки
Тахикардия: Тактика и Лечение
Используйте манекен для показа курсантам аускультации различных ритмов, например: норма, МА, тахикардииСВПТ, ЖТ
12.00
обед
13.00
Самостоятельная работа
Клинические случаи и ЭКГ. Тактика ВОП. Все курсанты разбиваются на пары. Каждая пара получает по 1 клиническому случаю и ЭКГ. Они разбирают случай без подготовки, то есть каждая пара вызывается к доске и ей дается задание (ЭКГ желательно представить на прозрачке, чтобы группа могла видеть и тоже участвовать в обсуждении. Курсанты, стоящие у доски должны оценить состояние пациента, ЭКГ и, используя алгоритм, действовать. Таким образом и все пары курсантов. (Обычно- 5-6 пар, то есть 5-6 клинических случаев и ЭКГ с тахикардиями.)
Алгоритм при тахикардиях желательно выписать на доске, чтобы курсанты могли обращаться к нему все время.

Клинические случаи.
1. У 50-летней женщины учащенное сердцебиение, и нерегулярный ритм. На ЭКГ - отсутствуют зубцы Р. Она говорит, что похудела на 6 кг за 2 месяца и стала "нервной". Кроме того ее беспокоит сердцебиение.(Ответ: у больной -гипертиреоз). Представить ЭКГ с МА - лечение основного заболевания, дигоксин, кордарон

2. 20-летняя девушка находится в вашем кабинете. Ее доставили к вам, после того, как она упала в обморок на работе. Ее последний менструальный период был 3 недели назад и длился 3 дня. Её пульс ускорен и нерегулярный. (Ответ: Гипертиреоз). Представить ЭКГ с МА
3. У 30-летней женщины в течение 6 месяцев- сердцебиение. ЭКГ в покое - укорочение интервала pq и дельта -волна. Когда вы сделали ЭКГ в момент приступа сердцебиения, вы выявили следующие изменения. Дать ЭКГ с СВПТ. Ответ: СВПТ.

4. 50-летнего мужчину отправили в больницу с диагнозом ОИМ передней стенки. Спустя 2 часа после оказания первой помощи, он почувствовал себя плохо- предобморочное состояние. Его пульс- 140 в минуту, АД- 90/60. На ЭКГ- следующие изменения (представить ЭКГ с ЖТ). Ответ желудочковая тахикардия на фоне ОИМ.

5. 24-летняя женщина пришла с жалобами на головокружение. Вы обнаружили у нее тахикардию - 142 в минуту. У нее уже был подобный эпизод в прошлом, который прошел самостоятельно. Она на 31-й неделе беременности. (представить ЭКГ с СВПТ) Ответ: наджелудочковая пароксизмальная тахикардия. Тактика - массаж каротидного синуса.
6. У 70-летнего мужчины возник коллапс после операции на кишечнике. У него очень слабый пульс на сонной артерии. АД- определяется. НА ЭКГ- тахикардия с широкими комплексами с ЧСС-160/мин. (представить ЭКГ с ЖТ) Ответ -желудочковая тахикардия. Больной нуждается в кардиоверсии, но так как в условиях СВП нет дефибриллятора- в\в лидокаин или амиодарон и отправить в ЦРБ.

14.00 (30 минут)
Проверочные вопросы:
1. Перечислите 5 групп заболеваний ССС, которые сопровождаются нарушением ритма сердца (Ответ: АГ, атеросклероз и ИБС(включая ОИМ, стенокардию), миокардиты и КМП, заболевания перикарда, поражение клапанов сердца
2. Перечислите 5 причин, не связанных с сердечными заболеваниями, при которых развиваются нарушения ритма (Ответ: гипертиреоз, электролитные нарушения, передозировка наркотиков и алкоголизм, анемия, лихорадка)
3. Перечислите состояния, при которых тахикардия на ЭКГ проявляется узкими комплексами QRS : МА, МП, СВПТ,
4. Перечислите состояния, при которых тахикардия на ЭКГ проявляется широкими комплексами QRS : ЖПТ, ФЖ.
5. При какой ЧСС должна быть проведена кардиоверсия?- 150 и выше
6. Какие три препарата из 5 может использовать ВОП при лечении тахикардий с узкими комплексами? - АТФ, дигоксин, амиодарон, антагонисты кальция и бета-блокаторы (Любые три препарата верно)
7. Какие приемы помогают при СВПТ? - массаж каротидного синуса с одной стороны, натуживание, надавливание на глазные
8.Какие препараты мы можем использовать при тахикардиях с широкими комплексами? лидокаин, амиодарон, бета-блокаторы.

тесты
1. Частые причины мерцательной аритмии:
а) атеросклероз +
б) кардиомиопатия +
в) артериальная гипертония +
г) тиреотоксикоз +
д) митральный стеноз +

Случай 1. 37 -летний мужчина обратился к вам с жалобами, что у него "скачет" сердце, это беспокоит его в течение 8 месяцев. Пациент говорит, что никакие другие симптомы его не беспокоят. Он говорит, что у него нет потливости, учащенного сердцебиения, похудания, боли в сердце, боли в грудной клетке, нет тревожности.
Во время осмотра, АД- 110/70, Аускультация сердца- тоны сердца-1-й и 2-й -нормальные, нет шумов. Вы уловили - 5 преждевременных ударов в минуту.
Вопрос1. Что чаще всего встречается при преждевременных сокращениях сердца?
А) желудочковые преждевременные сокращения
Б) предсердные преждевременные сокращения +
В) мерцание предсердий
Г) трепетание предсердий
Д) ничего из выше указанного
Вопрос2. Большая часть преждевременных предсердных сокращений, выявляемых во время осмотра:
А) сочетаны с ХОЗЛ
Б) абсолютно безвредны +
В) сочетаны с клапанными пороками сердца
Г) сочетаны с увеличением смертности от ССЗ
Д) ничего из указанного

Вопрос 3. Большинство желудочковых преждевременных сокращений:
А) сочетаны с ХОЗЛ
Б) абсолютно безвредны
В) сочетаны с клапанными пороками сердца
Г) сочетаны с увеличением смертности от ССЗ +
Д) ничего из указанного
Случай 2. 51-летний мужчина обратился к вам с жалобами на сильную боль в грудной клетке. У него в анамнезе- мерцательная аритмия. Во время осмотра- АД-80/60, пульс- около 160 ударов в минуту. Он в тяжелом состоянии. Частота дыхания 32 в минуту. На ЭКГ- мерцательная аритмия с частыми желудочковыми сокращениями.
Вопрос. Какой должен быть первый шаг в менеджменте этого больного?
А) начать дигитализацию
Б) ввести внутривенно верапамил
В) ввести в\в прокаинамид
Г) больной нуждается в кардиоверсии +
Д) начать быстрое введение жидкостей в\в

14.30
конец занятия

Занятие № 38

Обмороки. Аритмии. СД Брадикардии. Нарушения проводимости. Блокады сердца. Обмороки (эпилепсия, гипогликемия, постуральная гипотония, вагусные обмороки)
Список литературы по теме дня:
1. Мерта, стр. 628-641 (аритмии) , 663-554 (обмороки)
2. Мерк , том 1, стр. 288- обмороки, 333-337 -блокады
3. Док. Медицина, стр.84- блокады ПГ, стр. 88- (обмороки), стр. 99- брадикардия.
4. 2000 болезней- 551- обмороки, стр. 108-111(блокады)
5. Кардиология в таблицах и схемах, стр.
6. ЭКГ, справочник.
7. Database СД диск. раздел кардиология- пульмонология, папка Специальные материалы, файл, T_II Кардиология

По окончании занятия каждый студент должен знать:
? Симптомы и клинические признаки и обмороков
? Дифференциальную диагностику причин обморока в зависимости от возраста и момента возникновения
? Список ЛС, которые могут привести к развитию обморока
? Функциональные и органические причины брадикардий
? ЭКГ признаки блокад сердца
? Тактику ВОП оказания неотложной помощи больным с обмороками и брадикардиями

Каждый студент должен уметь
? Оценить состояние больных с обмороками и брадикардиями
? Интерпретировать ЭКГ больных с брадикардиями (включая блокады сердца)
? Оказать неотложную помощь больным с обмороками и брадикардиями

9.00
Повторение вчерашней темы
Игра - кого можно взять в космос?
Вам представят 10 человек. Они подали заявки на участие в международном межпланетном перелете на Марс. Если их выберут - их семьи будут получать шоколад "Марс" по 1 коробке в неделю в течение 5 лет.
1. Космонавт из Монголии. Мужчина 35 лет. ЧСС -124, АД-136/88 ммртст. Жалоб нет. 30 минут назад выпил 2 чашки крепкого кофе без молока и сахара.(Возможно, тахикардия обусловлена приемом кофе? Что необходимо сделать? Повторить измерение ЧСС и АД спустя 1 - 2 часа)
2. Космонавт из России. Мужчина 42 года. ЧСС - 55 ударов в минуту, АД - 118/78. Жалоб нет. Потный. 5 раз в неделю бегает по 1 часу. Сегодня - день тренировок. (55 ударов - нормальный показатель для спортсменов)
3. Космонавт из Швейцарии. Миссис Браунцвейг. Женщина. Миллионерша. Возраст 73лет. ЧСС - 155. АД - 160/70. Одышка в покое. Мечтает умереть на Марсе. (только при этом условии...)
4. Космонавт из Узбекистана. Ваш преподаватель, пол_____ ... лет ЧСС 140, АД-140/90. Только что вышел из приемной ректора. Холо
5. Космонавт из Америки. Мужчина. 36 лет. ЧСС 64. АД- 120/80. Вчера на тренировке внезапно упал в обморок.(если человек падает в обморок на высоте нагрузки- всегда ищите заболевание сердца)
6. Космонавт из Англии. Женщина. 28 лет. ЧСС 42, АД - 90/60. Узкие зрачки.Неадекватное поведение- заторможена. (Узкие зрачки, брадикардия и гипотония-употребление наркотиков)
7. Космонавт из .... Области (назовите область, из которой приехали ваши курсанты) Мужчина, возраст .... Лет. Выберите кого-нибудь. Измерьте пульс и АД. Спросите, пригоден ли?
8. Работник зоопарка, мужчина 52 года. ЧСС -180, АД- 178/100. Оцарапан. Львом. Дрожит от страха (стресс, но высокое АД и слишком выраженная тахикардия- этого человека необходимо вновь осмотреть +ЭКГ. Посоветуйте поменять профессию!).
9. Неизвестный мужчина. Явно не космонавт. Возраст 30 лет. ЧСС- 220, АД-130/90. ЭКГ-комплексы узкие, нерегулярные. Состояние неизвестного нестабильное. (Высокая частота сердечных сокращений, +нерегулярный ритм- больной нуждается в госпитализа
10. Женщина 24 лет. Доярка. ЧСС - 80. АД - 100/70 (почему бы не взять доярку в космос

9.30
клинический случай

К вам доставили молодого человека в обморочном состоянии. Ему 21 год и его привезли с вечеринки, которую его друзья устроили в честь дня рождения. На этой вечеринке (гап) он выпил 5-6 бутылок пива и вдруг стал вести себя очень странно - аггресивно, стал лезть в драку и весь дрожал. Затем через 15-20 минут потерял сознание и обмочился.

Каков ваш дифдиагноз? (эпилепсия, алкоголь?, стресс, гипогликемия)

При осмотре вы увидели, что он покрыт холодным потом, у него тахикардия - 134 в минуту, АД- 100/60. Тоны ясные, зрачки - нормальные,

Что вы думаете? О чем могут говорить его признаки - холодный пот, тахикардия и гипотония?

Мать, которая приехала с ним, сказала, что у сына - Сахарный диабет 1 типа и получает инсулин 2 раза в день. Скажите, пожалуйста, какие осложнения могут быть у пациента с сахарным диабетом, который получает инсулин? (если курсанты не знают или затрудняются найти верный ответ - подскажите им)

Диагноз.-гипогликемия, возможно связанная с тем, что возможно он много выпил крепкого пива и мало ел, что и вызвало развитие этого состояния. Алкоголь часто приводит к развитию гипогликемии у диабетиков вплоть до комы и судорог.

10.00 (15 минут)
Обмороки.
Диференциальный диагноз обморочных состояний. Попросить курсантов не заглядывая в учебники перечислить все возможные причины обморочных состояний
Мозговой штурм
1 час

Затем без обсуждения начать работу в малых группах. Работа в 3 малых группах:
Задание для 1-й группы
Выписать на доске частые причины обморочных состояний (они могут указать на эпилепсию, гипотонию, кровопотерю, прием ЛС (бета-блокаторы, мочегонные, антагонисты кальция, сердечные гликозиды - резкая брадикардия), дилатация периферических сосудов - нитраты, варикозное расширение вен - депонирование крови, гипервентиляция и т.п.)

Задание для 2-й группы
Выпишите симптомы и клинические признаки, а также возможные дополнительные симптомы в зависимости от причины обморока (Симптомы:чувство дурноты, звон у ушах, потеря сознания). Признаки (бледность, холодный липкий пот, снижение АД, тахикардия или резкая брадикардия, м.б. аритмия, шумы - должны навести на мысль о пороке или ГКМП).

Задание для 3-й группы
Тактика ВОП при обороках. (Мониторинг АД,пульса, ЧДД, ЭКГ, уложить на пол, ноги -поднять, начать терапию причины- (например,дать выпить раствора глюкозы при гипогликемии и т.п.)

Обсуждение

Наиболее частые причины обмороков: вазовагальные эпизоды, заболевания сердца и аритмии, ортостатическая гипотензия, судороги.
А. Вазовагальные эпизоды.
1. Развиваются вследствие сниженного выброса
2. часто развиваются вследствие страха, тревоги, алкоголя, большого количества съеденной пищи и длительного стояния.
3. Симптомы могут возникнуть как в стоячем так и в сидячем положении
4. Типично продромальные симптомы: тошнота, прилив тепла, чувство дурноты, слабость, потливость, сужение полей зрения, дискомфорт в эпигастральной области и чувство наступления обморока.
5. Нет недержания мочи и кала
6. В первые минуту - тахикардия, а затем наступает брадикардия.
7. Во время восстановления- слабость, головокружение, утомление, нет затуманивания сознания и пациент помнит, что с ним произошло.
8. Иногда гипотензия и гипоперфузия выражены настолько, что приводят к гипоксии мозга и судорогам.

Б. Ситуационный обморок.
Возникает после мочеиспускания, дефекации, кашля или глотания и сочетается с внезапной потерей сознания. Часто у пожилых.
В. Ортотатическая гипотензия.
1. часто развивается у пожилых.
2. Отражает неспособность сердца учащать ЧСС и вазоконстрикцию, которые развиваются когда пациент встает, и это приводит к неадекватной перфузии мозга..
3. Определяется когда САД падает на 20 ммртст и больше в вертикальном положении
4. Возможные этиологические факторы:
? Идиопатические (после пребывания в жаркой комнате, погода)
? ЛС: Диуретики, антигипертензивные ЛС
? Кровотечение(ЖКТ)
? Дегидратация

Как определять ортостатическую гипотензию?
1.Измерьте АД у пациента, когда он лежит
2. Повторите измерение, когда пациент стоит в течение 2-5 минут
3. В норме САД падает не более, чем на 10 ммртст, ДАД увеличивается на 2-5 ммртст, ЧСС увеличивается на 5-20 ударов. Если не произошло увеличения ЧСС- подумайте о проблеме сердца.
Г. ЛС: нитраты, вазодилататоры, бета-блокаторы, ЛС, для лечения болезни Паркинсона, антидепрессанты, анальгетики
Д. Обмороки вследствие ССЗ:
1. Симптомы обычно хуже, когда больной стоит, и улучшаются в положении лежа. При аритмиях обморок может развиться и в положении лежа на спине
2. Может быть генерализованная слабость, утомляемость и бледность.
3. Синкопе может быть симптомом ОИМ у пожилых.
Е. Обмороки вследствие церебро - васкулярных заболеваний.
1. Развиваются вследствие гипоперфузии вертебробазилярной системы
2. У больных визуальные, слуховые и вестибулярные симптомы.

Брадикардия.

Возможные причины
11.00

Алгоритм брадикардии. Симптомы, ЭКГ признаки и тактика ВОП
синусовая брадикардия
см. Приложение

АВ блок 1 степени
Справочник ЭКГ

АВ блок 2 степени

АВ блок 3 степени
12.00
обед
13.00
Детали ЭКГ, Блокады сердца
Продолжите изучение ЭКГ (блокады ножек пучка ГИСА). Симптомы и признаки. Осложнения. Тактика. Лечение - когда направить больного к кардиологу. Разбор ЭКГ. Сопоставить с нормой.
ЭКГ справочник.
13.40
Практика
Клинические случаи +ЭКГ(5-6). Случай 1. Больной 67 лет. Ему назначили строфантин для лечения сердечной недостаточности. На третий день лечения ему сняли ЭКГ (представить ЭКГ). Для сравнения дать нормальную ЭКГ. Пусть курсант найдет отличия от нормы и подсчитает интервал p-q, ЧСС. Заключение АВ блок1 степени на фоне лечения строфантином. Действия - отменить строфантин, Лечение больного в зависимости от симптомов.
Случай 2. Больной 78 лет. У него ИБС. Повторный мелкоочаговый инфаркт миокарда. Он потерял сознание и на зарегистрированной ЭКГ вы обнаружили следующие изменения. (ЭКГ с АВ блокадой 2 степени) Для сравнения дать нормальную ЭКГ. Пусть курсант найдет отличия от нормы и подсчитает интервал p-q. ЧСС. Заключение АВ блок 2 степени. 7-8:1. (на 7-8 предсердных сокращений 1 желудочковое).
Случай 3. Женщина 69 лет, у нее стенокардия, повторный инфаркт миокарда, СН. На ЭКГ- следующие изменения Для сравнения дать нормальную ЭКГ. Пусть курсант найдет отличия от нормы и подсчитает интервал ЧСС. Заключен
ЭКГ см. в приложении.

Случай 4. Мужчина 46 лет. На ЭКГ- следующие изменения: Для сравнения дать нормальную ЭКГ. Пусть курсант найдет отличия от нормы и подсчитает ЧСС. Заключение: Блок правой ножки пучка Гиса. ЧСС 60
Случай 5. Молодой человек, 16 лет. Ему случайно сняли ЭКГ. Для сравнения дать нормальную ЭКГ. Пусть курсант найдет отличия от нормы и подсчитает ЧСС. Заключение: СД WPW. Интервал p-q 0,08 сек.

14.00
тесты
Исследования при синкопе.
А. Глюкоза крови
Б. ЭКГ в 12 отведениях
В. Рентген грудной клетки
Г. КТ головы
Д. Электроэнцефалография
Е. Кальций сыворотки

Ж. Электролиты и мочевина крови
З. ОАК
И. АД в положении лежа и стоя
К. ОАМ
Л. Посев крови
Для каждого случая ниже выберите ЕДИНСТВЕННЫЙ наиболее информативный метод исследования из списка, представленного выше. Каждый метод исследования может быть использован один раз, более одного раза или вообще не использоваться.
1. 50-летняя женщина говорит, что у нее бывают эпизоды внезапной слабости в нижних конечностях, и она падает (Ответ Г. Такие внезапные эпизоды бывают при вертебробазилярной недостаточности).
2.У 60-летнего мужчины сегодня утром появилась дрожь в руках, потливость и он упал в обморок.(А-гипогликемия)
3. 65-летняя женщина с анамнезом ХПН. У нее судорожные припадки и обмороки. Она жалуется на судороги в ногах и чувство онемения (Е-гипокальциемия).
4.60-летняя женщина жалуется на головокружение и предобморочные состояния. Во время исследования ее пульс -50 в минуту (Б- Морганьи- Адамса-Стокса СД)
5. У 7-летней женщины с болезнью Паркинсона, которая принимает левадопу, появились предобморочные состояния, когда она встает по ночам.(И- постуральная гипотензия. М.б. как побочный эффект левадопы)

Проверочные вопросы
1.Какие симптомы могут быть у больных с синусовой брадикардией?
Отв. Быстрая утомляемость, одышка, головокружение, обмороки и гипотония.
2. Какие причины, не связанные с приемом ЛС могут привести к развитию брадикардии (вагальные маневры – массаж каротидного синуса, тугой галстук, ректальный стимул, рвота)
3. Какие ЛС могут привести к развитию брадикардии? (бета-блокаторы, антагонисты кальция, альфа-блокаторы, дигоксин, антиаритмические препараты)
4. Если у больного с брадикардией выраженные симптомы как вы можете ему помочь? Дать кислород, в\в атропин 0,5-1,0 мл, допамин 5-20 мкг/кг в минуту в\в, адреналин 2-10 мкг/минуту. в\в.
5. какие наиболее частые изменения на ЭКГ находят при АВ блоке 1 степени- удлинение интервала pq более 0.20 сек. , ритм синусовый, комплексы узкие, зубцы- без изменений.
6. Наиболее характерные изменения на ЭКГ при АВ блоке 3 степени ?- ЧСС предсердий отличается от ЧСС желудочков –зубцов Р больше, чем зубцов R, ритм диссоциирован- предсердия и желудочки сокращаются в своих собстве

14.30
конец занятия
Задание на дом: попросить курсантов подготовиться по врожденным и приобретенным порокам сердца.

Занятие № 39

Одышка/шумы сердца. Одышка при сердечной недостаточности. Особенности дифдиагностики (ЭКГ), лечения и тактики ведения ВОП. Дифдиагностика СН при (миокардитах, кардиомиопатиях). Приобретенные и врожденные пороки сердца. Особенности у детей.

Список литературы по теме дня:
1. Мерта, стр. 412 (СН)
2. Мерк , том 1, стр. 299(СН), том 2стр. 358-364(ВПС)
3. Док. Медицина, стр.138, 146- СН

4. 2000 болезней - стр. 299- ДМЖП, ДМПП, стр. 387- Коарктация аорты, стр. 896- Тетрада Фалло, приобрет.пороки стр.505,509, 872, 875
5. Кардиология в таблицах и схемах, стр.
6. ЭКГ, справочник.

По окончании занятия каждый студент должен знать:
? Симптомы и признаки врожденных и приобретенных пороков сердца
? Дифференциальную диагностику пороков сердца
? Симптомы и признаки сердечной недостаточности
? Дифференциальную диагностику возможных причин СН
? Тактику ВОП при ведении больных с врожденными, приобретенными пороками сердца и СН.

Студент должен уметь:
? Проводить расспрос и осмотр больных с пороками сердца
? Выявлять признаки СН и проводить дифференциальную диагностику причин
? Применять алгоритм ведения больных с пороками сердца и СН

9.00
повторение вчерашнего занятия
Разбор ЭКГ с нарушениями ритма предсердными, желудочковыми и блокадами. 5-6.
ЭКГ задание с тестами.

1. Показать ЭКГ с МА, дать 5 минут на расшифровку и ответ:

а)данные изменения ЭКГ могут встречаться у людей со стенозом митрального клапана(В)
б) при данной патологии у молодых лиц может развиться инсульт (В)-за счет тромбоэмболии
в) при данной патологии - препарат выбора - капотен (Н)
г) одно из осложнений - развитие сердечной недостаточности (В)
д) у лиц с анамнезом похудания, нервозности и тремора - проверить ТТГ(В)

2. ЭКГ с блокадой АВ узла, дать 5 минут на расшифровку и ответ

Вопрос: У больного с подобными изменениями будут следующие симптомы:
А) одышка +
Б) тремор рук
В) сонливость +
Г) головокружение +
Д) учащенное сердцебиение.

3. ЭКГ больного с синусовой брадикардией, дать 5 минут на расшифровку и ответ

Вопрос.
А) подобные изменения встречаются только у тренированных людей
Б) чаще встречаются у мужчин, носящих галстуки +
В) если провести регистрацию ЭКГ у лиц с хронической рвотой +
Г) характерно для беременных женщин
Д) нет верного ответа.

4. ЭКГ с блокадой сердца АВ, дать 5 минут на расшифровку и ответ

Выберите три препарата для оказания помощи больному.
А) атропин +
Б) лидокаин
В) допамин +
Г) атенолол
Д) эпинефрин +

5. ЭКГ с тахикардией желудочковой, дать 5 минут на расшифровку и ответ

Для купирования приступа ВОП может использовать три препарата
А) аденозин в\в
Б) верапамил в\в
В) лидокаин в\в+
Г) амиодарон в\в +
Д) соталол +

9.30
клинический случай
К вам на осмотр привели девочку 5 лет. Мама говорит, что девочка жалуется на сердцебиение, когда бегает, а также на быструю утомляемость, она также жалуется на боль в сердце.

Вопрос. Дифдиагноз? (Боль в сердце у ребенка может быть связана с анемией, пороками сердца. Симптомы одышки и быстрая утомлемость, также наводит на мысль о пороке сердца).

Вопрос. Что из анамнеза Вас интересует? (Ответ: Как проходила беременность у матери. Краснуха во время беременности. Как протекали роды и ранний период? Частые инфекции ВДП? Как развивалась малышка - нет ли отставания в росте и весе? Нет ли кровохарканья? Посинения?)

Вопрос. На что вы будете обращать внимание при осмотре?

Доп. информация. При осмотре вы выявили у нее: легкий цианоз губ и ногтей, девочка очень маленькая для своих лет, как по росту, так и по весу. ЧСС 124 в минуту, ЧДД - 24 в минуту. Границы сердца смещены вправо +0.5 см и влево +1 см. В точке Боткина - грубый систолический шум, на верхушке - диастолический шум
Вы отправили девочку к кардиологу и на ЭХОКС. Заключение: Выраженный дефект МЖП.

Как вы оцените состояние девочки? Отв: возможно, порок начинает декомпенсироваться, так как у нее развиваются признаки сердечной недостаточности.

В чем заключается тактика врача общей практики в данном случае? Необходимо отправить девочки на консультацию к кардио-хирургу, для оперативного восстановления дефекта.
Можно привести и вторую кликническую задачу или пригласить на осмотр больных, стоящих на учете с диагнозом -порок сердца или сердечная недостаточность. Тогда у курсантов будет возможность поупражняться как всборе анамнеза, так и в осмотре больных с сердечной недостаточностью.
10.00 (15-20 минут)
Диференциальный диагноз одышки (Острая, хроническая)
Разделить курсантов на 2 группы и пусть поработают над заданием: например, найдите наиболее частые причины острой одышки (астма, гипервентиляция, инородное тело и т.п.). Вторая группа выполняет работу над причинами хронической одышки (СН, анемия, ожирение, нервно-мышечные заболевания). Затем сообща разбирают результаты.
Работа в малых группах.
10.20 (40 мин)
Сердечная недостаточность.
Симптоматика, отличия правожелудочковой и левожелудочковой, клинические признаки, методы исследования и тактика ведения больных с СН. СН-это симптом заболевания

сердца, врачи должны найти причину и лечить ее. Основные заболевания приводящие к развитию СН (длительная АГ, ИБС, КМП, пороки сердца, эндокринные заболевания - гипотиреоз и гипертиреоз, тахикардии, аритмии, поражение сердечной мышцы (миокрадит) и перикардит). Основные симптомы: одышка, усталость, отеки, боли в сердце, правом подреберье, кашель, ортопноэ. Осмотр больного с сердечной недостаточностью (кожа - бледность или цианоз, одутловатость лица, отеки видимые или пастозность, масса тела (для мониторинга), границы сердца (часто увеличены), аускультация легких и сердца (хрипы и шумы, аритмия), подсчет ЧДД и ЧСС, измерение АД, температура тела (миокардит).

Симптомы СН уже обсуждались во время занятия миокардиты - КМП и перикардиты. Попросите курсантов вспомнить симптомы СН, затем начните разбор этой части занятия. 20 мин.

Принципы лечения

При лечении больных уделить большое внимание необходимости лечения основного заболевания, и состояний, ухудшающих течение СН (анемии, аритмий, заболеваний ЩЖ, ожирения, алкоголизма, АГи неумеренного введения жидкостей в\в - это очень ухудшает прогноз. Группы препаратов - ИАПФ, мочегонные, СГ, антиаритмики, осторожно - нитраты и бета-блокаторы)

Индивидуальный доклад курсанта. Попросите 1-2 курсантов подготовиться к этому разделу занятия. Материалы для подготовки: Мерк, том 1, стр. 304-308. Кардиология в таблицах и схемах. + материалы приложения.

11.00

Пороки сердца врожденные

Упор при разборе делать на симптоматику и дифдиагностику. Не стоит говорить им об особенностях ЭхоКС (например, увеличение КСО или снижение фракции выброса), просто необходимо напомнить, что этод метод исследования подтвердит нарушение работы сердца и является наиболее приемлемым в оценке прогноза.

РР презентация (СД диск, раздел-Кардиология-пульмонология. Папка"Кардиология, файл-Врожденные пороки сердца"

11.40

Профилактика инфекционного эндокардита при врожденных пороках.

Групповая работа. См. материалы приложения.

12.00

обед

13.00

пороки сердца- приобретенные

Тур по галерее - самый подходящий метод, так как заставит курсантов работать и двигаться. Задания на 6 групп:

1-е задание: Симптомы, клинические признаки и аускультация сердца; наиболее частые осложнения при митральной недостаточности.

2-е задание: Симптомы, клинические признаки и аускультация сердца; наиболее частые осложнения при митральном стенозе

3- е задание: Симптомы, клинические признаки и аускультация сердца; наиболее частые осложнения при аортальная недостаточности

4-е задание: Симптомы, клинические признаки и аускультация сердца; наиболее частые осложнения при аортальном стенозе.

5-е задание: Методы исследования и профилактика инфекционного эндокардита при приобретенных пороках сердца,

6- лечение: препараты, применяемые при обострениях, включая лечение осложнений.

Можно заранее попросить курсантов подготовться по порокам сердца, учитывая сложность темы, обязательно слушать шумы сердца по программе Ментор+
14.00
тесты
Тема: Врожденные пороки сердца у детей.
А. Стеноз легочной артерии
Б. Транспозиция сосудов
В. Аортальный стеноз
Г. Тетрада Фалло
Д. Открытый артериальный проток
Е. ДМЖП
Для каждого клинического случая выберите наиболее вероятный порок сердца.
1. 6 месячный ребенок страдает от одышки во время кормления, у него повторные инфекции дыхательных путей, плохая прибавка в весе. Во время осмотра - пан-систолический шум и увеличение второго тона.(Е)
2. Ранее здоровый семилетний мальчик, отмечает загрудинную боль во время физической нагрузки, и затем у него отмечаются эпизоды синкопе и головокружения во время ФН. Во время осмотра у него - пульс малого объема и систолический шум изгнания.(В)
3. 5-месячный ребенок доставлен с эпизодами раздраженности, цианоза и потери сознания. На рентгене грудной клетки - дуга аорты справа и бледность легочного рисунка (Б)
4. Однодневный ребенок внезапно посинел и у него признаки сердечной недостаточности. У него нет никаких шумов и пульс хорошего наполнения. (Г)

1. Перечислите симптомы левожелудочковой сердечной недостаточности: одышка, ортопноэ, кашель в горизонтальном положении, пароксизмальная ночная одышка.
2. Перечислите симптомы правожелудочковой сердечной недостаточности : отеки периферические, асцит, боль в правом подреберье, отсутствие аппетита
3. Перечислите, по крайней мере, три препарата для лечения СН: (они могут указать на что-то из групп: ИАПФ, бета-блокаторы, мочегонные препараты, дигоксин, нитраты).
4. Найдите соответствие между клиническими проявлениями и приобретенными пороками сердца:
1. Митральная недостаточность- а, л, з, о
2. Митральный стеноз- б, в, з, л, м, н,
3. Аортальный стеноз - г, ж, л
4. Аортальная недостаточность- д, е, ж, и, л
а) систолический шум на верхушке
б) хлопающий первый тон
в) диастолический шум на верхушке
г) систолический шум во втором межреберье справа
д) диастолический шум в втором межреберье справа
е) покачивание головы в такт пульсу
ж) шум проводится на сонные артерии
з) шум проводится в подмышечную область
и)

14.30
конец занятия

Занятие № 40

Одышка.Бронхиальная астма. Особенности БА у детей. ХОЗЛ.

Список литературы по теме занятия.

1. Энциклопедия клинического обследования больных., глава 8., стр. 229-259,
2. Вашингтонский справочник, стр. 274- БА, стр. 279- ХОЗЛ
3. Терапия, стр. 91-101.
4. Доказательная медицина, стр. 180- исследования функции легких, стр. 191- 202 БА, стр. 206- ХОЗЛ.
5. Мерта, стр. 349- кашель, стр. 406- одышка, стр. 973- БА
6. Мерк, том 1 стр. 407- общий осмотр, стр. 442- БА, стр. 450- ХОЗЛ.
7. 2000 болезней, стр. 70- БА

По окончании занятия каждый студент должен знать:

- Симптомы и признаки бронхиальной астмы
- Основные причины возникновения и обострения бронхиальной астмы
- Шаги лечения хронической астмы и неотложные мероприятия при обострении астмы
- Средства для профилактики и лечения БА
- Методы диагностики БА и ХОЗЛ.
- Принципы лечения и обучения больных с ХОЗЛ
- Каждый студент должен уметь:
- Проводить расспрос и осмотр больных с БА и ХОЗЛ
- Проводить дифференциальную диагностику состояний, схожих с БА и ХОЗЛ
- Проводить пикфлуометрию у больных и интерпретировать ее показатели
- Проводить обучение больных как пользоваться ингалятором.
- Проводить лечение и оценку лечения больных с БА и ХОЗЛ

8.30

Повторение вчерашней темы

Вопросы для горячей картошки:

1. Назовите 3 симптома, чаще всего встречающиеся у людей с врожденными пороками.
Одышка, частые простудные заболевания, сердцебиение, утомляемость.
2. Назовите 3 признака, которые могут быть у лиц с врожденными пороками сердца:
изменение цвета кожи (бледность, цианоз), отставание в росте и весе, шумы в области сердца, изменения АД и пульса.
3. У ребенка выслушивается грубый систолический шум в 3-4 мр слева от грудины. Какой возможный врожденный порок ? - ДМЖП
4. Перечислите 3 фактора, которые могут привести к обострению СН:
    - Самостоятельное прекращение лечения
    - Прием ЛС, ухудшающих течение СН (НПВС, антиаритмические ЛС, антагонисты кальция, бета-блокаторы)
    - Ятрогенные причины: трансфузии большого количества жидкостей
    - Нарушение диеты
    - Алкоголь
    - Беременность
    - Повышение активности
    - Аритмии
    - ОИМ, ишемия
    - Гипотензия
    - Лихорадка и инфекции
    - Анемия.
5. Перечислите 6 обязательных шагов осмотра больных с СН:

- Кожа + осмотр шеи
- АД и пульс
- легкие - перкуссия и аускуль

6. У пациента - громкий 1 тон, диастолический шум на верхушке, проводящийся в подмышечную область. Какой возможный порок ? - МС
7. Если у него же - мерцательная аритмия- назначьте препарат- дигоксин или амиодарон.
8. Назовите 2 группы препаратов, которые продлевают жизнь больным если принимать регулярно в правильной дозе? -ИАПФ и бета-блокаторы.
9. Назовите дозу ингибиторов АПФ, необходимую для улучшения выживаемости? - каптоприл 50мгх3 раза в день, эналоприл 10 мг х 2 раза в день.
10. Назовите 5 симптомов СН:
1. одышка при ФН и в покое,
2. ортопноэ,
3. кашель или прогрессирующая ночная одышка,
4. усталость, утомляемость,
5. абдоминальная боль, вздутие живота,
6. отеки н/к

9.00 (20-30 минут) Клинический случай:
Мужчина 24 лет, обратился с жалобами на выраженный приступ удушья, который впервые возник сегодня среди ночи после его свадебного вечера.
Вопрос: Какой возможный дифференциальный диагноз?
Вопрос. Какие вопросы вы зададите больному, чтобы поставить верный диагноз? Ответ: с чем он связывает приступ удушья? Вдыхание запахов? Прием препаратов (аспирин, НПВС) простуда, чрезмерное физическое усилие, были ли раньше приступы удушья, заболевания легких? Профессия? Наследственность по БА, крапивнице, экземе, сенной лихорадке, отеку Квинке?
Доп. Информация: Он всегда был здоровым, не принимает никаких ЛС, приступ ни с чем не связывает, он возник внезапно, в первую брачную ночь; у его сестры - экзема рук.
Вопрос. Из чего должен состоять осмотр этого больного? (кожа- цианоз, речь, ЧДД, ЧСС, аускультация легких - жужжащие хрипы, сухие или влажные хрипы, температура тела,
Доп. информация. Вы обратили внимание, что при разговоре с вами больной с трудом выговаривает предложение до конца из-за одышки. Его пульс - 104 в минуту, ЧДД 25 в минуту. В легких-жужжащие хрипы в верхних отделах и спереди. У него слегка синюшные губы, нос и подбородок.
Вопрос. Какой метод исследования следует провести этому пациенту? Ответ: Скорее всего, студенты назовут – ренгенологическое исследование легких. Аллергеновые кожные пробы и т.п. Можно также спросить их о лечении - что они обычно используют (эуфиллин и т.п.). Не стоит их поправлять, остановите разбор и вернитесь к нему позже.
На этом вы можете приостановить разбор клинического случая и перейти к разбору БА

Анатомия легких.
На примере рентгенограмм легких покажите курсантам нормальное строение и картину бронхов и легких. Тени сердца, ребер
см. Приложение "Рентгенограммы"
10.00
БА. Особенности БА у детей.
Острая БА. Хроническая БА. Факторы риска (наследственность, вирусные инфекции, аллергия, сезонность,погода, Физ.нагрузка и ЛС). Симптомы по типам приступа - плохо контролируемая (обострившаяся астма у хронических астматиков или умеренный приступ у впервые заболевших), выраженная острая астма, и астма, угрожающая жизни - статус. Диагностика и дифдиагностика (речь, цвет кожи, ЧСС, ЧДД, данные пикфлуометра).

Тактика по каждому типу. Далее - хроническая астма. Лечение по шагам. Прогноз у детей и взрослых (у детей -больше половины к 18 годам излечивается). Шаг вниз и показания для назначения для ГКС.
РР презентация (СД диск, раздел Кардиология _пульмонология, папка "Пульмо", файл "Бронхиальная астма"), источники информации - Мерта 973, Мерк,том 1, стр. 442. Доказ. Медицина. Стр. 180, 191,

Практический навык. 1) Пикфлуометрия. 2) Обучение пациента, как пользоваться ингалятором
Желательно, чтобы два преподавателя проводили эту часть занятия, которые одновременно показывают навык двум подгруппам - это позволит сэкономить время.

10.40
Убедитесь, что КАЖДЫЙ студент УВЕРЕННО выполняет навык. Предоставьте нормальные показатели, от чего они зависят (из учебника Мерта, стр. 1141, Док. медицина, стр. 180, приложение Пикфлуометрия), сколько раз выполняется (три раза), как высчитывается результат (берем максимальный показатель). При каких состояниях снижается показатель. Как интерпретировать результаты? Целью обучения навыка является не автоматическое запоминиание шагов навыка, а знание, как выполняется навык и от чего зависят показатели, с какой частотой и для каких целей проводится тест.

11.30
продолжение разбора клинического случая.
Теперь какой метод диагностики выберут студенты? (пикфлуомерия). У этого пациента ПСВ оказалась 55% от нормы.Диагноз и тактика? Ответ: Острый приступ бронхиальной астмы. Выраженный приступ. Тактика - кислород, бета2 агонисты по требованию, в\в гидрокортизон 200 мг или преднизолон 30-60 мг внутрь. Через 15 минут - 30 минут повторить пикфлуометрию. Если результаты меньше 50% от нормы - в стационар, если состояние улучшилось - мониторинг состояния ч\з 24 часа, дать адекватное лечение. Если возникнет вопрос: почему приступ возник в первую брачную ночь (это реальный случай, у больного приступ возник вследствие острой аллергии на краску для волос у его молодой жены).
Разобрать у доски вместе тактику.
11.50-12.50
обед
12.50(15 минут)
ХОБЛ (эмфизема, хронический бронхит)
1. Определение. 2. Причины возникновения эмфиземы легких и хронического бронхита. Курсанты могут указать на частую связь с курением (более 90%), профессиональные факторы - пыль, уголь, выхлопные газы, перепады температуры, частые простудные заболевания.
Мозговой штурм. Литература: ДМ, стр. 206, Мерк, том 1, стр. 450.
13.15
Клиника ХОБЛ
Основные симптмомы - кашель с мокротой или без, и одышка. Отличия между "розовыми пыхтящими" и "голубыми раздутыми"(см. приложение) Методы диагностики - расспрос, осмотр (цианоз, бочкообразная гр.клетка, барабанные палочки, при аускультации - сухие хрипы, удлинение выдоха), пикфлуометрия. Для подтверждения диагноза - отправка в больницу для рентгена и спирометрии. Лечение в зависимости от степени тяжести и симптомов (кислород, стероидные ингаляторы, бронходилататоры-М-холиноблокаторы, при обострении хр. бронхита - антибиотики, обучение - отказ от курения! - замедляется прогрессирующее снижение ОФВ1.)

Групповое обсуждение
13.40
Обучение больных с ХОБЛ.
Демонстрация. Фрагмент консультации. Обучение больного ХОЗЛ о вреде курения и о преимуществах прекращение курения.
Врач: теперь я хотел бы поговорить с вами о курении. Как я уже говорил вам, длительное курение приводит к развитию вашей болезни и утяжеляет ее течение. Если вы бросите курить, Ваши симптомы: одышка, кашель и чувство нехватки воздуха значительно уменьшатся. Прекращение курения значительно уменьшает симптомы больных: кашель прекращается у 80% больных ХОЗЛ, бросивших курить, при этом в течение первых 4 недель половина всех больных, то есть 50%, хроническим бронхитом отмечают прекращение кашля.
Пациент. Я понимаю Вас, доктор, но мне очень трудно бросить курить - ведь я курю уже 23 года!
Врач: Я согласен с вами, будет нелегко, но самое главное, я хочу чтобы вы поняли - Ваша болезнь не будет прогрессировать так быстро, если вы бросите курить. У всех людей функции легких и бронхов снижаются с возрастом, но у курильщиков они снижаются во много раз быстрее. Если вы прекратите курить, вы замедлите пр
Демонстрация.

Врач. Я вам дам несколько советов, как бросить курить:
Если останется время, на этом месте курсант, играющий роль врача предлагает курсантам дать советы (пусть каждый курсант даст свой совет), а сам будет записывать на доске:
Мы предлагаем свои варианты. Они могут отличаться от тех, что будут даны курсантами. Вы можете их добавить или показать заранее, выписав на флипчарте.
1. Выберите день, когда Вы бросите курить и бросьте курить в тот день. Это лучше чем бросать курить постепенно.
2. Попросите ваших близких и родственников, чтобы они поддерживали Вас, когда вы хотите бросить курить
3. Уберите пепельницы, все сигареты и зажигалки подальше, чтобы не видеть их
4. Продумайте все ситуации, в которых Вас тянет курить, постарайтесь избегать этих ситуаций в течение первых нескольких недель.
5. Пейте больше. Если после кофе и чая Вас тянет покурить, пейте больше воды и соки.
6. Отмечайте на календаре каждый день без сигарет. Если Вас тянет выкурить "хоть одну сигаретку", говорите себе - я продержался стол
7. Говорите всем, что Вы бросили курить. Через некоторое время вы заметите, что вы чувствуете себя лучше, от Вас не пахнет сигаретами, вы снова чувствуете вкус еды и меньше кашляете.
8. Если Вас сильно тянет закурить, положите в рот кусочек апельсина или один леденец.
9. Прекратив курить, Вы не только защищаете свое здоровье, но и здоровье ваших близких, а также - семейный бюджет. (Когда Вам хочется закурить, вместо каждой невыкуренной сигареты, положите эти деньги в копилку, на сэкономленные деньги купите что-нибудь себе через месяц)
10. Если вы все-таки закурили снова, не расстраивайтесь. Подумайте, где Вы допустили ошибку и постарайтесь избежать ее в следующий раз. Будьте сильнее!

14.30
тесты
1. Какие предрасполагающие факторы развития ХОЗЛ вы знаете?
а) наследственная предрасположенность +
б) загрязнение окружающей среды +
в) инфекции дыхательных путей +

г) курение +
д) прием ингибиторов АПФ при НК

2. Найдите соответствие по отношению к бронходилятаторам:

а) интал	1. опасный побочный эффект- гипокалемия(б)
б) сальбутамол	2. Генерическое название - кромолин натрия (а)
в) теофиллин	3. Бета 2 адреностимулятор длительного действия(г)
г) сальмотерол	4. при приеме таблетированной форме нельзя одновременно вводить препарат внутривенно(в)
д) тербуталин	5. разовая доза 10 мг (д)

3. Лечение БА у детей.

А. В/в аминофиллин
Б. Гидрокортизон
В. Тербуталин ингалятор
Г. Преднизолон внутрь
Д. Будесонид ингалятор
Е. Сальбутамол небулайзер
Ж. В/в сальбутамол
З. Интал

Выберите наиболее подходящий препарат в каждом отдельном случае.

1. Для профилактики повторных эпизодов у 10 летнего мальчика с БА средней степени тяжести (д).
2. Для лечения мягкого эпизода у 8 летнего ребенка, у которого сейчас был урок физкультуры (Е).
3. Для лечения 5 летнего ребенка с острым эпизодом и у него затруднена речь и дыхание (А).
4. Для лечения ребенка с очень сильным приступом астмы, у которого лечение небулайзером не дало эффекта (Г).

4. Проведите дифференциальную диагностику бронхиальной и сердечной астмы:

а) быстрое нарастание астмы	1. Бронхиальная астма б, г, д
б) медленное нарастание астмы	2.Сердечная астма а, в, е
в) возникает в покое	
г) возникает при физической нагрузке	
д) чаще сухой кашель	
е) кашель с розовой пенистой мокротой	

5. При приступе бронхиальной астмы развиваются следующие симптомы:
а) нарушение сна из-за кашля и одышки +
б) ощущение давления грудной клетки +
в) кашель +
г) одышка +
д) потливость

6. В период приступа бронхиальная астма характеризуется:
а) свистящими хрипами +
б) экспираторной одышкой +
в) учащением ЧСС +
г) цианозом +
д) учащением дыхания +

7. Для лечения приступа бронхиальной астмы применяют:
а) кромолин натрия
б) сальбутамол +
в) беклометазон
г) теофедрин
д) ипратропиум бромид

8. Для предупреждения приступа бронхиальной астмы применяют:
а) бета-2 агонисты короткого действия
б) интал +
в) бета-2 агонисты длительного действия +
г) глюкокортикостероиды стандартные дозы +
д) ипратропиум бромид +
9. Какие из следующих препаратов эффективны при длительном лечении больного хроническим бронхитом?
А) ингаляционные бета 2 агонисты
Б) ингаляционный ипратропиум бромид +
В) ингаляционные кортикостероиды
Г) преднизолон внутрь
Д) А, Б и В считаются одинаково эффективными
10. Какие утверждения относительно прекращения курения больных ХОЗЛ верны:
а) прекращение курения значительно уменьшает симптомы больных
б) кашель прекращается у 80% больных ХОЗЛ, бросивших курить
в) кашель прекращается у 50% больных ХОЗЛ в течение 4 недель
г) все верно +
д) нет верного ответа
11. Отметьте фактор (ы) возникновения ХОЗЛ
а) курение+
б) атопия +
в) повышенный уровень иммуноглобулина Е +
г) гипер реактивность бронхов +
д) наследственность +
проверочные вопросы
1. Перечислите 4 симптома характерных для БА: одышка, кашель, сердцебиение, чувство сжатия в грудной клетке.
2. Перечислите шаги осмотра больных БА: цвет кожи, ЧДД, ЧСС, аускультация легких и сердца.
3. Назовите 4 фактора риска ХОЗЛ: курение, загрязнение окружающей среды наследственность, профессия, частые простудные заболевания ДП
4. Назовите 2 препарата для профилактики БА: бета2 агонисты длительного действия, интал, теофиллин, стероиды ингаляционные
5. Назовите 2 препарата для лечения обострения БА : бета2 агонисты короткого действия, стероиды в\в или внутрь
Дайте задание на дом подготовить лифлеты или буклеты для больных с БА и ХОЗЛ по тем материалам, которые были пройдены сегодня: Как распознать симптомы, обучение, что такое пикфлуометрия, как пользоваться ингалятором. Для чего нужен ингалятор и т.п. Это поможет закрепить полученные знания. Вместо буклетов они могут разработать алгоритмы ведения больных с БА и ХОЗЛ в условиях СВП.

15.25
конец занятия.

Занятие № 41

Кашель. Длительный, затяжной кашель. Отделение мокроты. Дифдиагностика инфекций ДП - бронхит, пневмония, БЭБ, (БА), абсцесс легких.

По окончании занятия каждый студент должен знать:
1. 5 причин длительного кашля у взрослых и детей
2. 5 наиболее частых состояния, сопровождающихся отхождением мокроты

3. Характерные симптомы острой бактериальной пневмонии
4. Особенности расспроса и осмотра больных с кашлем
5. Основные препараты, использующиеся при лечении пневмоний, бронхитов , БЭБ и абсцессов.

6. Тактику ВОП при ведении больных с длительным кашлем
Каждый студент должен уметь:
1. Проводить расспрос и осмотр больных с кашлем и отхождением мокроты
2. Проводить дифдиагностику причин
3. Проводить лечение и профилактику
4. Проводить обучение больных с длительным кашлем

8.30
повторение вчерашней темы
Задание на умение интерпретировать показатели пикфлуометрии. Работа в паре. Курсантов разделить по парам. Размножить шкалу интерпретации пикфлуометрии (Мерта, стр. 1141) и раздать каждой паре курсантов. По этой шкале они будут определять состояние и свои дальнейшие мероприятия.
Задание для первой пары:
Мужчина 46 лет, Его рост 168. Пиковая скорость выдоха (ПСВ) -380л\минуту.
Задание для 2-й пары:
Женщина, 34 года, рост 165- ПСВ 470л\мин.
Задание для 3-й пары:
Мужчина , 62 лет, рост 172 см, ПСВ- 430 л\мин
Задание для4-й пары:
Мужчина, 57 лет, рост 170 см, ПСВ-400 л\мин
Задание для 5-й пары:
Женщина, 26 лет, рост 170, ПСВ-440 л\мин
Задание для 6-й пары:
Женщина 63 года, рост 172 см, ПСВ-220 л\мин
Задание для 7- й пары:
Женщина 38 лет, рост 162 см, ПСВ -500 л\мин
1-й больной. Это 63% от нормы. Его норма- 610л\мин
2-я пациентка. 96% от нормы (485 л\минут)
3-й пациент. 74% от нормы (580 л\мин)
4-й пациент. 68% от нормы(590л\мин)
5-я пациентка 90% от нормы (485)
6- я пациентка 49% от нормы(450л\мин)
7-я пациентка 100%.

8.50
Клинический случай
55-летний мужчина обратился к вам для того, чтобы его осмотрели, так как он кашляет долгое время. Он говорит, что кашляет последние 10 лет.
Вопрос 1. Какой возможный дифференциальный диагноз?
Доп. Информация: Кашель стал беспокоить его в последние время. Кашель с мокротой, которая большей частью слизистая, иногда - гнойная.
Вопрос 2. Какие вопросы вы зададите пациенту, чтобы поставить верный диагноз?
Доп.информация. Он курил в течение 35 лет по 2 пачки в день. Вот уже 2 года прошло, как он бросил курить. У него бывает одышка.

Вопрос 3. На что следует обратить внимание во время осмотра?

Доп.информация. АД 160/85 ммртст, Пульс - 96 уд. в минуту. Его ИМТ- 34, он весит 108 кг. Во время разговора слышны жужжащие хрипы из его грудной клетки. Во время аускультации слышны различные хрипы над всей поверхностью обоих легких
Вопрос 4. Ваше заключение об этом больном? Какие 2 заболевания должны быть исключены? (БА и ХОЗЛ). Какие исследования необходимы, чтобы поставить диагноз? (Пикфлуометрия, рентген)

Пикфлуометрия - 75% от нормальных показателей. Рентген - уплотнение стенки бронхов. Усиление легочного рисунка в обоих нижних долях.

Вопрос.5. Ваше заключение?
Ответ.Причина длительного кашля - ХОЗЛ (хронический бронхит). Ваша тактика? - пусть вспомнят вчерашнее занятие: обучение больного, похвалить, что бросил курить, объяснить, что это значительно облегчит его симптомы. Лечение заключается в оксигенотерапии, бронходилататоры, при обострении хр.бронхита - антибиотики, отхаркивающие средства, постуральный дренаж.

9.30
Кашель. Длительный, затяжной (рецидивирующий) кашель.
Дифдиагностика причин длительного затяжного кашля. Сначала дайте определение длительного затяжного кашля (продолжающийся более 4-8 недель). После того, как курсанты самостоятельно попытаются дать ответ, соберите группу вместе и обсудите причины длительного и рецидивирующего кашля (см. Доказательная медицина, стр. 185), (БА, ХОЗЛ, ТВС, синусит, саркоидоз, ЛСМ (ИАПФ, бета-блокаторы, нитрофурановые препараты), плеврит, рак легкого и и СН.). Как проводить расспрос (давность кашля, связь с инфекцией, курением, заболеваниями сердца, почек, приемом ЛС, лихорадка? Профессия, есть ли кровь, мокрота т.д.), осмотр (температура тела, кожа - цвет, пульс и ЧДД. Дополнительные методы исследования. Убедитесь, что курсанты уверенно могут расспросить больного о кашле и знают, как проводить осмотр.
Вариант 1. Горячая картошка. Мозговой штурм. Ручка на середине стола и т.п.
Вариант 2
Доску разделить на несколько частей, и вначале курсанты перечисляют наиболее частые причины затяжного кашля (БА, ТВ, рак, ХОЗЛ и т.д.). Далее они будут перечислять наиболее характерные симптомы (см. табл.), далее - признаки, характерные уже для каждой причины. Таким образом, они создадут таблицу дифдиагностики. Далее можно внести в нее и особенности лечения.
Этот раздел можно представить также в виде работы курсантов группой.

Причины затяжного кашля.
Астма
ТВ
Рак
Одышка, ухудшающаяся по утрам и т.д.
Потливость, похудание и т.д.
Кровохарканье, похудание и т.д.

10.10
Кашель с мокротой. Особенности расспроса и осмотра больных с кашлем и мокротой.
Преподаватель накануне подготавливает 2 курсантов к демонстрации. Один играет роль больного. Второй - роль врача. Группа должна оценить и затем обсудить особенности расспроса и осмотра больных с кашлем и мокротой.

демонстрация .
10.50
Дифференциальная диагностика пневмоний
Внебольничная и больничная пневмонии. Анаэробная пневмония.
Презентация PP (СД диск, Раздел Кардиология - Пульмонология, папка Пульмонология, файл" Пневмонии")
11.20
Лечение внебольничных пневмоний
Лечение внебольничных пневмоний в случае известной или неизвестной этиологии, (антибиотики), показания для отправки в больницу и на консультацию. Реабилитация.
Групповая работа
11.50- 12.50обед

12.50
Отделение мокроты. БЭБ, абсцесс легких.
Индивидуальный доклад одного из студентов. Заранее за 2-3 дня попросите студентаподготовить небольшой доклад на тему. Источники литературы указаны в списке литературы.

13.25
Практика. Осмотр больных в поликлинике. Отработка навыков по сбору анамнеза, консультированию тематических больных.
Необходимо:
2 конверта с карточками
2 группы курсантов.
2 флипчарта или доска
Работа в малых группах

2 фломастера.
Поделите студентов на 2 малые группы. Каждой группе даете одинаковые конверты с вложенными карточками. Задание: отобрать из карточек те, которые, по их мнению, соответствуют клинике бактериальных пневмоний и отдельно - те которые соответствуют картине острых бронхитов или нагноительных заболеваний -БЭБ и абсцессов. Сюда входят как симптомы, так и признаки во время осмотра. Каждой группе также дают по флипчарту и фломастеру. Если нет флипчартов - используйте доску. Доску делят на 2 части Время ограничено - поэтому группа должна работать быстро и слаженно. Кто-то отбирает карточки, кто-то сверяется с книгой, кто-то выписывает симптомы на доске или флипчарте. Затем - разбор и обсуждение.
Примеры карточек:
1. лихорадка постоянная
2. ознобы
3. боль в грудной клетке, связанная с дыханием
4. гнойная мокрота
5. одышка
6. внезапное начало
7. тахикардия
8. хронический кашель
9. кровохарканье
10. похудание
11. анемия
12. барабанные палочки
13. мокрота полным ртом

14. мокрота по утрам
15. трехслойная при стоянии
16. зловонная мокрота
17. ржавая мокрота
18. крепитация
19. влажные хрипы
20. притупление легочного звука
21. амфорическое дыхание
22. цианоз
23. непродуктивный кашель
24. сухие грубые хрипы, исчезающие или уменьшающиеся после откашливания
25. умеренная лихорадка
26. слабость.

14.30
тесты и проверочные вопросы.
1.Назовите 5 причин длительного кашля у взрослых и детей
2.Назовите 5 наиболее частых состояния, сопровождающихся отхождением мокроты
3. Перечислите 5 характерных симптомов острой бактериальной пневмонии
4. Перечислите 5 характерных признаков острой бактериальной пневмонии
4. Назовите основные препараты, использующиеся при лечении пневмоний
5. Назовите основные препараты, использующиеся при лечении обострений БЭБ

1.Верно ли, что при бронхоэктазах:
а) характерны обратимые локальные расширения бронхов
б) периодический кашель, в основном по ночам
в) обильная мокрота полным ртом+
г) влажные хрипы над нижними отделами легких+
д) в анамнезе - может быть перенесенный коклюш+
2. Отметьте симптомы острой пневмонии:
а) одышка+
б) лихорадка+
в) кашель+
г) боль в грудной клетке+
д) ознобы+
3. Для крупозной пневмонии характерны:
а) двусторонний процесс +
б) острое начало без предшествующего ОРВИ +
в) одышка +
г) сухие хрипы с обеих сторон
д) поражение доли легкого +
4. Во время аускультации при бронхоэктатической болезни выслушиваются:
а) сухие хрипы
б) амфорическое дыхание
в) влажные мелкопузырчатые хрипы
г) отсутствие хрипов
д) влажные хрипы с постоянной локализацией +

5. В случае одышки
а) при бронхиальной астме - симптоматически поможет диазепам
б) при пневмотораксе - до лечения провести рентгенографию грудной клетки+
в) необходимо проверить функцию щитовидной железы+

г) при инородном теле - сделать прием Геймлиха+
д) врач должен думать только о заболеваниях легких
6. . В момент осмотра больного вы обнаружили аускультативно в средних отделах легких справа ослабление везикулярного дыхания, крепитацию и усиленную бронхофонию. О каком состоянии или диагнозе вы подумаете?
а) крупозная пневмония
б) синдром средней доли +
в) хронический бронхит
г) бронхиальная астма
д) бронхоэктатическая болезнь
7. Следующие заболевания сопровождаются кашлем с отхождением гнойной мокроты:
а) туберкулез+
б) гайморит+
в) прием ингибиторов АПФ
г) рак легкого+
д) хр.бронхит.+

15.00-15.25
Обсуждение новой темы

Занятие № 42

Кашель Симптомы: кашель, стридор, особенности у детей. СД (тонзиллит, фарингит, ларингит, синусит, ринит), бронхиолит, (бронхит, пневмония, ИТ в ДП), коклюш.

Список литературы по теме занятия.
1. Энциклопедия клинического обследования больных., стр.156,
2 Доказательная медицина, стр. 228, 1180-1184
3. Мерта, стр. 355
4. 2000 болезней, стр. 167, 389.
5. Руководство по инфекционным болезням у детей, стр. 579

По окончании занятия каждый курсант должен знать:

- Наиболее частые состояния, протекающие со стридором: заболевания и повреждения гортани и надгортанника: эпиглотит, острый ларингит, ИТ, дифтерия, ожоги и травмы.
- Основные симптомы, клинические признаки и дифдиагностику бронхиолита и коклюша
- Тактику врача общей практики при симптомах кашля и стридора

Каждый врач должен уметь:

- Проводить дифференциальный диагноз состояний, протекающих со стридором.
- Оказывать помощь больным со стридором, ИТ в ДП
- Проводить неотложное и длительное лечение больных с кашлем и стридором.

8.30 (15 минут) Повторение вчерашней темы: причины одышки.
Варианты:
А. Анемия
Б. Клапанные пороки сердца
В. БА
Г. Ателектаз
Д. Атипичная пневмония.
Е. Бронхиальная карцинома
Ж. Острый отек легких
З. ТЭЛА
И. Обострение хронического бронхита
К. Метастатическая карцинома

Для каждого пациента ниже выберите ЕДИНСТВЕННЫЙ наиболее вероятный диагноз из списка представленного выше. Каждый вариант может быть использован один раз, более одного раза или не использоваться вообще.
1. 33-летний стюард с анамнезом лихорадки, сухого кашля и одышки в течение 1 недели. Во время осмотра - у него учащено дыхание. При аускультации легких - без патологии. (ответ: Д)
2. 65-летний мужчина с анамнезом хронического продуктивного кашля обратился к вам с жалобами на одышку и сонливость. (ответ: И)
3. 60-летняя женщина с жалобами на одышку. Во время осмотра вы выявили у нее плотное образование в левой груди и отсутствие дыхания в нижних отделах правого легкого. Вы отправили ее на рентген - и выявили выпот в плевру слева. (К)
4. 50-летний мужчина, находящийся в отделении кардиологии, проснулся с одышкой и пенистой мокротой. Неделю назад его госпитализировали с диагнозом ОИМ. Во время осмотра у него цианоз и одышка. При аускультации легких - крепитация. (Ж)
5. 40 летний мужчина предъявляет жалобы на кашель и одышку. На рентгене - диффузное уплотнение (консолидация) в правой нижней доле. Ему назначили в\в аугментин (амоксиклав), но несмотря на это лихорадка сохраняется. На повторной рентгенограмме - расширение затемнения. (Д).
2. К вам доставили 6 летнего мальчика с сильным приступом БА. 3 дня назад у него была респираторная инфекция, а 24 часа назад появились сухие жужжащие хрипы Впервые БА у него развилась в возрасте 2 лет и с тех пор обостряется 1 раз в мес. Родители не дают ему никаких лекарств.
Во время осмотра у него выраженный респираторный дистресс. ЧД- 48 в минуту, вспомогательные мышцы участвуют в дыхании. Сухие жужжащие хрипы слышны над всей поверхностью легких.
Вопрос 1. Какое лечение является лечением первого выбора?
А) в\в интал
Б) в\в стероиды
В) бета2 агонисты в небцлайзере +\- ипратропия бромид
Г) увлажненный килород
Д) б, в, и г +
Вопрос 2. Мальчику стало легче. Вы узнали, что его атаки обусловлены аллергией и хотите назначить профилактическое лечение. Какие препараты вы отнесете к профилактическим для этого мальчика?
А) ингаляционно бета 2 агонисты
Б) теофиллин внутрь
В) ингаляционно стероиды
Г) кромолин (интал) ингаляционно +
Д) внутрь стероиды
8.45 (20 минут) Клинический случай.
Сегодня Вас вызвали ночью к ребенку. Девочка 18 мес. 2 дня назад у нее была инфекция верхних дыхательных путей и сегодня вчером у нее появился сильнейший лающий кашель и затрудненное дыхание.
Дифференциальный диагноз? - круп, эпиглотит, бронхиолит, пневмония
На что следует обратить внимание при осмотре? Есть ли одышка, симптомы дыхательной недостаточности. Аускультация легких и сердца.
Во время осмотра девочка кашляет. ЧДД-40 в минуту. У нее затруднено дыхание. При аускультации - хриплое дыхание с локализацией в верхних ДП. Имеетя раздувание крыльев носа и втяжение надгрудинной ямки и межреберных промежутков.Температура тела 38,5С
Обсуждение

Обратите внимание курсантов на признаки, обнаруженные во время осмотра: 1) раздувание крыльев носа, которые встречаются при дыхательной недостаточности у детей и говорят о серьезной проблеме дыхательных путей. Наиболее часто встречается при бронхиолите, выраженной пневмонии и ларингитах, дыхательной недостаточности. Обязательно ищите этот признак у ребенка с одышкой. 2) втяжение податливых частей грудной клетки во время вдоха также говорит о респираторном дисстрессе. 3) Частота дыхания. Приведите таблицу ИВБДВ по возрастной норме ЧДД. Для ребенка 18 месяцев ЧДД - является показателем учащенного дыхания.

Возможный диагноз?
А)Вирусная пневмония
Б)Острый эпиглотит
В)Бронхиолит
Г)Круп(острый ларинготрахеобронхит)+
Д)Бактериальная пневмония
Ваша тактика? Учитывая вирусную этиологию, антибиотики не назначают. Но у девочки респираторный дистресс - ей необходимо лечение. Для этого необходимо дать увлажненный кислород, ингаляционные стероиды и ингаляционно эпинефрин (адреналин). Если курсанты не знают, как можно проводить ингаляцию эпинефрином, опишите им методику: к 2-3 мл эпинефрина добавить 5-10 мл физраствора (набрать в шприц) и выпустить в емкость ингалятора. Трубку для ингалятора поднести к губам больного и включить ингалятор. Повторять каждые 4-6 часов.
8.55(30-45 минут)
Симптомы: кашель, стридор, особенности у детей. СД (тонзиллит, фарингит, ларингит, синусит, ринит)
Дифдиагностика состояний протекающих с кашлем и стридором: заболевания ВДП, ротоглотки. Симптомы и клинические признаки.
презентация РР (СД диск, раздел "Кардиология -Пульмонология" папка "пульмо", файл"Стридор").
9.40 (40 минут)
Бронхиолит (дифдиагностика с бронхитом и пневмонией, ИТ в ДП)
Задание для 1-й группы проведите дифдиагностику симптомов при бронхиолите и пневмониях.Задание для второй группы: проведите дифдиагностику клинических признаков при бронхиолите и пневмониях и ИТ (особо подчеркнуть симптомы бронхиолита: лихорадка, втяжение грудной клетки, раздувание крыльев носа, цианоз, одышка, общее тяжелое состояние), задание для 3-й группы: разобрать особенности лечения - какие антибиотики, симптоматическое лечение и показания для госпитализации. 10 минут на подготовку каждой группе и 30 минут - разбор.
Работа в малых группах
10.20 Практика
Необходимо пригласить 2-3 детей из поликлиники, чтобы студенты могли попрактиковаться, как проводить осмотр детей с длительным кашлем (обязательно - исключить заболевания пазух, уха, горла, бронхов и легких). Поэтому осмотр должен включать - отоскопию, риноскопию, пальпацию лимфузлов, осмотр горла и аускульатцию легких.подсчет числа дыханий, ЧСС. Пусть покажут, как они умеют проводить перкуссию, определение голосового дрожания, аускульатцию легких.
Методика осмотра детей с подозрением на инфекции ВДП и НДП должна быть доведена до автоматизма - студенты без напоминаний должны осматривать детей по протоколу обследования. Можно выписать протокол обследования на отдельный плакат и повесить в комнате, чтобы они могли регулярно повторять его.
11.50обед
12.50 -Коклюш

Коклюш - инфекционное заболеваниение, протекающее с длительным кашлем. Особенности (Репризы). Вакцинация - АКДС. Лечение- эритромицин у больных и невакцинированных. Если в семье есть ребенок младше 6 мес, все члены семьи должны получать АБ. Разобрать показания для АБ при длительном кашле у детей (изменение аускультативной картины - пневмония, если есть синусит, сред.отит, микоплазменная инфекция в семье). Какие антибиотики обычно используются при бронхитах, бронхиолитах, коклюше и т.п.
Индивидуальный доклад. Заранее попросите кого-нибудь из курсантов подготовить доклад на эту тему. Литература: Инфекционные болезни у детей(Учайкин)стр. 579
13.30 Практика Повторить навык: пикфлуометрия и обучение больных, как пользоваться ингалятором.
14.30 Тесты
Диагноз респираторных инфекций у детей.
А. Бронхиолит
Б. Круп
В. Астма
Г. Муковисцидоз
Д. Эпиглотит
Е.Хламидийная инфекция
Ж. Пневмония
З. Аллергический ринит
И. Грипп
К. Ретростернальный абсцесс
Л. Гонорейная инфекция.
Для каждого пациента ниже выберите ОДИН наиболее подходящий диагноз из списка, представленного выше.
1. 2-х летний мальчик с кашлем и сухими хрипами. Другие члены семьи также больны инфекцией верхних дыхательных путей. При осмотре - у него раздуваются крылья носа и слышны сухие хрипы. (А)
2. 10-летний мальчик страдает длительным кашлем. На рентгене грудной клетки-бронхоэктазы. У него также стеаторея.(Г)
3. 4-летний ребенок с высокой лихорадкой и стридорозным дыханием. Он сидит наклонившись вперед и у него слюнотечение (Д).
4. У 2-х летнего малыша кашель и гнойный конъюнктивит. Во время осмотра у нет лихорадки и выслушиваются диффузные влажные хрипы в легких.(Е)
5. У 2-летнего мальчика в течение 3 дней шумное дыхание при вдохе и лающий кашель по ночам. У него умеренная лихорадка и ох
проверочные вопросы
1. Перечислите наиболее частые состояния, протекающие со стридором: заболевания и повреждения гортани и надгортанника: эпиглотит, острый ларингит, ИТ дифтерия, ожоги и травмы.
2. Основные симптомы бронхиолита:
3. Перечислите основные клинические признаки бронхиолита: лихорадка, втяжение грудной клетки ,раздувание крыльев носа, цианоз, одышка, общее тяжелое состояние
4. Тактику врача общей практики при симптомах кашля и стридора заключается в 3 шагах: оценить общее состояние ребенка(есть ли необходимость в интубации трахеи, насколько выражена ДН), по возможности выявить причину и устранить ее, начать терапию осложнений.
5. 3 обязательных терапевтических мероприятия, которые ВОП должен провести:
1) обеспечить введение кислорода
2) ингаляционно бронходилататоры
3) стероиды в\в.

15.00-15.25
Обсуждение новой темы

Занятие № 43

Кровохарканье.Диагностика различных состояний, сопровождающихся кашлем и кровохарканьем.Плеврит. Рак легкого, ТЭЛА. Отек легкого (ИТ в ДП)

Список литературы по теме занятия.
1. Вашингтонский справочник, стр. 291, 296 (плеврит)
2. Доказательная медицина, стр. 216, 225- рак легкого, 215- плевриты, 227- ИТ
3. Мерта, стр. 322-358
4. Мерк, том 1 стр. 493-плевриты, 498- рак легкого, 460-ТЭЛА
5. 2000 болезней, стр. 732- рак легкого, 931- ТЭЛА, 604- отек легкого, 683- плеврит, 933- туберкулез.
6. энциклопедия клинического обследования больных, стр. 72, таблица 2-5.

По окончании занятия каждый студент должен знать:
дифференциальный диагноз состояний, сопровождающихся кровохарканьем

- Особенности сбора анамнеза и осмотра больных с кровохарканьем
- наиболее частых причин выпота в плевру
- Отличия между плевритами и отеком легкого
- Тактику ВОП при ведении больных с кровохарканьем.

Каждый студент должен уметь:

- Проводить расспрос и сбор анамнеза у больных с кровохарканьем
- Провести дифдиагноз причин плевритов, отека легких и кровохарканья.
- Оказать неотложную помощь больным

8.30 повторение вчерашней темы
1. При оценке дыхания у больного вы отмечаете, что:
а) увеличение продолжительности выдоха является признаком бронхоспазма +
б) частота дыхания более 25 в минуту у пациента, который не может выговорить фразу до конца из-за одышки, говорит о приступе бронхиальной астмы+
в) втяжение нижней части грудной клетки у младенцев при вдохе - это возрастная норма
г) стридор наиболее часто обусловлен обструкцией дыхательных путей на уровне трахеи или гортани+
д) острое смещение трахеи от срединной линии говорит в первую очередь о пневмотораксе+
2. Для бронхиолита характерно:
а) общее тяжелое состояние +
б) отсутствие кашля
в) частота дыханий достигает 60 в 1 мин +
г) коробочный оттенок перкуторного звука
д) крылья носа раздуваются при дыхании +
3. При бронхиолите назначают:
а) увлажненный кислород +
б) инфузионную терапию
в) преднизолон +
г) эуфиллин
д) гепарин

4. Отметьте верные утверждения о бронхиолите:
А) встречается только у детей до 2 лет
Б) встречается как у детей, так и у взрослых +
В) часто острое выраженное заболевание +

Г) изменения в легких по типу обструкции +
Д) все неверно
5. Коклюш
а) является острой вирусной инфекцией
б) вызывается бактерией +
в) никогда не развивается у привитых
г) характеризуется длительным кашлем +
д) может привести к развитию бронхоэктазов.+
6. В клинике коклюша наиболее характерными являются:
а) репризы +
б) периоды апноэ +
в) высовывание языка во время кашля +
г) цианоз в момент кашля +
д) отхождение большого количества жидкой мокроты

5-летний ребенок был доставлен к вам матерью. Мать говорит, что в течение 24 часов ребенок странно говорит и у него повышено слюноотделение. У него нет аппетита и он не пьет.
Вопрос1. Основываясь на данных анамнеза, какой наиболее вероятный диагноз?
А) вирусная пневмония
Б) острый эпиглотит+
В) Бронхиолит
Г) круп
Д) бактериальная пневмония
Вопрос 2. Какое лечение наиболее подходит к пациенту, описанному выше?
А) в/в ампициллин
Б) внутрь ампициллин
В) в/в или в/м цефтриаксон
Г) в/в ципрофлоксацин
Д) внутрь ципрофлоксацин
Вопрос 3. какой возбудитель чаще всего вызывает состояние описанное у пациента?
А) возбудитель парагрипп
Б) респираторно- синтициальный вирус
В) возбудитель гриппа +
Г) риновирус
Д) пневмококк
8.50 (30 минут)клинический случай.
21 летний мужчина обратился к вам с жалобами на повышением температуры с ознобами, периодическим кровохарканьем и хроническим продуктивным кашлем. В анамнезе у него неоднократные пневмонии.
Вопрос1. Возможный дифференциальный диагноз?
Во-первых, курсанты могут провести дифдиагноз состояний сопровождающихся кашлем и мокротой, второе направление -кашель+ кровохарканье. Сюда можно отнести ТБ и другие инфекции ДП, рак, БЭБ, заболевание ССС (пороки, ТЭЛА, инфаркт легкого, БА.
Вопрос 2. Какая дополнительная информация о больном поможет вам поставить диагноз?

Ответ: Анамнез данного заболевания, характер кашля, мокроты, лихорадки, есть ли заболевания сердца, был ли контакт с больными туберкулезом, наследственность по раку легкого, курение, симптомы: похудание, потливость, одышка, боль в грудной клетке и много других вопросов.
Доп. Информация. Пациент кашляет с детства после перенесенной инфекции. Часто получает антибиотики (пенициллин). За последний месяц у него уже 5 раз поднималась

температура. Мокрота отходит преимущественно в утренние часы, она зловонная, желто-зеленая. Болей в грудной клетке нет. Он не похудел сильно, но отмечает сильный аппетит. Он курил в течение 6 лет (начал в возрасте 11 лет). Сейчас не курит. В семье нет больных туберкулезом или раком.

На что необходимо обратить внимание при осмотре? (Вес, цвет кожи, ногтей, ЧД, ЧСС, аускультация легких, лимфузлы, осмотр сердца, АД)
Доп. Информация: При осмотре: больной высокий, худощавый. Цианоз ногтей , барабанные палочки на больших пальцев ног . Температура тела- 38,8С. л\у увеличены - подчелюстные. ЧДД - 26. ЧСС- 120. В легких - аускультативно - влажные хрипы у корней легких и в нижних отделах с обоих сторон. Голосовое дрожание ослаблено, проводится симметрично.Тоны сердца регулярные, тахикардия.
Дифференциальный диагноз? Пневмония. Хр. бронхит. БЭБ. ТВ. Абсцесс
Какой метод исследования поможет вам поставить диагноз? - рентген легких.
Ваша тактика? Учитывая состояние больного, ему следует назначить антибиотики и тщательно обследовать, чтобы выявить причину кровохарканья. В план обследования входят: ОАК, рентген, проба Манту, анализ мокроты и посев. Консультация специалиста.
9.20 (40 минут) Диагностика различных состояний, сопровождающихся кашлем и кровохарканьем.
Дать определение кровохарканью. Затем попросить курсантов перечислить все возможные причины кровохарканья (курсанты могут перечислить (инфекции - ТБ, БЭБ, абсцесс, пневмонии, острый бронхит, опухоли, заболевания ССС - ТЭЛА, аневризма аорты, пороки сердца и сосудов, травмы, ЛС (антикоагулянты), ИТ, васкулиты, ятрогенные - катетеризация, операция.
мозговой штурм

можно попросить курсантов разобрать это задание, как они разбирали задание с затяжным кашлем. Причин и симптомов может быть значительно больше.
кашель +кровохарканье
острая пневмония
ТВ
Рак легкого
ТЭЛА
острое начало
контакт,
асбестоз, курение
КОКи, операции на тазовых органах, тромбоз глубоких вен
высокая лихорадка
длительная лихорадка
похудание
внезапная одышка +цианоз
10.00 (30 минут)практика
На что должен быть ориентирован врач при см кровохарканья у его пациента?
Особенности расспроса и осмотра. (есть ли лихорадка, похудание, потивость, признаки ТБ или рака, ТЭЛА и т.п.). При расспросе больных с кровохарканьем врач должен задать следующие вопросы: 1. начало симптомов и является ли это повторным ?
2. уверен ли пациент, что это кровохарканье, а не рвота кровью?
3. Опишите цвет, консистенцию и характер мокроты
4. Сопутствующие симптомы: похудание, усталость, персистирующий кашель, одышка, сухие хрипы, лихорадка, потливость по ночам, множественные синяки, гематурия.
5. была ли недавно инфекция легких
6. анамнез прошлый: заболевания легких, сердца, крови

7. контакт с туберкулезными больными, или перенесенный в прошлом туберкулез
8. курение
9. травма грудной клетки
10. прием антикоагулянтов
11. наследственность по заболеваниям сердца, кровохарканью, болезням крови
12. последняя дата рентгена легких и пробы Манту.

выпишите на доске вопросы для сбора анамнеза и пункты сомотра. Разберите совместно со студентами у доски.

10.30 Плеврит.

все наиболее частые причины выпота в плевру. Симптомы и клинические признаки. Тактика ВОП.

Презентация РР (СД диск, раздел Кардиология- Пульмо. Папка "Пульмо"файл "Плевриты")

11.00 Тактика ВОП при плевритах.

Лечение в зависимости от причины. Сотрудничество со специалистами и показания для госпитализации.

ВС. Стр. 296., ДМ. Стр. 215, Мерк, том 1 стр. 493, 2000 болезней стр. 683

11.50 обед

12.50 Рак легкого.

1. Рак легкого. Группа риска - курильщики, с асбестозом, силикозами, излучение в анамнезе. Как заподозрить (кашель, кровохарканье, рецидивирующие пневмонии, похудание и общее состояние резко ухудшается, профессия - работа с асбестом, мышьяком, рентгенологи, кто работает с радоном). Клиническая картина. Диагностика - рентген. Профилактика (не курить с молодости и много). Паллиативное лечение.

Индивидуальный доклад

13.20

ТЭЛА. Отек легкого (ИТ в ДП)

2. ТЭЛА. симптомы и факторы риска - заболевания сосудов, длительные поездки, сидя в самолете и машине, прием КОК, курение, травмы крупных костей - бедро, таз, операции и длительный постельный режим, анеризма желудочков и МА). Тактика лечения - антикоагулянты, кислородотерапия. 3. Отек лекгого - СН, шоковое состояние, Гипертонические кризы.) - ржавая мокрота, изменения сос тороны сердца. Дифдиагноз. Тактика - мочегонные, пеногасители, кислород.

групповое обсуждение

14.00

Прием больных в поликлинике, обслуживание вызывов. Контрольные тесты.

1. Перечислите состояния, сопровождающиеся кровохарканьем: инфекции (бронхит, пневмония, абсцесс, БЭБ, туберкулез); опухоли: рак легкого, заболевания ССС: ТЭЛА, инфаркт легкого, пороки сердца, ОЛЖН, аневризма аорты, травмы, ИТ, васкулиты, лечение антикоагулянтами.
2. Какие 10 вопросов необходимо задать больным с кровохарканьем?

1. начало симптомов и является ли это повторным
2. уверен ли пациент, что это кровохарканье, а не рвота кровью?
3. Опишите цвет, консистенцию и характер мокроты
4. Сопутствующие симптомы: похудание, усталость, персистирующий кашель, одышка, сухие хрипы, лихорадка, потливость по ночам, множественные синяки, гематурия.
5. была ли недавно инфекция легких
6. анамнез прошлый: заболевания легких, сердца, крови
7. контакт с туберкулезными больными, или перенесенный в прошлом туберкулез
8. курение
9. травма грудной клетки
10. прием антикоагулянтов

11. наследственность по заболеваниям сердца, кровохарканью, болезням крови
12. последняя дата рентгена легких и пробы Манту.
13.перечислите симптомы и признаки плеврита:
? одышка
? боль в боку
? кашель
? шум трения плевры
? притупление перкуторного звука

15.00-15.25
Обсуждение новой темы

Занятие № 44

Тема: Введение в курс ИВБДВ. Оценка общих признаков опасности. Оценка и классифицирование кашля.

Знает цель и задачи курса созданной ВОЗ и ЮНИСЕФ программы ИВБДВ. Определяет возрастные группы. От 1мес. нед. до 2х мес. От 2х мес. до 5-ти лет. Определяет, есть ли общие признаки опасности:

ВОЗ и ЮНИСЕФ использовали современные данные для описания ведения таких заболеваний, как пневмония, диарея, нарушение питания и анемия в комплекте интегрированных рекомендаций по каждой нозологии. Сбор жалоб:

Может ли ребенок пить или сосать грудь? Есть ли рвота после любой пищи или питья?

Были ли у ребенка судороги?

• Осмотр:

- ребенок летаргичен или без сознания.

• Умеет классифицировать данное заболевание и грамотно заполнять формы записи.
Студент, претендующий на отличную оценку должен уметь и знать, как:

• Оценить ребенка с кашлем и затрудненным дыханием.

• Сосчитать число дыханий в минуту.

-Если ребенку от 2 мес. до 12 мес. учащенное дыхание 50 дыханий в минуту и более.

-Если ребенку от 12 мес. до 5 лет 40 дыханий в минуту и более.

• Определить втяжение грудной клетки. Определить и послушать есть ли стридор.

• Знает определение диареи:

Диарея - это жидкий стул, содержание воды в котором больше чем обычно.

Осмотр:

• общее состояние ребенка: летаргичен или без сознания; беспокоен или болезненно раздражим; запавшие глаза.

• Проверит реакцию кожной складки на животе. Складка расправляется: очень медленно (более 2 секунд) или медленно.

Знает классификацию диареи:

<u>По степени обезвоживания</u>

Тяжелое обезвоживание

Умеренное обезвоживание

Нет обезвоживания

По продолжительности: если диарея продолжается 14 дней и более - тяжелая затяжная диарея.

По наличию крови в стуле: если есть кровь в стуле - Дизентерия

• Знает как определить основные симптомы лихорадки: ребенок горячий на ощупь; или у ребенка аксиллярная температура 37,5°С или выше

• Определить общее состояние ребенка. Определяет ригидность затылочных мышц. Знает признаки кори:

-Генерализованная сыпь и один из признаков: кашель, насморк, или покраснения глаз.

Знает осложнение кори:

-Язвы во рту: глубокие и обширные

-Гнойные выделения из глаз - помутнение роговицы. Грамотно классифицирует лихорадку:

- Очень тяжелое фебрильное заболевание
- Затяжная лихорадка
- Возможная бактериальная инфекция
- Знает как классифицировать корь:
- Тяжелая осложненная корь
- Корь с осложнениями со стороны ротовой полости и глаз
- Неосложненная корь

Самостоятельно ведет больного с кашлем, диареей, лихорадкой и грамотно заполняет формы записи.

Знает как определить боль в горле:

боль в горле является одним из наиболее частых симптомов простуды; имеет чаще вирусное происхождение и не требует дополнительного лечения.

- Студент может осмотреть и ощутить: есть ли белый налет в горле
- Студент умеет пальпировать есть ли увеличенные шейные лимфатические узлы
- Студент может определить, есть ли гиперемия в горле
- Знает как классифицировать боль в горле: Абсцесс глотки

Стрептококковый фарингит

Нестрептококковый фарингит

- Знает определить проблемы с ушами

Есть ли боль в ухе?

Есть ли выделения из уха? Если да, то как долго? Гнойные выделения из уха. Болезненное

припухание за ухом.

- Самостоятельно классифицирует проблему с ушами:

- Мастоидит

- Острая инфекция уха

- Хроническая инфекция уха

- Нет инфекции уха

- Знает о нарушениях питания и анемии

- Осмотр: видимое тяжелое истощение; есть ли бледность ладоней; её степень:

выраженная, умеренная.

Осмотр: есть ли отек обеих стоп. Определяет соответствие веса возрасту.

- Грамотно классифицирует нарушение питания и анемию.

- Тяжелое нарушение питание или тяжелая анемия

- Низкий вес или анемия

- Нет низкого веса или нет анемии

- Самостоятельно ведет больного с проблемами питания и анемии и грамотно заполняет формы записи.

Занятие № 45

Тема: Оценка и классифицирование диареи, критерии госпитализации и лечение. Консультирование матери. Лихорадка.

Решает, есть ли необходимость в срочном направлении в стационар.

Умеет оценить и классифицировать:

-Тяжелую пневмонию или очень тяжелое заболевание.

-Тяжёлое обезвоживание

-тяжёлую затяжную диарею

-Дизентерию

-Очень тяжёлое фебрильное заболевание

-Тяжёлую осложнённую корь

-Абсцесс глотки

- Мастоидит

-Тяжёлое нарушение питания или тяжёлую анемию.

П.Определяет лечение для больных, не нуждающихся в срочном направлении в стационар.

Даёт совет матери вернуться немедленно, ели у ребенка есть один из нижеследующих симптомов.

-Не может есть или сосать грудь

-Состояние ухудшается

-Появляется лихорадка.

- Учащенное дыхание.

- Затрудненное дыхание.

- Кровь в стуле

- Плохо пьёт.

Использует при этом местные выражения, понятные матери.

-Решает задачи данные преподавателем

III. Определяет необходимое срочное лечение перед направлением в стационар.

- Даёт подходящий антибактериальный препарат

- Даёт бициллин - 1 при абсцессе глотки

- Даёт витамин-А

- Даёт парацетамол при высокой лихорадке (38.5 С или выше); или боли при мастоидите.

-Применяет тетрациклиновую мазь (если есть помутнение роговицы или гнойные выделения из глаз).

- Даёт матери раствор ОРС и умеет показать, как давать его ребенку по дороге в стационар частыми глотками.

IV. Умеет провести срочное лечение перед направлением в стационар.

-Умеет объяснить матери необходимость направления в стационар и получить ее согласие на направление ребенка

-Успокоить мать и помочь решить ей возникшие проблемы.

-Умеет составить направление, которое мать должна взять с собой в стационар

-Объясняет матери, что она должна отдать это направление медицинскому работнику в стационаре.

Знает о необходимости записей:

- Имя и возраст ребенка

- Дату и время направления в стационар -описание проблем ребенка

-Причина направления в стационар (симптомы и признаки тяжелой классификации).

-Лечение, которое вы провели

-Любая другая информация, которую должен знать медицинский работник в стационаре для выбора лечения для ребенка.

-Своё имя и название медицинского учреждения.

Умеет дать матери дополнительные дозы антибактериального препарата и объясняет ей, когда давать их в дороге.

В состоянии обучить мать, как держать маленького ребенка в тепле по дороге в стационар.

Может посоветовать матери как продолжать грудное вскармливание.

Если у ребенка умеренное или тяжелое обезвоживание, и он не может пить, дает матери раствор ОРС и показывает, как давать его ребенку частыми глотками по дороге в стационар.

Должен знать как правильно оценивать направление ребенка. Умеет определить питание по возрасту. Должен уметь консультировать мать по проблемам питания.

- Затрудненное грудное вскармливание.

- Питание ребенка во время болезни – питание с бутылочки.

Знает о полноценных дополнительных продуктах питания по возрасту ребенка

- Густая рисовая, манная, гречневая каша, приготовленная с добавлением молока

- Пища с семейного стола, как, например, лапша, тесто и хлеб.

- Разнообразные фрукты, доступные в вашей местности и по времени года, например: яблоки, персики, виноград, груши, сливы. Фрукты должны быть тщательно очищены и растерты. Постепенно ребенку можно будет предлагать мелконарезанные кусочки фруктов;

- В рацион ребенка должны быть включены разнообразные напитки, как морковный, свекольный или фруктовые соки, кисломолочные продукты, как кефир, катык, известно, что танины, входящие в состав чая, ингибируют процесс усвоения железа в организме. Так употребление чая снижает усвоение железа из продуктов смешанного завтрака почти на 50%.

- Умеет дать рекомендации матери детей с затяжной диареей:

• Если ребёнок вскармливается грудью, давать грудь чаще и длительнее днём, чем ночью.

• Если ребёнок получает другие виды молока:

-заменить их более интенсивным грудным кормлением, ИЛИ

-заменить их ферментированными молочными продуктами: катык, кефир, биолакт ИЛИ - замените половину молока полутвёрдой пищей: овощное пюре, картофель, морковь, тыква и рисовая каша

• В отношении других продуктов следовать рекомендациям согласно возрасту ребенка.

Умеет оценивать кормление ребенка путем сбора анамнеза: кормите ли вы ребенка грудью; сколько раз в день; кормит ли мама ночью; получает ли ребенок какую-либо другую пищу или жидкости; какую пищу или жидкости?

-Сколько раз в день?

-Есть ли у ребенка низкий вес для его возраста: каков объем каждого кормления? Получает ли ребенок свою собственную порцию? Кто кормит ребенка и как? Изменился ли характер питания во время болезни? Если да, то как?

Умеет определять проблемы кормления:

• Затрудненное грудное вскармливание

- Использование бутылки для кормления
- Отсутствие активного кормления
    - Плохой аппетит во время болезни
    - Ребенок получает чай
    - Ребенок вскармливается разбавленной или негустой кашей

Умеет консультировать мать по проблемам кормления

- Даёт полезный совет:

Знает значение грудного вскармливания и может убедить мать кормить почаще.

-Может показать матери правильную технику прикладывания ребенка к груди и положение ребенка во время кормления.

-Умеет показать матери, как кормить ребенка из чашки

Умеет использовать правильные навыки общения:

-спрашивает и слушает

- хвалит

- советует

- умеет проверить, как мать поняла объяснения.

Правильно пользуется памяткой для матери

Умеет дать совет матери, когда вновь обратиться к медицинскому работнику.

Умеет консультировать мать по вопросам ее собственного здоровья.

> Если мать больна, окажет ей или направит её за помощью.

> Если у матери проблемы с грудными железами (такие как нагрубание, воспаление сосков, инфекция грудной железы), окажет ей помощь или направит её за помощью.

> Посоветует ей хорошо питаться, с тем чтобы поддерживать своё здоровье.

> Убедится что мать имеет доступ к:

-методам планирования семьи

-рекомендациям по профилактике венерических болезней и СПИД.

Занятие № 46

Тема: Вагинальные выделения.Основные симптомы в гинекологии: выделения из влагалища, боль в животе, зуд вульвы. Эндометриоз. Эктопическая беременность.

- Все инфекции и заболевания, относящиеся к ЗППП, их клинические признаки и методы диагностики
- Особенности сбора анамнеза и клинического осмотра больных с ЗППП
- Симптомы и клинические признаки СПИДа
- Микроскопическую картину различных возбудителей ЗППП
- Тактику ВОП при ЗППП
- Синдромальный подход при диагностике и лечении ИППП
- Особенности обучения больных профилактике ЗППП

- 12 правил лечения ИППП (см. Презентацию)

Каждый курсант должен уметь:

- Проводить дифференциальный диагноз причин и симптомов ЗППП
- Расспрос и осмотр больных с ЗППП
- Приготовить влажный препарат для осмотра под микроскопом
- Проводить лечение больных ЗППП
- Проводить обучение ЗОЖ и профилактике ЗППП

9.00. Повторение вчерашней темы.

1. Факторы риска ХПН
2. Симптомы обструкции при ДГП
3. Симптомы раздражения мочевого пузыря
4. причины микрогематурии
5. Тактика ВОП при ДГП
6.Тактика при ХПН.

9.15. Клинический случай

Бизнесмен, 43 лет обратился к вам с жалобами на появление желтых выделений из полового члена.

Вопрос 1.Какие вопросы вы обязательно зададите ему?

Ответы:1. Как давно появились выделения, обильные или нет, есть зуд, и другие высыпания, было ли подобное раньше, есть ли симптомы дизурии, с чем связывает?

2.. Женат, сколько половых партнеров у него?

3. если у него больше 1 полового партнера, использует ли он презервативы?

4. Другие симптомы? (суставы, инфекция глаз, кожи).

5. У его партнерши тоже есть подобные выделения?

6. Есть ли у него диарея, похудание, частые инфекции, лихорадка?

7. Вредные привычки

Доп. информация для курсантов. При мочеиспускании он отмечает сильные рези и жжение, выделения появились 2 дня назад. Он сам их ни с чем не связывает. Он разведен уже 4 года. Постоянной женщины нет. Иногда позволяет себе "расслабиться" с незнакомыми девушками и никогда не использует презервативы. Пару раз у него уже были подобные выделения, а два месяца назад его лечили от половых бородавок. Он никогда не болеет, хотя и курит 20 сигарет в день и выпивает около 4 бутылок пива ежедневно и часто крепкие напитки. В последнее время стал быстрее уставать, но связывает это с работой.

Вопрос 2. На что вы должны обратить внимание при осмотре? 1. осмотреть рот, глотку, половые органы, включая анальное отверстие. Кожа и видимые слизистые, лимфузлы, суставы и глаза.

Доп. информация для курсантов. Мужчина , Рост 186, вес 94 кг.Температура-37.2С. Рот, глотка-б\о, Кожа - чистая, но вокруг половых органов- незначительные расчесы, при внимательном осмотре- обнаружены гниды половых вшей и сами вши у корня полового члена. паховые лимфузлы - увеличены с обоих сторон, болезненные, при осмотре полового члена, видны гнойные выделения из головки (можно привести фото).

Вопрос 3. Диагноз? (отв.ЗППП. Гонорея. Лобковые вши.)

Вопрос 4. Как можно защитить себя от этого заболевания - правильный образ жизни. Если нет возможности- средства защиты(презервативы, спермициды)

9.35(45мин). Осмотр полового члена и мошонки. Практический навык.

Продемонстрировать навык по шагам и убедиться, что каждый курсант уверенно выполняет навык без ошибки. При обучении курсантов практическому навыку по шагам,

обязательно составьте 2-3 контрольных вопроса: Для чего используется этот навык, как часто? если вы увидите , увеличение мошонки с одной стороны, при этом яичко лежит поперек? (перекрут яичка).

10.15. ИППП/ЗППП. Презентация РР «ТIА_Инфекции передающиеся половым путем»**(.30 минут**) Кроме разбора основных ЗППП, врач должен продемонстрировать.

10.45. Работа в малых группах. 40 минут. Попросите курсантов разобрать ЗППП.

1-я группа. ЗППП, протекающие с симптомами вульвовагинитов и цервицитов: кандидоз и трихомониаз

2- я группа: ЗППП, протекающие с симптомами ВЗОТ, уретритов: хламидиоз, гонорея

3- группа : ЗППП, протекающие с образованием язв и сыпи: простой герпес, сифилис, венерическая гранулема

4- группа : ЗППП, протекающие с поражением многих органов: сифилис, гонорея, СПИД.

11.25. Навыки обучения здоровому образу жизни. На отдельных листах бумаги написать ситуации:

5. вы узнали, что ваша пациентка заболела сифилисом. Как вы будете обучать ее?
6. "Молодая девушка приехала из провинции и вкусив прелестей города меняет партнеров как перчатки. Как вы предупредите ее о риске ЗППП, ей только 17 лет?" Какие возможные исследования должна пройти девушка?
7. "Муж вашей подруги обратился к вам за помощью - у него ЗППП, но он умоляет вас не говорить его жене об этом. Вы как врач будете соблюдать конфиденциальность? Какие советы вы дадите мужчине?
8. Вам необходимо провести консультацию молодого человека, который инфицирован ВИЧ. Какие слова вы скажите ему, чтобы уменьшить его депрессию?

12.00. Обед.

13.00. Особенности диагностики СПИДа. Презентация РР.

Из чего должен состоять обязательный опрос и осмотр, необходимые исследования. Привести как можно больше **фото больных со СПИДом**, кожные проявления на половых органах и возможные сочетания с другими заболеваниями(саркома Капоши, пневмоцистная пневмония, туберкулез, герпес).см. Атлас Дерматология и см. внутренних болезней и см. инфекционных болезней.

В СНГ наиболее частая причина инфицирования- использование инъекционных наркотиков и незащищенные сексуальные связи. Наибольшее распространение инфекция имеет на Украине и Российской Федерации. В центральной Азии также растет число ВИЧ – инфицированных. В Узбекистане за первые 6 месяцев 2002 года было выявлено столько новых инфицированных, сколько их было предыдущие 10 лет. Наиболее высок риск среди инъекционных наркоманов и у проституток.

Проявления СПИДа (подробности только для тренеров, для курсантов – предпочтительнее большую часть времени уделить симптоматике**)**

А. Поражение дыхательной системы:

Оппортунистические инфекции :

- Бактериальные (стафилококки, псевдомонады, клебсиеллы, стрептококки)
- Микобактерии
- Грибковые (пневмоцистная , криптококк, гистоплазма, аспергиллиоз)
- Вирусные/паразитарные (ЦМВ, токсоплазмоз)

Неоплазма:

- Саркома Капоши
- Не Ходжкинская лимфома

Лимфопролиферативные заболевания:

- Не специфический интерстициальный пневмонит
- Лимфотический интерстициальный пневмонит

Не специфические поражения легких:

- Легочная гипертнезия
- ХОЗЛ
- Саркоидоз

Симптомы:

Кашель, продуктивный (при бактериальной инфекции) или нет(при пневмоцистной), одышка, сопутствующие симптомы диссеминированного заболевания: лихорадка, потливость по ночам, похудание, диарея, сыпь, аденопатия и т.п.

Б. Поражения ЖКТ:

Поражение пищевода (одинофагия, дисфагия, локальная боль, отсутствие лихорадки)
Поражение желудка (ахлоргидрия, саркома Капоши) –тошнота, рвота, анорексия и боль в эпигастрии
Поражение кишечника (острая или хроническая диарея) Водянистая диарея.
Острая диарея:
Наиболее часто вызывается сальмонеллами, клостридиями –характерна лихорадка
Хроническая диарея: криптоспоридиоз, микобактерии, ЦМВ – нет лихорадки . При ЦМВ-может быть кровь, лихорадка

В. Поражение нервной системы:

Оппортунистические инфекции :

- Церебральный токсоплазмоз,
- Криптококковый менингит
- Цитомегаловирусный энцефалит
- Цитомегаловирусный полирадикулит

Оппортунистические опухоли
Асептический менингит
Деменция
Инсульт
Нейропатии, вызванные приемом препаратов для лечения ВИЧ
Тревожные расстройства
Психозы
Миопатии и др.

Г. Поражение кожи.

Инфекции:

- Опоясывающий лишай в 25 раз чаще при ВИЧ
- Простой герпес
- Кандидоз

Неоплазма:

- Саркома Капоши
- Не-ходжкинская лимфома
- Плоско-клеточный рак

Воспалительные заболевания:

- Псориаз
- СД Рейтера
- Атопический дерматит
- Себорейный дерматит

Кожные реакции от лекарственной терапии

- СД Стивенса-Джонса
- Бородавки
- СД перераспределения жира.

Д. Офтальмологические проявления

- Поражение сетчатки (ЦМВ ретинит,)
- Кератит, конъюнктивит
- Поражение оптического нерва (слепота, снижение зрения)

Исследование на ВИЧ-инфекцию показано следующим категориям лиц.

1. Группы риска

а. Инъекционные наркоманы.

б. Гомосексуальные и бисексуальные мужчины.

в. Проститутки.

г. Больные гемофилией.

д. Половые партнеры всех перечисленных выше лиц.

е. Половые партнеры ВИЧ-инфицированных.

ж. Лица, страдающие заболеваниями, передающимися половым путем.

з. Лица с большим количеством половых партнеров, не использующие презервативы.

и. Лица, которым была перелита кровь или ее компоненты с 1977 по 1985 г.

к. Лица, которые считают, что рискуют заразиться СПИДом.

л. Больные с симптомами, подозрительными на СПИД.

2. Беременные.

3. Больные с активными формами туберкулеза.

4. Стационарные больные в возрасте 15—54 лет в местностях, где антитела к ВИЧ выявляют более чем у 1% населения или выявляют СПИД более чем у 1 из 1000 госпитализированных.

5. Доноры крови, спермы и органов для трансплантации.

6. Медицинские работники, выполняющие инвазивные вмешательства.

7. Лица с профессиональным риском (например, специалисты по иглоукалыванию, татуировщики) и их клиенты.

13.45. Приготовьте **ролевую игру**. Обучение пациента, больного СПИДом. Особенности расспроса и осмотра.

Ситуация: Молодой инженер, недавно вернулся из поездки в США, где он обучался в течение 2 лет. Он жалуется на нарастающую слабость, частые простуды, дисфагию и длительную диарею. У него также часто повышается температура без причины.

14.30.Тесты.

1. Препарат выбора при беременности на фоне СПИДа:

а) ацикловир
б) диданазин
в) зидовудин
г) фамцикловир
д) ремантадин

2. Трихомонада вагиналис является протозойной инфекцией, которая живет:

А) во влагалише+
Б) в орофаринксе
В) анусе
Г) мочевом пузыре
Д) в матке

3. 25 летняя девушка обратилась с жалобами на влагалищные выделения. Диагноз может быть поставлен на основании:

А) запаха выделений
Б) микроскопии мазка+
В) симптомов
Г) цвета выделений
Д) консистнции

4. Что из следующего повышает риск кандидозной инфекции:

А) нерожавшие никогда

Б) прием витаминов
В) инфекции мочевого тракта
Г) Сахарный диабет+
Д) иммуносупрессия+

5. 18-летняя девушка жалуется на то, что в течение 5 дней у нее очень болезненные язвы на половых губах, которые вначале были как пузырьки. Сейчас у нее умеренная лихорадка, головная боль, большие язвы на половых губах и анусе, которые очень болезненны. У нее также увеличены паховые л\у . наиболее вероятный диагноз:
А) диссеменированная гонококковая инфекция
Б)первичный герпетический вульвит +
В) вторичный сифилис
Г) венерическая лимфогранулема
Д) контагиозный моллюск.

6. с какой инфекцией наиболее часто ассоциирован хламидиоз?
А) простой герепес
Б) сифилис
В) гонорея+
Г) папилломавирус человека
Д) трихомониаз

7. Для лечения хламидиоза можно использовать следующие режимы
А) однократная доза доксициклина200 мг
Б) доксициклин 100 мгх 2 раза в сут 7 дней+
В) эритромицин 500 мгх 4 раза 7 дней+
Г) азитромицин 1 г однократно +
Д) пенициллин 1 млн х6 раз -7 дней

8. Выберите верные утверждения в отношении ЗППП:
А) гонорея протекает с преимущественным поражением органов таза+
Б) трихомониаз – наиболее частая причина ВЗОТ
В) при наличии язв в области половых органов всегда исключать простой герпес+
Г) уретриты и цервициты чаще всего обусловлены хламидиозом и гонококками+
Д) вагинальные выделения наиболее часто наблюдаются при кандиозе и трихомониазе+

9. Факторы, способствующие заражению ВИЧ.
А) Множественные сексуальные партнеры+
Б) Заболевания, сопровождающиеся изъязвлениями в области гениталий (сифилис, Герпес)+
В) Наличие любого заболевания, передающегося половым путем +
Г) Отсутствие практики безопасного секса +
Д) злоупотребление алкоголем

10. Факторы, осложняющие лечение ВИЧ-инфекции:
А)Токсичность+
Б)Побочные эффекты+
В)Взаимодействие лекарственных препаратов+
Г)Зависимость пациента от проводимой терапии+
Д) бесплодие

Занятие № 47

Тема: Кровотечения из влагалища. Дисфункциональные маточные кровотечения (меноррагия, полименорея, олигоменорея, аменорея).

Для проведения занятия необходимо:
Муляж гинекологический, зеркало гинекологическое, перчатки, предметные стекла, раствор КОН, микроскоп, фонарик или отоскоп.

Заранее договоритесь с лабораторией, что вам понадобится микроскоп для осмотра влагалищных мазков. В кабинете гинеколога оставьте несколько предметных стекол, чтобы при взятии мазка из влагалища вы могли использовать их.

Курсанты должны знать:

1. Дифференциальную диагностику частых причин выделений из влагалища (Инфекционные: распространённые (бактериальный, кандидозный, трихомониаз); и редкие (инородное тело, десквамативный, стрептококковый, идиопатический); Неинфекционные: аллергический, травматический, атрофический, эрозивный плоский лишай, идиопатический)
2. Тактику ВОП при выделениях из влагалища

Курсанты должны уметь:

1. Проводить зеркальный осмотр влагалища и шейки матки
2. Проводить бимануальную пальпацию матки и ее придатков
3. Определять предварительно причину вагинита по характеру выделений
4. Подготавливать мазки вагинальных выделений.

Работа в малых группах.10 минут Поделите курсантов на 5 групп. Каждой группе дайте ситуации:

1) Женщина 44 года жалуется на раздражающие выделения в течение последних нескольких месяцев. Её беспокоят зуд и раздражение вульвы. У неё 3 детей, замужем 20 лет. Из контрацепции пользуется ВМС, которая находится в матке в течение 11 лет. Характер менструального цикла: обильные и длительные в течение 10 дней. (бактериальный вагиноз, удаление спирали, микроскопия мазка, бак посев)
2) Женщина 27 лет, жалуется на зудящие выделения в течение последних 4 месяца. При осмотре пенистые выделения гнойного характера с неприятным запахом. Жалуется на боль внизу живота. Вульва отёчна, шейка гиперемирована. (трихомониаз, микроскопия мазка, бак посев)

3).Женщина 26 лет беспокоят кровянистые выделения в течении 2 дней и боли внизу живота с иррадиацией в прямую кишку. Последняя менструация была 2 месяца тому назад.

4). К Вам обратилась женщина 32 лет с жалобами на то, что во время менструации у неё параллельно с калом идёт кровь во время акта дефекации. Она обращалась к гастроэнтерологу, сдавала кровь на скрытое кровотечение, всё отрицательно. Ей исключили язву.

5). Женщина 29 лет обратилась к Вам с проблемой, что у неё есть один ребёнок и она уже как 2 года не может забеременеть, 2 года тому назад она лечилась от хламидийной инфекции, но после лечения она не проверялась, считает, что она вылечилась, так как у неё не были выделения и она не пошла ещё раз проверяться.

Задание: Каков ваш предположительный диагноз? Какие обследования вам необходимо провести? Выбор лечения по предедущей презентации алгоритмов лечения.
Презентация малых групп (по 10 мин) + общее обсуждение ключевых моментов (10 мин)

Практика.

Бимануальное исследование влагалища. Осмотр шейки матки в зеркалах.
Пошаговый инструктаж по проведению зеркального осмотра и бимануального обследования. (энциклопедия клинического обследования больного стр. 384-385).
Практикование этих клинических навыков на модели Зоя.
План практических занятий: 1. Педагог обучает по шагам.(5мин)

2.Демонстрирует сам на модели Зоя.(5мин)
3.Работа в малых группах в течении.(30мин)
4.Демонстрация практического навыка из каждой малой группы одного из курсантов.(10минт).

Занятие № 48

Тема: Доброкачественные и злокачественные опухоли шейки матери, МЖ, скрининг женщин на онкологическое заболевание. Менопауза. Климактерический СД.

Тема: Взятие цервикального мазка.

Для проведения занятия необходимо:

Муляж гинекологический, зеркало гинекологическое, перчатки, предметные стекла, раствор КОН, микроскоп, фонарик или отоскоп.

Заранее договоритесь с лабораторией, что вам понадобится микроскоп для осмотра влагалищных мазков. В кабинете гинеколога оставьте несколько предметных стекол, чтобы при взятии мазка из влагалища вы могли использовать их.

Курсанты должны знать:

3. Дифференциальную диагностику частых причин выделений из влагалища (Инфекционные: распространённые (бактериальный, кандидозный, трихомониаз); и редкие (инородное тело, десквамативный, стрептококковый, идиопатический); Неинфекционные: аллергический, травматический, атрофический, эрозивный плоский лишай, идиопатический)
4. Тактику ВОП при выделениях из влагалища

Курсанты должны уметь:

5. Проводить зеркальный осмотр влагалища и шейки матки
6. Проводить бимануальную пальпацию матки и ее придатков
7. Определять предварительно причину вагинита по характеру выделений
8. Подготавливать мазки вагинальных выделений.

Взятие мазка из цервикального канала

№	Этапы выполнения навыка	Не выполнил 0 баллов	Выполнил не полностью 1 балл	Выполнил полностью 2 балл
1	объяснил женщине о предстоящей процедуре и осмотрел наличие необходимых инструментов			
2	предложил лечь на смотровой стол и провел осмотр наружных половых органов			
3	левой рукой врач раздвинул половые губы, правой рукой ввел зеркало во влагалище ручкой горизонтально к крестцу			
4	повернул ручку зеркала вниз и развел			

	створки зеркала до полного обзора шейки			
5	осмотрел шейку матки и наружный маточный зев			
6	ввел щеточку в маточный зев и повернул на 360 градусов			
7	мажущими движениями смазал предметное стекло щеточкой, записал ФИО женщины и дату взятия мазка.			

Практический навык
(30-45 минут) Взятие мазка из шейки матки на цитологическое исследование.

!!! Мазок должен браться из зоны трансформации, чтобы в нем присутствовали как эндоцервикальные клетки, так и метапластические эктоцервикальные клетки. При этом в правильно взятом и зафиксированном мазке менее 50% этих клеток должны быть «загрязнены» кровью, слизью или воспалительными клетками. Такой мазок считается **удовлетворительным для интерпретации.**
!!! Удовлетворительный для оценки, но имеются ограничения (см. причины) –
А. Недостаток эндоцервикальных или эктоцервикальных клеток это происходит тогда, когда мазок взят не из трансформационной зоны (наиболее частые причины обилие слизи, нерожавшая, беременность, атрофическая шейка или шейка после прижигания или коникотомии)
Б. Воспаление, кровь или десквамация частично загрязняют мазок более чем на 50%, но менее чем на 75%(воспаление может быть обусловлено частыми спринцеваниями, тампонами, использованием цервикальных диафрагм и колпачков, половой акт в течение 48 часов, может быть обусловлено инфекцией или изменением клеток при раке ШМ)
В. Мазок, высушен на воздухе, а не фиксатором. Это приводит к повышению к снижению ядерно – цитоплазматического соотношения и мимикрирует дисплазию.
Г. Недостаток информации о пациенте.(имя, последняя менструация, анамнез прижигания или операции).
!!! Неудовлетворительный для интерпретации. Означает, что мазок был приготовлен неправильно или воспаление настолько сильное, что 75% клеток загрязнены воспалительными клетками.
Результаты могут быть описаны 3 следующими категориями:
А. В пределах нормальных значений
Б. Доброкачественные клеточные изменения: см. описательный диагноз
В. Аномалии эпителиальных клеток: см. описательный диагноз
Описательный диагноз.

1. доброкачественные изменения клеток могут быть связаны с реактивными, репаративными изменениями или вследствие инфекций

а. реактивные изменения приводят к репаративным изменениям из-за воспаления после таких причин как атрофический вагинит, механическое и химическое раздражение, использование ВМС
б. инфекционные причины включают частые генитальные инфекции обусловленные трихомонадами, хламидиями, гонорей и кандидозом.

2. Аномалии эпителиальных клеток могут быть обусловлены плоским эпителием или железистым.

а. плоскоклеточные аномалии классифицируются по 4 категориям от менее до самой серьезной.
б. железистые аномалии также классифицируются по категориям от менее до самой серьезной.

Таблица 1. Тактика ВОП в зависимости от результатов теста Папаниколау.

Результаты теста	**Тактика**
«Мазок удовлетворительный для оценки» и «В пределах нормальных значений»	Скажите женщине о результате теста и повторить тест в течение 1-3 лет в зависимости от принадлежности к риску и анамнеза.
«Мазок неудовлетворительный для оценки»	▪ В течение 6-8 недель повторите мазок, предпочтительнее в середине цикла и когда у женщины не было полового акта и она не использовала вагинальные методы контрацепции и спринцевания по крайней мере 24 часа. ▪ Если мазок неудовлетворительный вследствие атрофии у постменопаузальных женщин, назначьте женщине местные эстрогеновые крема в течение 4-6 недель, затем повторить тест не ранее, чем через неделю после завершения терапии.
«Мазок удовлетворительный, но нет эндоцервикальных клеток»	Повторить мазок если женщина имеет какой-нибудь фактор риска, ранее ей не проводили исследование на цитологию или в прошлый раз была выявлена патология.
«Мазок содержит доброкачественные клеточные изменения»	Просмотреть раздел «Описательный диагноз» и исключите все возможные причины. 1. Если имеется трихомонадная или любая другая инфекция: А. Посмотрите амбулаторную карту – принимает ли женщина лечение по поводу инфекции. Б. Если женщина не получает лечение от инфекции, вызовите женщину, проведите осмотр тазовых органов и возьмите мазок из влагалища до лечения. 2. Если имеются реактивные изменения с воспалением. А. оцените пациентку – возможная хламидийная инфекция или гонорея. Б. повторить пап-тест в течение 3-6 мес. В. Кольпоскопия показана, если воспаление сохраняется и не выявлена причина. 3. Если результат дает реактивные изменения сочетанные с атрофией, назначьте местно эстрогеновый крем женщинам у которых есть симптомы атрофического вагинита 4. если реактивные изменения связаны с ВМС или радиотерапией, продолжайте скрининг по схеме.
В мазке атипичные плоские клетки в неопределенном количестве	См. таблицу 2.
В мазке – внутриэпителиальное повреждение умеренного характера	См. таблицу 2, раздел неопластический процесс
В мазке – внутриэпителиальное повреждение выраженного характера	Отправить к гинекологу –онкологу на Эндоцервикальный кюретаж, кольпоскопия и биопсия

В мазке – клетки эндометрия	Если клетки обнаружены с доброкачественным мазком у пост-менопаузальных женщин, не принимающих эстрогены – биопсия
В мазке – железистые клетки неопределенного количества	Отправить к гинекологу-онкологу на биопсию, гистероскопию
В мазке – плоскоклеточная карцинома или аденокарцинома	Срочная консультация гинеколога-онколога
В мазке – другая неоплазма	Срочная консультация гинеколога-онколога

Таблица 2. Интерпретация Атипичных плоских клеток неопределенного количества. (АПКНК)

Если АПКНК не квалифицирован или если имеется реактивный процесс

- Повторить тест Папаниколау должен проводиться каждые 4-6 мес в течение 2 лет. Такой порядок должен пока не будет 3 нормальных теста подряд
- Если достигнут нормальный показатель – вернитесь к нормальному графику взятия мазка.
- Если АПКНК отмечено во второй раз следует направить пациентку к специалисту на кольпоскопию.

Если АПКНК сочетается с выраженным воспалением

- Следует исключить инфекцию, но не начинайте лечение, пока не будет диагностировано специфическое заболевание
- Тест Папаниколау повторить через 2 месяца
- Направить на кольпоскопию, если повторный тест также выявил патологию

Если АПКНК сочетается с атрофией влагалища(постменопаузальные женщины, не принимающие ЗГТ)

- Назначьте местные эстрогены, если только они не противопоказаны
- Повторите тест через 2-3 месяца
- Направить на кольпоскопию, если повторный тест также выявил патологию

Если АПКНК квалифицированы как возможный неопластический процесс

- Если женщина в низком риске –повторить мазок каждые 4 -6 мес в течение 2 лет до тех пор пока три последовательных мазка не дадут отрицательный результат. Вернитесь к реуглярному рутинному методу взятия мазка после этого. Если повторный мазок покажет патологию – кольпоскопия
- Если имеется высокий риск – неотлагательная кольпоскопия.

Убедитесь, что КАЖДЫЙ курсант УВЕРЕННО и ПРАВИЛЬНО выполняет навык.
Вопросы: как часто необходимо брать мазок из шейки матки? (один раз в три года всем женщинам, и один раз в год –женщинам из группы риска)
Кто входит в группу риска рака шейки матки?(проститутки, наследственность по РШМ первого родства, вирусные заболевания ШМ (папилломы, кондиломы), ранняя половая жизнь, национальность – мексиканки, ожирение, низкое социально-экономическое положение, курение).
Какое снаряжение необходимо для проведения теста? (кушетка, хорошее освещение, гинекологическое зеркало, перчатки, шпатель, щеточка, предметное стекло, фиксатор, карандаш и лист бумаги)
Кто проводит взятие мазка на цитологию? (ВОП или его м\с)

Профилактика рака шейки матки – ЗОЖ, начало половой жизни после завершения полового развития, борьба с вредными привычками и избыточным весом, регулярный скрининг.

12.00-13.00. Перерыв.

13.00.-14.00. (1 час) Доброкачественные и злокачественные опухоли МЖ, шейки матки, РР презентация. Скрининг женщин на онкологические заболевания. Группы риска. Скрининг-тест. Периодичность выполнения. Возможные изменения и как их интерпретировать. Контрольные вопросы должны быть включены и вопросы навыка для ОСКЭ

Практический навык

(30-45 минут) Взятие мазка из шейки матки на цитологическое исследование.

!!! Мазок должен браться из зоны трансформации, чтобы в нем присутствовали как эндоцервикальные клетки, так и метапластические эктоцервикальные клетки. При этом в правильно взятом и зафиксированном мазке менее 50% этих клеток должны быть «загрязнены» кровью, слизью или воспалительными клетками. Такой мазок считается **удовлетворительным для интерпретации.**

!!! Удовлетворительный для оценки, но имеются ограничения (см. причины) –

А. Недостаток эндоцервикальных или эктоцервикальных клеток это происходит тогда, когда мазок взят не из трансформационной зоны (наиболее частые причины обилие слизи, нерожавшая, беременность, атрофическая шейка или шейка после прижигания или коникотомии)

Б. Воспаление, кровь или десквамация частично загрязняют мазок более чем на 50%, но менее чем на 75%(воспаление может быть обусловлено частыми спринцеваниями, тампонами, использованием цервикальных диафрагм и колпачков, половой акт в течение 48 часов, может быть обусловлено инфекцией или изменением клеток при раке ШМ)

В. Мазок, высушен на воздухе, а не фиксатором. Это приводит к повышению к снижению ядерно – цитоплазматического соотношения и мимикрирует дисплазию.

Г. Недостаток информации о пациенте.(имя, последняя менструация, анамнез прижигания или операции).

!!! Неудовлетворительный для интерпретации. Означает, что мазок был приготовлен неправильно или воспаление настолько сильное, что 75% клеток загрязнены воспалительными клетками.

Результаты могут быть описаны 3 следующими категориями:

А. В пределах нормальных значений

Б. Доброкачественные клеточные изменения: см. описательный диагноз

В. Аномалии эпителиальных клеток: см. описательный диагноз

Описательный диагноз.

3. доброкачественные изменения клеток могут быть связаны с реактивными, репаративными изменениями или вследствие инфекций

а. реактивные изменения приводят к репаративным изменениям из-за воспаления после таких причин как атрофический вагинит, механическое и химическое раздражение, использование ВМС

б. инфекционные причины включают частые генитальные инфекции обусловленные трихомонадами, хламидиями, гонорей и кандидозом.

4. Аномалии эпителиальных клеток могут быть обусловлены плоским эпителием или железистым.

а. плоскоклеточные аномалии классифицируются по 4 категориям от менее до самой серьезной.

б. железистые аномалии также классифицируются по категориям от менее до самой серьезной.

Таблица 1. Тактика ВОП в зависимости от результатов теста Папаниколау.

Результаты теста	**Тактика**
«Мазок удовлетворительный для оценки» и «В пределах нормальных значений»	Скажите женщине о результате теста и повторить тест в течение 1-3 лет в зависимости от принадлежности к риску и анамнеза.
«Мазок неудовлетворительный для оценки»	▪ В течение 6-8 недель повторите мазок, предпочтительнее в середине цикла и когда у женщины не было полового акта и она не использовала вагинальные методы контрацепции и спринцевания по крайней мере 24 часа. ▪ Если мазок неудовлетворительный вследствие атрофии у постменопаузальных женщин, назначьте женщине местные эстрогеновые крема в течение 4-6 недель, затем повторить тест не ранее, чем через неделю после завершения терапии.
«Мазок удовлетворительный, но нет эндоцервикальных клеток»	Повторить мазок если женщина имеет какой-нибудь фактор риска, ранее ей не проводили исследование на цитологию или в прошлый раз была выявлена патология.
«Мазок содержит доброкачественные клеточные изменения»	Просмотреть раздел «Описательный диагноз» и исключите все возможные причины. 1. Если имеется трихомонадная или любая другая инфекция: А. Посмотрите амбулаторную карту – принимает ли женщина лечение по поводу инфекции. Б. Если женщина не получает лечение от инфекции, вызовите женщину, проведите осмотр тазовых органов и возьмите мазок из влагалища до лечения. 2. Если имеются реактивные изменения с воспалением. А. оцените пациентку – возможная хламидийная инфекция или гонорея. Б. повторить пап-тест в течение 3-6 мес. В. Кольпоскопия показана, если воспаление сохраняется и не выявлена причина. 3. Если результат дает реактивные изменения сочетанные с атрофией, назначьте местно эстрогеновый крем женщинам у которых есть симптомы атрофического вагинита 4. если реактивные изменения связаны с ВМС или радиотерапией, продолжайте скрининг по схеме.
В мазке атипичные плоские клетки в неопределенном количестве	См. таблицу 2.
В мазке – внутриэпителиальное повреждение умеренного характера	См. таблицу 2, раздел неопластический процесс
В мазке – внутриэпителиальное повреждение выраженного характера	Отправить к гинекологу –онкологу на Эндоцервикальный кюретаж, кольпоскопия и биопсия
В мазке – клетки	Если клетки обнаружены с доброкачественным мазком у

эндометрия	пост-менопаузальных женщин, не принимающих эстрогены – биопсия
В мазке – железистые клетки неопределенного количества	Отправить к гинекологу-онкологу на биопсию, гистероскопию
В мазке – плоскоклеточная карцинома или аденокарцинома	Срочная консультация гинеколога-онколога
В мазке – другая неоплазма	Срочная консультация гинеколога-онколога

Таблица 2. Интерпретация Атипичных плоских клеток неопределенного количества. (АПКНК)

Если АПКНК не квалифицирован или если имеется реактивный процесс

- Повторить тест Папаниколау должен проводиться каждые 4-6 мес в течение 2 лет. Такой порядок должен пока не будет 3 нормальных теста подряд
- Если достигнут нормальный показатель – вернитесь к нормальному графику взятия мазка.
- Если АПКНК отмечено во второй раз следует направить пациентку к специалисту на кольпоскопию.

Если АПКНК сочетается с выраженным воспалением

- Следует исключить инфекцию, но не начинайте лечение, пока не будет диагностировано специфическое заболевание
- Тест Папаниколау повторить через 2 месяца
- Направить на кольпоскопию, если повторный тест также выявил патологию

Если АПКНК сочетается с атрофией влагалища(постменопаузальные женщины, не принимающие ЗГТ)

- Назначьте местные эстрогены, если только они не противопоказаны
- Повторите тест через 2-3 месяца
- Направить на кольпоскопию, если повторный тест также выявил патологию

Если АПКНК квалифицированы как возможный неопластический процесс

- Если женщина в низком риске –повторить мазок каждые 4 -6 мес в течение 2 лет до тех пор пока три последовательных мазка не дадут отрицательный результат. Вернитесь к реуглярному рутинному методу взятия мазка после этого. Если повторный мазок покажет патологию – кольпоскопия
- Если имеется высокий риск – неотлагательная кольпоскопия.

Убедитесь, что КАЖДЫЙ курсант УВЕРЕННО и ПРАВИЛЬНО выполняет навык.
Вопросы: как часто необходимо брать мазок из шейки матки? (один раз в три года всем женщинам, и один раз в год –женщинам из группы риска)
Кто входит в группу риска рака шейки матки?(проститутки, наследственность по РШМ первого родства, вирусные заболевания ШМ (папилломы, кондиломы), ранняя половая жизнь, национальность – мексиканки, ожирение, низкое социально-экономическое положение, курение).
Какое снаряжение необходимо для проведения теста? (кушетка, хорошее освещение, гинекологическое зеркало, перчатки, шпатель, щеточка, предметное стекло, фиксатор, карандаш и лист бумаги)
Кто проводит взятие мазка на цитологию? (ВОП или его м\с)
Профилактика рака шейки матки – ЗОЖ, начало половой жизни после завершения

полового развития, борьба с вредными привычками и избыточным весом, регулярный скрининг.

12.00-13.00. Перерыв.

13.00.-14.00. (1 час) Доброкачественные и злокачественные опухоли МЖ, шейки матки, РР презентация. Скрининг женщин на онкологические заболевания. Группы риска. Скрининг-тест. Периодичность выполнения. Возможные изменения и как их интерпретировать. Контрольные вопросы должны быть включены и вопросы навыка для ОСКЭ

Занятие № 49

Сыпь/зуд. Патологические элементы кожи. Угри, псориаз. Инфекционные и паразитарные заболевания кожи: импетиго, рожистое воспаление. Язва кожи, гениталий, пролежни (ЗППП).

1. Энциклопедия клинического обследования больного, стр. 131-138.
2. Мерта, стр. 887-936.
3. Доказательная медицина.,стр. 415-416(импетиго, рожа)стр. 424(угри), стр. 425(псориаз), 429(пролежни)
4. Дерматология. Атлас.стр. 2-16 (угри), 76 (псориаз), 612 (импетиго), 878 (ЗППП)
5. ЗППП.
6. Кожные болезни
7. Симптомы внутренних болезней, стр.25,29,31(угри), 116,333-336 (рожа), 385, 413, 43, 339, 309, 220, 246, 247, 365, 324, 220 -221, 414, 246, 413 (псориаз), 281, 384 - пролежни.

По окончании занятия каждый студент должен знать:

- Первичные и вторичные патологические элементы сыпи
- Наиболее характерные особенности сыпи при угрях, псориазе, инфекционных и паразитарных заболеваниях кожи.
- Наиболее частые причины образования язв кожи в зависимости от возраста, пола и образа жизни.
- Профилактику пролежней
- Тактику ВОП при менеджменте больных с сыпями(показания для консультации специалиста и госпитализации).

Студенты должны уметь:

- Провести расспрос и осмотр больных с различными высыпаниями на теле
- Провести дифференциальный диагноз возможных причин
- Выбрать необходимый метод диагностики
- Назначить лечение в зависимости от причины сыпи.
- Провести обучение больных

8.30 Повторение пройденного материала

Коротко вспомнить основную структуру нормальной кожи. Патологические первичные и вторичные элементы кожи

Метод группового обсуждения или мозговой штурм

9.00 Клинический случай

Вас вызвали на дом к больному мужчине, который получал лечение против нестабильной стенокардии. Вы выяснили, что он отказался получать лечение в условиях стационара и не хотел лежать в дневном стационаре, поэтому он лечился на дому. Его основная жалоба - появление покраснения вокруг пупка и сильная боль в этой области. Его также беспокоит сильная головная боль и ломота во всем теле уже в течение 5-8 часов. Вы узнали, что лечение включает инъекции гепарина по 5 тыс ЕД х 4 раза вокруг пупка.

Вопрос 1.Какой дифдиагноз? (ответ:аллергия на гепарин, рожа, опоясывающий лишай?)
Доп.информация: При осмотре больного Вы обнаружили лихорадку - 38,5. А также четко отграниченное покраснение кожи вокруг пупка, горячее на ощупь. (Если есть возможность представить снимок рожи в области пупка)
Вопрос 2: Какие вопросы Вы зададите больному, чтобы поставить диагноз? (ответ: Были ли раньше аллергические реакции? Каким шприцом делают инъекии)

Доп. информация: со слов его жены вы узнали, что больному делали инъекции гепарина одноразовым шприцом, но этот шприц использовали до 4 раз.
Таким образом, подозрение на инфекцию резко возрастает. У больного рожистое воспаление кожи живота. Необходимая тактика - срочно- парентерально антибиотики!
9.40
Особенности расспроса больных с высыпаниями:
1. Где появился первый элемент?
2. Когда появилась сыпь (см. табл. 91.2, стр. 889, Мерта)
3. Есть ли зуд? Отделяемое из элементов сыпи?
4. Контакты (животные, больные, хим.в-ва)
5. Предыдущий анамнез/профессия.
6. ЛС, которые принимали недавно
7. Аллергия (пища, лекарства), БА, другие провоцирующие агенты, ситуации.
8. Кожные болезни в семье?
9. Новая одежда/ обувь/акссесуары
10. Боли в суставах?
11. Проблемы с кишечником (НЯК и б-нь Крона (язвы во рту и перианальной области), целиакия (герпетиформный дерматит).
12. Другие заболевания (ожирение, СД)
13. Путешествия/пребывание на солнце.
Энциклопедия клинического обследования больных. Желательно выписать вопросы на доске, флипчарте или прозрачке
10.20 Осмотр больных с заболеваниями кожи
В хорошо освещенной теплой комнате с ширмой или занавеской
Желательно иметь лупу
Больного раздеть и осматривать с головы до ног
Цвет кожи (бледность, цианоз), влажность, эластичность, пигментация.
Слизистые оболочки
Лимфоузлы
Ротовая полость
Волосы (на голове и теле)
Ногти (цвет, форма, состояние)
Суставы (часто заболевания соед.ткани протекают с поражением кожи и ногтей (РА - п\к узелки, эритема нодозум), подагра-тофусы и наоборот, заболевания кожи - с поражением суставов (псориаз)
Температура тела
Энциклопедия клинического обследования больных, стр.131
10.40 Угри (Вульгарные и розовые).
Задание для 1-й группы: Изучить основные симптомы и признаки при вульгарных угрях, (Дерматология, стр. Стр. 3,5,7) разработать тактику ВОП, включая обучение больных.
Задание для 2-й группы Изучить основные симптомы и признаки при розовых угрях (Дерматология, стр. 13, 15)и разработать тактику ВОП, включая обучение больных.
Обучение должно содеражать полезные советы для больных на простом языке.
Например, диета, избегать алкоголя и горячих напитков при розовых угрях и гигиена

кожи, не выдавливать угри и др.советы при вульгарных угрях и т.д. А также предоставить информацию о причине заболевания и мерах профилактики.
работа в 2 малых группах с последующим обсуждением. На подготовку- 10 минут. 20 мин-разбор.
11.20 Псориаз.
Классификация, симптомы, клинические признаки, дифдиагноз различных форм (например, волосистой части головы - д\д с грибковыми заболеваниями, себорейной экземе, перхотью, нейродермит), тактика ведения и лечение. Феномен Кебнера. Триада Ауспица. Тяжелые формы псориаза (пустулезный, артропатический и псориатическая эритродермия). Поражение ногтей (см наперстка, краевой онихолизис -Дерматология, стр. 721.Показания для консультации специалиста.Обучение больных. ((смягчающие крема, шампуни и мыло на основе дегтя, избегать стрессов и травм мест локализации элементов сыпи)
Желательно для этого занятия пригласить реального пациента (1-2), состоящих на учете в поликлинике. Презентации РР(СД диск , раздел гастро-инфекция-дерма, файл"псориаз") сразбором фото (Симптомы внутренних болезней - стр. 385, 413, 43, 339, 309, 220, 246,247, 365, 324, 220 - 221, 414, 246, 413)
11.50 Обед
12. 50
Инфекционные и паразитарные заболевания кожи: импетиго, рожистое воспаление. Разделить студентов на 2 группы. Задание для 1-й группы. Выписать на доске волрота инфекции, факторы риска и группы риска импетиго. Задание для 2-й группы: Выписать на доске ворота инфекции, факторы риска и группы риска рожистого воспаления. Время на подготовку- 10-15 минут. Затем презентация каждой группы и сравнить результаты с правильными ответами.Подготовить 8 фотографий: Дерматология, стр.643, 644, 649 (рожистое воспаление)
613, 615 (импетиго), стр.611(гепариновый некроз)стр. 6234 (карбункул). Дать по 8 фотографий каждой группе и попросить выбрать те фотографии, которые относятся к их патологии. При обсуждении каждая группа каждая группа должна объяснить почему они так считают.
Работа в малых группах
Факторы риска импетиго:
Высокая температура и высокая влажность окружающей среды
Болезни кожи, сопровождающиеся зудом
Детский возраст
Лечение антибиотиками
Плохая гигиена кожи
Мелкие травмы кожи
Скученность/антисанитария
злокачественные новообразования
 см.учебник Дерматология (атлас), стр. 612 - импетиго, 642 - рожа
Факторы риска рожистого воспаления
Алкоголизм и наркомания
Злокачественные новообразования и Химиотерапия
Лимфедема (после мастэктомии, флегмоны, рожи, операций на п\к венах,
Цирроз печени
Иммуносупрессивная терапия
Истощение
Почечная недостаточность
Атеросклероз.

Группы риска:

СД,
алкоголики
солдаты
пожилые люди
ВИЧ инфицированные
Прикованные к постели

Ворота инфекции:
воспалительные заболевания кожи
буллезные заболевания кожи
язвы кожи
пупочная ранка новорожденных
герпес, ветряная оспа, опоясывающий лишай
грибковые заболевания кожи
травмы кожи: ссадины, укусы(насекомые, животные, человек), уколы, ожоги
хирургические разрезы, венозные катетеры (рожа)
У детей - чаще первичная инфекеция, у взрослых - вторичная чаще.
13.50 Язва кожи, гениталий, пролежни (ЗППП).
Разбейте этот раздел занятия и разберите язвы кожи по отдельности, предварительно дав время на подготовку. Самостоятельная работа: разбейте студентов на 3 группы, они должны самостоятельно в течение 10 минут найти в учебниках информацию. В течение оставшихся 30 минут - общий разбор.
Работа в 3 малых группах
14. 30 Виды и локализация язв. Дифдиагностика. Группы риска. Профилактика язв кожи. Лечение.
Задание для 1 группы: Провести дифференциальный диагноз язв нижних конечностей, приведите примеры отличия язв при венозной и артериальной недостаточности. Группы риска, тактика ВОП.
Задание для 2 группы: Пролежни. Характерная локализация. Группы риска. Профилактика и лечение.
Задание 3 группе. Дифдиагноз язв в генитальной области. Группы риска. Течение язв. Профилактика и лечение.
Показать, как следует накладывать эластичный бинт, проводить обработку ран и стерильные повязки при язвах голени.
Язвы. Дерматология. Стр. 961 - описание язвы, стр. 482 - сосудистая недостаточность, Стр. 494 - 503 троф. язвы и пролежни, 918-924 -герпес, 886-894 - сифилис. См. Приложение(тактика).
14.50
Клиническая ситуация 1. На прием к врачу пришла девушка 16 лет. У нее в течение 3 лет - псориаз. Она хочет, посоветоваться, можно ли ей сделать прокол в ухе, сейчас, когда у нее там элементы псориаза? Почему? (нет, нельзя. Феномен Кебнера - появление новых элементов в месте раздражения)
Клиническая ситуация 2. Мужчина обратился с жалобами на боль в ноге при ходьбе , из-за которой он вынужден останавливаться, появление язвы на стопе. При осмотре - конечность бледная, холодная на ощупь, пульсация резко снижена. Язва - глубокая на подошве, дно - сухое. Можно ли порекомендовать больному эластичное бинтование конечности в дополнение к сосудистым препаратам? (Нет, нельзя. При язвах, вызванных артериальной недостаточностью бандаж противопоказан). Фото - Симптомы внутренних болезней, стр. 372.рис.772
15.00 тесты
1. Для псориаза характерно:
а) наличие крупных бляшек с чешуйками+

б) локализация высыпаний на сгибательных поверхностях конечностей
в) феномен Кебнера+
г) упорный зуд
д) поражение ногтей +

2. Выберите первичные элементы сыпи.
а) эхкимоз.+
б) бляшка.+
в) волдырь.+
г) чешуйка
д) трещина

3. Укажите факторы риска возникновения розовых угрей:
а) инсоляция и перегревание+

б) употребление алкоголя+
в) стресс+
г) постоянные переохлаждения+
д) переливания крови

4. Закупоренные роговыми массами волосяные фолликулы называются:
а) пустулезные угри
б) свищевые ходы
в) келлоиды
г) комедоны+
д) мягкие узлы

5. К наиболее тяжелым формам псориаза относят:
а) пустулезный+
б) папулезный
в) артропатический+
г) псориатическую эритродермию+
д) буллезный

6. При рожистом воспалении пораженный участок:
а) синюшного цвета и приподнят над уровнем здоровой кожи+
б) красного цвета, блестящий
в) горячий, отечный+
г) холодный на ощупь
д) болезненный+

7. Появление угрей у женщин фертильного возраста
а) может быть следствием приема анаболических гормонов
б) может быть следствием приема комбинированных контрацептивов+
в) редко при приеме прогестиновых контрацептивов+
г) может быть признаком синдрома поликистозных яичников+
д) во время беременности можно назначить эритромицин внутрь

8. В отличие от вульгарных розовые угри:
а) встречаются только у пожилых женщин
б) характерны для смуглых людей
в) никогда не бывает комедонов+
г) до появления угрей характерны приливы жара+
д) характеризуются разрастанием желез кожи.+

9.Отметьте признаки, характерные для язв при хронической венозной недостаточности:
а) локализуются на голени+
б) у больных сильная боль в месте язв,
в) развивается отек голени+

г) язва - глубокая, с ровными краями,
д) перемежающая хромота - частый сопутствующий симптом.
10. Отметьте признаки, характерные для язв при хронической артериальной недостаточности:
а) локализуются на стопе+
б) холодная и атрофичная кожа нижних конечностей +
в) ослабление пульсации на периферических артериях+
г) гиперпигментация кожи
д) поверхностная язва с неровными краями.

15.10-15.25
Обсуждение новой темы

Занятие № 50

Зуд. Крапивница, чесотка, педикулез, экзема, дерматит, грибковые поражения кожи, (Дерматофития). Лишай.

Список литературы по теме дня:
1. Дерматология. 850-856чесотка, 844-846-педикулез, 322-328- крапивница, 696-699-дерматофитии, 54-61-экзема, 48-53- контактн. Дерматит. 112-115-розовый лишай, 274-278-кр.пл.лишай, 738-740- отрубевидный лишай
2. Доказательная медицина, 402-414
3. Мерк.том 2, 597-602, 606-610
4. Мерта, 869-917 (зуд)
5. Симптомы внутренних болезней. Атлас. 184-чесотка, 52,183,393,394- крапивница, 395-вши, 44,246,247,362-грибковые инфекции кожи, 185,393-400-зуд
6. 2000 болезней. 341-342-зуд, 290-295-дерматиты, дерматомикозы, 455-458-лишаи, 980-чесотка, 656-педикулез.

По окончании занятия студент должен знать:

- Основные элементы сыпи при крапивнице, экземе, дерматите, чесотке, педикулезе.
- Основные элементы сыпи при различных видах лишая
- Основные элементы при грибковых заболеваниях
- Показания для консультации специалиста
- Знать 4 препарата из списка лекарств, использующихся при зудящих дерматозах

Студент должен уметь:

- Проводить расспрос больных с заболеваниями кожи, сопровождающихся зудом
- Проводить дифдиагноз зудящих дерматозов.
- Проводить обучение больных
- Назначать лечение при зудящих дерматозах

Список препаратов, которые должны быть включены в список врача СВП при лечении зудящих дерматозов.
1. Местные стероидные мази слабой, средней и высокой эффективности (гидрокортизоновая мазь, синафлан, преднизолоновая, бетаметазона дипропионат 0,05%, целестодерм)
2. Местные антибактериальные мази, крема - эритромициновая, тетрациклиновая, линкомициновая мазь, метронидазол гель
3. Средства против дерматомикозов: миконазол, кетоконазол, интроконазол
4. Средства от педикулеза: ниттифор
5. Средства от чесотки - спрегаль-лосьон

6. Средства от зуда для системного приема: супрастин, кларитин(лоратадин), бенадрил (димедрол)
8.30 повторение вчерашней темы
1. Лихенификация -это:А. Подчеркнутый рисунок кожи +
Б. Пятно
В. Узелок
Г. Бугорок
Д. Узел
2.Пролиферативный элемент сыпи:
А. Волдырь
Б. Узел+
В. Пузырь
Г. Пузырек
3. Экссудативный элемент сыпи:
А. Пузырь+
Б. Папула
В. Корка
Г. Узел
4.Причинами возникновения кожных язв является:
а) болезни крови+
б) нарушение иннервации+
в) нарушение кровоснабжения+
г) хронический алкоголизм+
д) остеомиелит+
5. Одиночные или множественные мягкие, безболезненные разрастания, которые появляются вокруг вульво-вагинальной области, уретры, пениса, промежности и ануса - это характерные клинические проявления:
А. Мягкого шанкра.
Б. Первичного сифилиса.
В. Кандидоза.
Г. Хламидиоза. Д. Кондиломатоза+

9.00 клинический случай
Женщина обратилась с жалобами на сыпь на руках, которая сильно зудит фото см. приложение.
Вопрос1: Возможный дифдиагноз? (Ответ:аллергический дерматит, нейродермит, экзема,честока, грибок)
Вопрос2: Какие вопросы вы зададите женщине? (Ответ:Профессия, как давно, что провоцирует, что облегчает, есть ли аллергия?контакты с химическими вещетсвами, больными чесоткой, грибковыми заболеваниями, зуд и высыпания симметричные?)
Информация- работает медсестрой в больнице, имеет сына-инвалида, за которым много приходится стирать и она использует порошки и моющие средства, сыпь характеризуется обострением после стирки мытья посуды,отмечает мокнутие и сильный зуд, когда расчесывает- появляются капельки крови.
Вопрос3: Ваш диагноз? Экзема(нейродермит ограниченный)
Вопрос4: Как женщина может защитить свои руки от раздражения?
Курсанты могут сказать про перчатки, увлажняющие крема. Если не знают, пока не дополняйте их, так как они будут разбирать это позже в течение дня.
Вопрос 5: Какие заболевания часто встречаются в семейном анамнезе у больных с экземами? (Ответ:Крапивница, отек Квинке, БА, сенная лихорадка)
9.35. Зуд. Причины.

задание для 1 группы: Выпишите все причины анального зуда. Задание для 2 группы: Выпишите все причины генитального зуда. Задание для 3 группы: выпишите наиболее частые причины генерализованного зуда. Задание для 4 группы: Заболевания кожи сопровождающиеся сильным зудом. (Мерта, стр. 896-898, Док. Мед. 402, 2000 болезней, стр. 341-342)

Можно эту часть занятия провнести в виде работы в малых группах поделить группу на 4 части. Каждая группа работает над своим заданием:

Группа работает с литературой в течение 10 минут, оставшееся время 20 минут- -разбор. Представитель каждой группы выходит к доске и докладывает материал, подготовленный группой. Это может быть записанный на прозрачках или флипчартах материал. Если есть прозрачки, то для работы понадобится 4 фломастера, 4 прозрачки(илти флипчарта) и оверхед. Фломастеры также понадобятся при работе на флипчартах или доске. Вся группа участвует в дискуссии. Позже курсанты могут переписать информацию с флипчартов или доски в тетрадь конспектов.

10ч.05мин. Сбор анамнеза у больных с зудом

10 вопросов больным с зудом.

1. Острое или хроническое появление?
2. Сила/интенсивность зуда(есть ли расчесы до крови?)
3. Локальный зуд(где именно) или по всему телу?Характерное время суток?
4. Профессия
5. Контакты (животные, люди с такими же симптомами, химические раздражители, укусы насекомых)
6. Основное заболевание (гипотиреоз, гипертиреоз, сахарный диабет, цирроз печени, уремия и т.д)
7. Прием ЛС (антибиотики, алкалоиды, психостимуляторы, хинидин, опиаты)
8. Есть ли сопутствующая сыпь? Ее характер
9. Что провоцирует зуд и что облегчает?
10. Прошлый анамнез и лечение зуда.

выпишите на доске вопросы и разберите их до презентации

Осмотр больных с зудом

Шаги осмотра.

1. Обращают внимание на возраст (у стариков- сенильный зуд, у детей - педикулез, чесотка), пол (у мужчин- анальный зуд, у женщин - генитальный, контактный дерматит) и состояние (беременность)
2. Цвет кожи (желтуха?) Наличие элементов сыпи, расчесы
3. Признаки основного заболевания - увеличение ЩЖ, запах ацетона изо рта, асцит.
4. Л/у
5. Элементы сыпи - есть ли инфицирование из-за расчесов, признаки воспаления
6. Локализация расчесов (складки кожи, туловище, волосистая часть головы)
7. Лихенификация - признак хронического зуда
8. Атрофия кожи (у молодых)- признак использования стероидных мазей.

выпишите на доске вопросы и разберите их до презентации

10.25.

грибковые поражения кожи, Дерматофития туловища- 2 минут, стоп--7-10 минут, волосистой части головы -5минут, лица, кистей-2 минут, ногтей- 5 минут, Лишай: розовый- 5 минут, отрубевидный- 5 минут, кр.пл.лишай- 5 минут.

Расспрос больных с зудом кожи. Наиболее частые причины зуда кожи - дифдиагностика.особенности осмотра. Особенности грибковых поражений кожи - характер поражения- четко отграниченные участки, с гиперемией, с шелушением. . Паховая дерматофития, дерматофития туловища, волосистой части головы и т.п. Дифдиагностика. Особенности лечения и профилактика. Обучение больных.

Разноцветный лишай, Противогрибковые препараты. Розовый лишай.особенности. Красный плоский лишай. Особенности .Тактика ВОП. Показания для консультации специалиста.
презентация РР(СД диск , раздел Гасто-инфекции-дерма, файлДерматомикозы" + фото, стр. 701,705,707,709,713,721,
11.10 Экзема, дерматит,
Разделите курсантов на 4 группы. Задание для 1-й группы- симптомы, признаки, д\д, лечение экземы. Обучение больных.(Острая и хроническая экзема) . Задание для 2-й группы- контактный дерматит.3-я группа- атопический, 4-я группа- себорейный дерматит. На подготовку- 10 -15 минут. Далее разбор + Стероидные местные ср-ва. Группы в зависимости от силы (слабые -гидрокортизон, сильные - беклометазон валерат и т.д.) Показания для использования стероидных мазей.
Работа в малых группах. Источники: Дерматологиястр. 54-61, Мерта стр. 903-909, доказательняя медицина стр. 421-423, 2000 болезней, стр. 290-293, мерк.стр. 597-602
11.40 Закрепление материала
Можно нарисовать человека на доске и попросить курсантов выйти и выделить области, на которые можно наносить стероидные мази. Например, на паховую область и на лицо можно наносить только слабые стероидные мази- гидрокортизона ацетат, на руки при экземе- сильные стероиды- беклометазон и т.д.
11.50-обед
12.50 Практика
Инструкции врачу. К вам на прием пришел мужчина 36 лет, у которого сыпь на теле, сопровождающаяся зудом. Проведите расспрос и перечислите шаги осмотра.
Инструкции "больному". Вы - инженер-строитель. Вам 36 лет. Недавно вернулись из 3-мес. командировки в Каракалпакию. Вот уже почти 1 мес. Вас беспокоит сильный зуд по всему телу, паховой области и между пальцев, вы пробовали пить средства от аллергии - без успешно. Зуд в основном беспокоит ночью. На теле у Вас - сыпь (предоставить рисунок с чесоткой, см. Дерматология, стр. 851, рис.30-5)
У Вас не было контактов с другими женщинами за все время командировки, но в течение последних 1,5 месяца своей командировки вы жили в полевых условиях в общей палатке с рабочими объекта, который строился в степи. У Вас нет лихорадки и увеличения лимфузлов. У Вас никогда не было подобной сыпи, аллергии. Вы - курите, изредка-выпиваете 100-200 г водки. Вы никогда не болели.
Ролевая игра
Инструкции для экспертов.
1. По карте консультации отметьте, как врач провел консультацию.
2. Отметьте также, выполнил ли врач следующие пункты консультации:
А. Представился и установил контакт с больным
Б. Выяснил причину визита и характер жалоб
В. Выяснил давность жалоб, локализацию и характер сыпи
Г. Расспросил время появления зуда (ночью)
Д. Расспросил о возможных контактах
Е. Расспросил о других возможных причинах сыпи - аллергия, инфекции
Ж. Расспросил о вредных привычках.
З. Правильно изложил шаги осмотра больного- осмотр желательно провести в перчатках, осмотреть пораженные участки кожи, начиная с головы до ступней, межпальцевые промежутки, паховую область.
Д. Поставил правильный диагноз- Чесотка.

13.25 чесотка, педикулез,
Разбор симптоматики, основных клинических проявлений, дифдиагностика и возможные осложения. Группы риска (дети, организованные заведения-интернаты, военные, дома

престарелых, плохая гигиена-алкоголики, умственно отсталые и т.п.) Обучение и лечение. Препараты, доступные в местных аптеках.
фото Дерматология стр.845, 851,857
13.45 Крапивница
Заранее, за 2-3 дня дайте задание кому-нибудь из курсантов подготовить небольшую презентацию по крапивнице. Острая и хроническая. Дифдиагностика. Элементы сыпи. Особенности - сыпь исчезает в течение нескольких часов, не сопровождается зудом, не оставляет следов после себя, часто сочетается с отеком Квинке и т.п. Тактика ВОП-лечение неотложное и профилактика. Показания для консультации специалиста. Презентация устная с демонстрацией фото. Источники: ДМ, стр. 413, Дерматология, стр. 322-328.

Индивидуальная работа. Попросить курсантов разработать методические рекомендации для врачей СВП по ведению больных с грибковыми заболеваниями кожи, лишаями, экземами, дерматитами, чесоткой, педикулезом и крапивницей или для больных (по желанию).
Самые лучшие методические рекомендации можно опубликовать в местных газетах, это будет стимулом для врачей и позволит им и их коллегам работать по готовому шаблону.
14.00
Проверочные вопросы:
1. Перечислите основные элементы сыпи при крапивнице (волдырь), чесотке(чесоточные ходы-расчесы-эрозии, корки), педикулезе-(вши, гниды, экскориации), экзема(красные пятна, бляшки, микро-везикулы, эрозии, мокнутие, расчесы, лихенификация) контактный дерматит (четко очерченные красные отечные бляшки с везикулами, эрозии, корки)(можно подглядывать на флипчарт)
2. Назовите отличительные признаки розового лишая - материнская бляшка, и множественными вторичными высыпаниями на туловище. Сыпь розового цвета, слегка шелушащиеся папулы, слабый зуд. Проходит самостоятельно.
3. Основное лечение отрубевидного лишая? - противогрибковые препараты.
4. При каком виде лишая возникают поражения слизистой рта, которые часто путают с лейкоплакией? - красный плоский лишай.
5. Дайте 5 советов больному с экземой или атопическм дерматитом (без медикаментозного лечения):
а) избегать купания в горячей воде
б) избегать ежедневного использования мыла, шампуней
в) пользоваться увлажняющими кремами
г) при польз
Можно нарисовать на доске таблицу и записывать в нее вопрос и ответ(см. ниже)
Заболевание
элементы сыпи
педикулез
вши, гниды, расчесы
крапивница
волдыри
14.30 тесты
1. Не медикаментозное лечение экземы:
   а) вместо туалетного мыла использовать хозяйственное мыло
   б) ограничить контакт с раздражителями кожи+
   в) стирать в мягких кожаных перчатках
   г) увлажнять кожу кремами+
   д) ежедневно проветривать комнату
2. Дерматофития стоп характеризуется следующими симптомами:

а) боль в стопах+
б) зуд стоп и неприятный запах+
в) трещины и шелушение в межпальцевых промежутках+
г) кольцевидная эритема+
д) депигментация в центре очага+
3. Отметьте основные клинические признаки экземы в острой стадии:
а) эритема+
б) лихенизация
в) микровезикулы+
г) микроэрозии+
д) мокнутие в виде капель росы+
4.Отметьте клинические признаки, характерные для себорейного дерматита:
а) расчесы+
б) эритематозно- сквaматозные очаги поражения+
в) четкие границы очагов+
г) нечеткие границы очагов
д) у младенцев в основном высыпания на голове+
5. К клиническим проявлениям кандидоза относятся:
а) сильный зуд+
б) при поражении паховой области - четкие границы гиперемии+
в) неприятный запах выделений+
г) при поражении слизистой рта - обильное слюнотечение+
д) при поражении кишечника - лихорадка+
6. Какие советы вы дадите родителям ребенка при экземе?
а) ежедневные воздушные и солнечные ванны+
б) купать ребенка теплой водой и вытирать мягким полотенцем+
в) использовать мыло при каждом купании
г) подгузники использовать только, когда укладываете ребенка спать
д) ограничить шоколад и цитрусовые+
7.Найдите соответствие между клиническими признаками и диагнозами:
а) отрубевидный лишай
б) розовый лишай
в) красный плоский лишай
г) псориаз
д) витилиго
1. Воспалительное заболевание кожи, проявляющееся зудящими плоскими папулами на коже и молочно-белыми высыпаниями на слизистой рта(в).
2. Острый дерматоз с материнской бляшкой и множественными вторичными высыпаниями на туловище по типу "елочки".(б)
3. Грибковое заболевание с четко
4. Депигментированные пятна, склонные к увеличению, часто сочетаются с аутоиммунными заболеваниями(в)
5. Прогрессирующее наследственное заболевание с обильно шелушащимися папулами и поражением многих частей тела(г).
8. Причиной локализованного зуда является:
а) чесотка+
б) анальный зуд+
в) педикулез+
г) сахарный диабет
д) беременность
9. Для крапивницы характерно:
а) исчезновение высыпаний в течение 24 часов +

б) наличие одиночных папул с четкими границами
в) волдыри- основные элементы сыпи+
г) излюбленная локализация - места сдавления, открытые участки + д) после сыпи остаются следы
10. Группы лиц, у которых вероятность чесотки высока
а) алкоголики+

б) солдаты+
в) умственно отсталые+
г) пациенты домов престарелых+
д) дети +

15.00-15.25
Обсуждение новой темы

Занятие № 51

Нарушение пигментации. Пигментные образования: невус, меланома. Объемные образования - бородавки, липомы, рак.

Список литературы по теме дня:
1. ДМ, стр.417-бородавки, 419-рак кожи
2. Мерта, стр. 936-958
3. Дерматология, стр. 188-233(меланома, рак), 140-155(невусы)774-784(вирусные инфекции-бородавки, контагиозный моллюск).
4. 2000 болезней, стр.164-бородавки, стр. 466-меланома, стр. 735-рак
5. Мерк. том 2, 610-вирусные инфекции, нарушения пигментации-627, доброкачественные опухоли- 628-631, злокачественные опухоли- 631-633.
6.Симптомы внутренних болезней, стр. 8-14, 19-нарушения пигментации
7. О превенции в практике семейного врача, стр. 126

По окончании занятия каждый студент должен знать:

- вопросов при расспросе больных с объемными образованиями кожи
- обязательных характеристик для регистрации элементов злокачественных образований кожи
- группы риска по возникновению рака кожи.
- Признаки ФИГАРО озлокачествления меланомы
- Показания для консультации специалиста
- Методы диагностики

Студент должен уметь

- Проводить расспрос и осмотр больных с нарушениями пигментации и объемными образованиями кожи
- Проводить дифференциальный диагноз
- Проводить обучение больных с целью профилактики рака кожи.

8.30
повторение вчерашней темы
Повтор вчерашней темы:

1. Перечислите 5 причин анального зуда : аллергическая реакция (мыло, местные анестетики), геморрой и трещины заднего прохода, ношение узкого белья, контактный дерматит, инфекции и гельминты, несоблюдение гигиены.
2. перечислите 5 причин генитального зуда: инфекции (кандидоз, бак.вагиноз), бели, антибиотики , атрофия влагалища, вульвы, грубое белье, заболевания(СД, гепатиты, гипотиреоз), лобковые вши.
3. какие стероидные мази можно наносить на лицо при зуде и сыпях? - только слабые стероидные мази- гидрокортизона ацетат 1%- максимум 1 неделя.
4. Перечислите группу больных, кому противопоказаны сильные стероидные мази: младенцы до 1 года, лицам с поражениями на лице и гениталиях - очень высок риск побочных эффектов.

5. Обучение больных для профилактики педикулеза должно включать следующие советы:
а) ежедневное мытье волос
б) нельзя пользоваться чужими головными уборами +
в) регулярно проверять волосы у детей, посещающих закрытые учреждения +
г) ношение платка или кепки защитит волосы от заражения
д) общая постель - один из факторов риска заражения +
6. Для атопического дерматита характерно:
а) сильный зуд лица и складок кожи (локтевая, подколенная)+
б) наследственность по атопии (БА, Сенная лихорадка) +
в) первые признаки - в возрасте до 2 лет +
г) появление высыпаний на ягодицах - признак хронизации
д) быстрый эффект от диеты
7. Лечение должно включать следующие шаги:
а) Н1 блокаторы при сильном зуде+
б) ежедневное увлажнение кожи +
в) ежедневное мытье складок кожи мылом+
г)стероидные мази+
д) при присоединении инфекции - местно антибиотики+
правильные ответы даны в скобках или отмечены знаком "+"

8. Наиболее частые пищевые аллергены при атопическом дерматите:

а) говядина
б) яйца+
в) картофель
г) рыба+
д) арахис+
9. Возможные побочные эффекты от бесконтрольного применения стероидных мазей:
а) язва желудка
б) лихенификация кожи
в) атрофия кожи+
г) недостаточность надпочечников+
д) депигментация кожи

9.00
клинический случай

К вам обратилась загорелая женщина, 29 лет .Она -менеджер туристического агенства. Пришла с жалобами на появление пятен на спине. Они появились 4-5 месяцев назад и она обнаружила их случайно, когда почувствовала зуд на спине и почесала, а после расчеса пятно стало кровоточить. Она не обращала внимание- думала- укус или что-то в этом роде.

Вопрос 1: какую информацию дополнительно вы хотите получить?

Вариант ответа: студенты могут спросить о факторах риска меланомы: длительное пребывание на солнце, наследственности, а также о симптомах - усталость, слабость, лихорадка, снижение аппетита.

Дополнительная информация. Она в последнее время часто ездила загорать в Грецию и Турцию, так как очень любит плавать и загорать. В последнее время чувствует себя несколько усталой, хотя не думает, что она больна.

Вопрос 2: Что вы дополнительно хотите узнать? (отв.: курсанты могут спросить, изменилось ли пятно, появились ли новые элементы, есть ли боль, и др. симптомы)

Доп. Информация: недавно увидела, чтопятно увеличилось и потемнело и вокруг пятна появились несколько мелких пятнышек. На других участках кожи пятен нет.

Представьте фото с меланомой на спине. Таким образом -диагноз меланома.
фото- см. Дерматология, стр.207, рис. 9-11 или 9-12
9.45.
Перед презентацией. 5-7 минут
Спросить с чем у нас ассоциируются родинки и как к ним относятся люди? Многие скажут, возможно, что родинка- это признак красоты и привлекательности, родинки- ниже колен - это признак трудной жизни и т.п, народные поверья в отношении родинок, что их нельзя травмировать и удалять и т.п. Особые имена, для тех, кто родился с родинками.

Попросить кого-нибудь курсантов подсчитать количество родинок на теле и выявить те, которые появились недавно. Можно даже сделать это в виде соревнования- у кого больше, крупнее, темнее

10.00
Пигментные образования: невус, меланома, рак кожи .

Рассмотреть виды невусов (монгольское пятно, родимое пятно,родинки). Факторы риска образования меланом (климат, профессия, образ жизни- загорающие) ФИГАРО- как признаки озлокачествления. Тактика ВОП.
презентация РР (СД диск , раздел Гасто-инфекции-дерма, файл Пигментные изменения кожи").

Выписать на доске признаки меланомы ФИГАРО
см. в Презентации РР.

при разборе меланом ссылаться на Приложение Д, Е, Ж,-в атласе Дерматология по меланоме, стр. 969

10.45
Практика
Вернитесь к родинкам. Пригласите кого-нибудь из детей постарше из полиниклиники. Подсчитайте число родинок, размер. Расспросите о симптомах если есть, если курсанты не стесняются можно расспросить у них. Можно определить тип невуса (сравнивая с фото).
Дерматология. Невусы. Стр. 140
11ч.20мин.
Объемные образования- бородавки(20 мин), липомы(20 мин)

Задание для 1 группы: Бородавки- этиология. , виды, Вероятные исходы. Методы лечения.Задание для 2 группы: Липомы. Дифдиагностика. Клинические проявления. Тактика лечения. Обучение больных. На подготовку 15 минут на разбор- 25 минут. Работа в малых группах. Источники: Дерматологиястр. 186-липома, 775-бородавки, Мерта стр. 878,939-941,623-625,-доказательняа медицина стр. 417, 2000 болезней, стр. 164, мерк том 2, стр. 610
11.50
обед

12.50
Ролевая игра
Инструкция для врача. Проведите расспрос светлокожей девушки с жалобой на появление язвы на коже голени правой ноги.
Инструкция для пациента. Вам 19 лет. Вы - приехали в Узбекистан из Белоруссии, погостить к родственникам. Вы регулярно приезжаете летом в Узбекистан, позагорать, поесть фруктов. Целыми днями вы загораете на солнце, хотя Вас плохо берет загар. Наверно, это наследственное - у вашей мамы также светлая кожа. Вас беспокоит язва на ноге, она возникла, после того как вы повредили крупную родинку 1 месяц назад, после этого 2 раза было небольшое кровотечение из родинки и она никак не заживает. Сейчас у Вас немного опухла нога и есть боль, когда вы наступаете на правую ногу. У Вас на теле много родинок, все они разного цвета, есть и плоские родинки на спине. У Вас в роду ни у кого нет меланомы, но ваша бабушка умерла от базалиомы, вы не знаете, что это такое. Вы не курите и не пьете алкоголь.

Инструкции для экспертов. 1 Создал благоприятную обстановку для беседы

2 Расспросил когда впервые появилась язва , стала изменяться
3 Расспросил о характеристиках язвы: увеличение в размерах, неровные края, изменение цвета,
4 Выяснил, есть ли кровоточивость, зуд, дополнительные пятна, дистантные повреждения кожи
5 Выяснил, как часто и как долго она находилась под ультрафиолетовым излучением
6. Расспросил о наследственности по меланоме, раку кожи
7 Приветствовал вопросы и отвечал грамотно
8 Консультацию провел уверенно
9 Поставил предварительный диагноз: Злокачественная меланома

13.50
если останется время -самостоятельная работа/или в виде домашнего задания.
разработать метод.рекомендации для ВОП по основным клиническим признакам меланом и рака кожи. Меры профилактики. Обучение больных. Буклеты для пациентов как защитить себя от рака кожи. (ношение одежды с длинными рукавами, шляп, очков, солнцезащитные крема, избегать длительноготпребывания на солнце и т.д.) см. Опревенции в практике семейного врача", стр. 126-129
Студенты должны научиться составлять грамотные буклеты для пациентов, так как это пригодится в их работе над проектами.
14.20
тесты
1. Какая характеристика правильна в отношении липом?
а) одиночная или множественная опухоль+
б) имеет мягкую консистенцию+
в) имеет круглую или дольчатую форму+
г) могут быть от маленьких до 12 см.+
д) могут возникать на шее, в области лица, а также на спине+.
2.Отберите верные утверждения о бородавках:
а) это новообразование кожи вызываемое грибами,
б) это заразное заболевание+
в) они могут самостоятельно исчезнуть+
г) эффективны препараты витамина А и ретиноиды,
д) при повреждении появляются новые высыпания.
3. Для базальноклеточного рака кожи характерно:
а) быстро дает метастазы,
б) встречается в 80% случаев рака кожи+
в) имеет перламутрово-розовый цвет и четкие границы+
г) встречается чаще у людей старше 50 лет+
д) четкая связь с профессией+

4.. Отметьте признаки, указывающие на малигнизацию пигментного пятна:
а) форма пятна длительное время не меняется
б) появление ассиметрии пятна+
в) четкие симметричные границы
г) изменение цвета+
д) выпуклая форма пигментного пятна+
5. Отметьте факторы риска при узловой меланоме:
а) предшественники меланомы+.
б) меланома в семейном анамнезе+

в) светлая кожа+
г) избыточная инсоляция+
д) дети до 10 лет
6.Укажите клинический признак, который может встречаться у больных с витилиго:
а) гипестезия
б) эритема
в) шелушение
г) гипо- или депигментация+
д) инфильтрация
7. Меланома:
а) чаще встречается у лиц со смуглой кожей
б) может передаваться по наследству+
в) чаще развивается на чистой коже, а не из предшественников
г) имеет две фазы роста: вертикальная и радиальная+
д) в фазе вертикального роста практически не метастазирует

8. Факторы риска плоскоклеточного рака кожи:
а) работа на сильном ветру
б) привычка часами лежать на пляже+
в) солнечные ожоги в детстве+
г) папиллома вирус человека+
д) необрезанные мужчины+
9. Диагностика язв.
А. Ишемическая язва
Б. Базальноклеточный рак кожи
В. Плоско клеточный рак кожи
Г. Сифилис
Д. Туберкулез
Е. Трофическая язва
Ж. Венозная язва
З. Афтозная язва
Для каждого пациента ниже выберите наиболее вероятный ЕДИНСТВЕННЫЙ диагноз из списка представленного выше. Каждый диагноз может быть использован один раз, более одного раза или вообще не использоваться.
1. У 70-летнего мужчины - язва на правой ушной раковине и увеличены шейные л\у . Края язвы вывернуты.(В)
2. У 50-летнего мужчины язва на левой половине носа. Края язвы закругленные.(Б)
3. У 60-летнего мужчины болезненная язва на слизистой рта. Края язвы - эритематозные.Неделю назад ему удалили желчный пузырь(З)
4. У 60-летнего мужчины поверхностная язва голени. У язвы - влажное дно, кожа вокруг-цианотичная, истончена.(Ж)

15.00-15.25
Обсуждение новой темы

Занятие № 52

Заболевания щитовидной железы (гипотиреоз, гипертиреоз). Особенности диагностики лечения. Тактика ВОП.

Для занятия необходимо:

- Компьютер

- Проектор
- Доска
- Фломастеры
- Неврологический молоточек
- Булавка
-

Студент должен знать:

- 5 основных симптомов СД; клинические признаки СД
- Характеристику 2 типов сахарного диабета;
- 2 метода лабораторной диагностики СД;
- 3 основных группы препаратов при лечении СД;
- 5 наиболее грозных осложнения СД и их профилактика ;
- Какие продукты советовать для диеты больным СД;
- Диф. Диагностик различных ком при СД и их лечение.

Студент должен уметь:

- Распознать ранние симптомы СД;
- Уметь дифференцировать СД 1 и 2 типов;
- Выявлять клинические признаки;
- Проводить профилактику осложнений;
- Осуществлять наблюдение и лечение больных с СД;
- Обучать больных;
- Правильно назначать инсулинотерапию больным с СД 1 типа.

8.30. Повтор пройденного за вчерашний день. 1. Пригласить больных с гипо и гипертиреозом и назначить курсанта играть роль врача, а другого роль эксперта, затем в группе закрепляется пройденный вчера материал, еще раз уделяется внимание основным признакам гипо и гипертиреоза.

Можете провести повторение пройденного материала в виде игры «Сюрприз». Заранее прикрепите скотчем под сиденье вопросы по ожирению, похуданию, гипотиреозу и гипертиреозу.

Можете задать шуточные вопросы:

- Команда борцов сумо из 3 человек вызывала на бой 15 лилипутов. Каковы шансы лилипутов остаться в живых после боя? (Ответ: самые низкие)
- Мужчина, продавец пуховых платков пришел к следователю с жалобами, что его жена выбросила все его платки, так как ей кажется, что в доме и так жарко, и она не переносит жару и все время потеет? При этом он жалуется, что его супруга стала такой нервной и из-за этого часто бегает в туалет. Какое заболевание возможно у его жены? (гипертиреоз)
- Его сосед подобрал эти платки, так как ЕГО жена наоборот все время мерзнет, и кутается и от этого впадает в спячку. Какое заболевание у жены соседа? (гипотиреоз)
- Женщина 29 лет неоднократно безуспешно садилась на все возможные диеты. С недавних пор она махнула рукой на диеты и зарядки и обратила внимание, что похудела на 6 кг за 2 месяца. При этом ей показалось, что ее жир переместился с бедер на шею, так как шея стала толстая. Чуть-чуть жира . по ее словам, ушло на глаза, так как и они стали больше. Какая причина на самом деле таких изменений у этой женщины? (гипертиреоз)
- Гинеколог лечит меноррагию у девушки 17 лет. При этом она испробовала 5 видов различных препаратов, включая Диане 35, Регивидон, Марвелон, Эксклютон и Регулон без особого успеха. Ее соседка – ВОП, обратила внимание, что у нее увеличена щитовидная железа, сухость кожных покровов и хриплый голос. Она

назначила девушке 1 препарат и через 1 месяц девушка сказала, что ее цикл нормализовался. Какой препарат назначила ВОП? (левотироксин).

8.50 клинический случай. Вы обратили внимание, что одна из пациенток в коридоре очень шумно возмущается, что слишком долго принимают больных. Вы обратили внимание , что у нее ручьем льет пот с лица и у нее дрожат руки. Вы провели ее в кабинет и выяснили, что она лечится у вашего коллеги, который опаздывает. При беседе вы узнали, что ей 63 года и ее беспокоит головокружение, резкая слабость, сердцебиение. Её основное заболевание - СД.
Вопрос 1. Как называется, состояние у данной больной? (Гипогликемия)
Вопрос 2. Какие возможные причины гипогликемии вы можете перечислить? (Прием препарата без последующего приема пищи, доза сахароснижающих средств слишком высока, больная выполняет слишком высокие нагрузки физические при обычной дозе, прием алкоголя, стресс)
Вопрос 3. Какую информацию вы хотели бы получить для установления причин гипогликемии у данной больной?какой препарат больная принимает в данный момент? Его доза и режим. Последние цифры глюкозы? Соблюдает ли она диету? ЕЕ физическая активность?
Дополнительная информация: она принимает манинил 3 раза в день по 1 таблетке, но не знает дозу, так как врач не объяснил ей и вы не нашли записей о дозе в ее карте(!). Диету особую она не соблюдает, но старается не есть мучное и сахар. Сегодня утром она сдала кровь натощак и уровень глюкозы-2,1 ммоль\л
Вопрос 4. Ваше мнение и тактика?
Ответ. Гипогликемия(связанная с передозировкой глибенкламида(манинила). (не требуется от курсантов знать это в начале занятия. *Требуется ввести 5% декстрозы(глюкозы) внутрь около 20 мл, и измерить уровень глюкозы через 30-60 минут. Больная должна находиться в медицинском учреждении пока вы не убедитесь, что уровень сахара поднялся до нормальных показателей. Обсудить с ее лечащим врачом дозу препарата).*

9.30.Презентация РР. Клиника, диагностика и лечение сахарного диабета.СД 1 и 2 типа. Симптомы, признаки,

Сбор анамнеза у больных СД.
***1*. Для установления диагноза СД выясните следующее:**

- ☞ Симптомы: утомляемость, жажда, учащенное мочеиспускание и симптомы осложнения СД: снижения зрения, онемение и чувство ползания мурашек, боли в сердце, аритмии и сердцебиение, похудание и т.п.
- ☞ Чтобы узнать о полиурии у детей спросите, мочится ли ребенок по ночам, количество подгузников и как часто ребенок просится в туалет во время школьных занятий
- ☞ Наследственность по СД и другим эндокринным заболеваниям
- ☞ У детей, спросите о периоде роста в неонатальный период, включая вес и состояние при рождении и были ли осложнения у матери во время беременности, родов и после родов.
- ☞ У взрослых женщин спросите о протекании беременностей и родов, включая вес всех детей, и были ли осложнения при беременности и родах

2. у пациентов с уже установленным диагнозом СД спросите о следующем

- ☞ Частота, выраженность и причина кетоацидоза или гипогликемии
- ☞ Симптомы и лечение осложнений со стороны глаз, почек, нервов, мочеполовой (включая и сексуальную), ЖКТ, сердца, периферических сосудов, стоп и цереброваскулярных.
- ☞ Предыдущие и настоящие инфекции
- ☞ Предыдущие и настоящие меры медикаментозного и не медикаментозного лечения
- ☞ Мониторинг и результаты уровня глюкозы
- ☞ Диета, статус питания. У детей –рост и развитие.
- ☞ Частота, интенсивность и объем физических упражнений
- ☞ Факторы риска атеросклероза: курение. Алкоголь и ожирение
- ☞ Физиологические, социальные и экономические факторы, которые могут повлиять на план ведения больного.

10.00. Практический навык. 1 час. Как проводить **осмотр больных с СД** (включая осмотр глазного дна, остроту зрения, пальпацию артерий и определение чувствительности, АД, ЧСС, осмотр стоп). Пригласить 1-2 реальных больных, состоящих на учете в поликлинике. Можно снять на видео, а затем разобрать с группой. Энциклопедия клинического обследования больных - осмотр глазного дна стр. 175 - 178,острота зрения 168-169, опред.чувствительности стр.500, осмотр стоп стр.456.

Особенности осмотра.

1. ***Рост и вес (сравните с нормой)***
2. ***во время пубертатного периода оцените развитие половых органов***
3. ***Оцените жизненно важные признаки, включая ортостатическое давление***
4. ***Кожа. Особенно места, где проводились инъекции инсулина***
5. ***полный офтальмологический осмотр (острота зрения, цветоощущение, поля зрения, глазное дно)***
6. ***осмотр ротовой полости и зубов***
7. ***пропальпировать ЩЖ***
8. ***полный осмотр сердечно-сосудистой системы***
9. ***пульс***
10. ***осмотр живота (увеличение печени)***
11. ***оцените движения кистей и запястий, исключить наличие контрактур***
12. ***внимательный осмотр стоп (пульсация, цвет)***
13. ***полный неврологический осмотр (обязательно чувствительность для исключения периферической нейропатии)***

Критерии скрининга.

- Следует провести тестирование всех лиц старше 45 лет и если нормальные показатели – повторять каждые 3 года
- Тест следует проводить в более молодом возрасте или чаще у лиц, кто:
  - Страдает ожирением (ИМТ более 27)
  - Имеет родственников первого родства с сахарным диабетом
  - Относится к этнической группе высокого риска (азиаты также входят в эту группу)
  - Если женщина рожала детей весом более 4.5 кг или в анамнезе – гестационный диабет
  - Страдает гипертензией (АД более 140/90)

- Имеет уровень холестерина ЛПВП менее 0.90 моль\л и/или триглицеридов более 2.82 ммоль/л
- Предыдущий тест выявил нарушенную толерантность к глюкозе (НТГ)

- тест – определение уровня глюкозы натощак (8 часовое голодание)
- если уровень глюкозы натощак более 126 мг/дл повторите тест.

Взято из отчета Американской Ассоциации Диабета.1998г. Report of the expert Committee on the diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes Care, 21.(Supp. 1) S5-S19.

11.50. обед.

12.50. Лечение СД. Комы при СД. Тактика ведения ВОП, Профилактика осложнений. В начале можно спросить о тех препаратах, которые они обычно назначают своим больным с СД (назначают ли сами?) Затем рассказать о Всех группах сахароснижающих препаратов подробнее см.таблицу.

Оральные гипогликемические средства			
Лекарство	**Механизм действия**	**Обычный режим**	**Наиболее выраженные побочные эффекты**
Сульфанилмочевины **Длительно действующие** Глипизид (глюкотрол XL) Глибенкламид (Манинил) **Средней продолжительности** Глимепирид (Амарил) Глипизид (глюкотрол)	Повышает уровень эндогенного инсулина	 5-10 мг (1-2 раза в сут) 1.75-5 мг (1-2 раза) 1-4 мг(1-2 раза) 2.5-25 мг (1-2)	Гипогликемия, прибавка веса
Бигуаниды Мерформин (Сиофор, Глюкофаж)	Снижает продукцию глюкозы в печени Повышает влияние инсулина на всасывание глюкозы в мышцах (приводит к снижению уровня холестерина низкой плотности и триглицеридов) Приводит к похуданию	500-2500 мг (2-3)	Диарея Снижение уровня витамина В 12, при неправильной дозе - лактоацидоз
Ингибиторы альфа – глюкозидазы Акарбоза (глюренорм) Миглитол (Глизет)	Замедляет всасывание глюкозы после еды	25-100(3) 25-50	Урчание в животе и дискомфорт в животе
Троглитазоны Авандия	Увеличивает действие инсулина на всасывание	200-400 мг мг	Умеренное снижение уровня эритроцитов

	глюкозы в мышцах и жировой ткани		Снижает уровень эстрогенов и прогестерона у женщин, принимающих КОК
Меглитинид Репаглинид (прандин)	Повышает эндогенный инсулин	0.15- 16 мг(3)	Гипогликемия, прибавка веса

Обучение пациентов. Инсулинотерапия.

- Необходимо хранить инсулин при комнатной терапии, только в течение месяца, для уменьшения местного раздражения в месте инъекции; невскрытый флакон должен храниться в холодильнике
- При смешивании инсулина в шприц первым необходимо набрать прозрачный инсулин короткого действия
- Заранее можно набрать инсулин в шприц и хранить шприцы в вертикальном положении в холодильнике в течение 3 недель (нельзя –для инсулина лиспро)
- Обычно инсулин вводится за 30-60 минут до еды. Лиспро вводится за 15 минут до еды.
- Водите инсулин подкожно в область плеча, передне -боковые отделы бедра, ягодицы и живот (исключая область в 2 см в радиусе вокруг пупка). Не вводите инсулин в другие анатомические области, но вы можете вводить препарат в различные места в пределах одной анатомической области.
- Следует уничтожать использованные шприцы в соответствии с местными правилами по уничтожению шприцов
- Правильно научите пациентов как повторно использовать шприц – промыть иглу и хранить шприц в холодильнике
- Заменители шприцов, например ручки-шприцы или картриджи дорогие, но более удобны в применении.

Симптомы передозировки. Дифдиагностика ком (вспомнить клинический случай) Первичная. Вторичная и третичная профилактика СД. Схема инсулинотерапии Мерта стр. 123-124, сахароснижающие препараты стр. 125, диетотерапия 124-125, обучение больных стр. 125, уход за стопами стр. 125-126, осложнения стр. 126, комы стр. 128 Методическая разработка по СД прилагается/ исследования анализы крови- нормальные показатели глюкозы, ГТТ, гликозилированный гемоглобин, ЭКГ, гл.дно, консультации эндокринолога, офтальмолога. Нормальные показатели крови Мерта стр. 121-122 фотографии и ЭКГ.

Уход за стопами.

Что делать	**Что не делать**
☞ Мыть ноги с пемзой ежедневно ☞ Ногти пилить пилочкой, спиливать верхний край, края не подпиливать ☞ Для согревания ног одевать носки без резинки ☞ Сушить ноги полотенцем, промокательными движениями, не растирая межпальцевые промежутки ☞ Увлажнять ноги кремом, не смазывая межпальцевые промежутки ☞ Еженедельно осматривать ноги зеркалом	☞ Подстригать ногти ножницами ☞ Использовать острые предметы при обработке ногтей ☞ Ходить босиком ☞ Мыть ноги водой горячее 40^0 С ☞ Одевать носки с тугой резинкой ☞ Надевать неудобную обувь, на высоких каблуках ☞ Греть ноги вблизи обогревателей, печек.

☞ Осматривать внутреннюю поверхность туфель перед тем как надевать туфли. ☞ Туфли должны быть удобными, на пол-размера больше, из натуральной кожи	

14.00. Если останется время. попросить студентов просмотреть Клинические практические руководства (КПР) по СД и разработать стандарты ведения больных с СД в СВП. преподаватель обращает внимание студентов на следующее обучение больных, выявление факторов риска указаны выше, принципы лечения, диета (достижение идеального веса, регулярное питание, употребление жиров и углеводов свести к минимуму, лечение и профилактика угрожающих жизни состояний, диабетический кетоацидоз, гипо и гипергликемическая кома, устранение факторов риска ИБС(ожирение, гиперлипопротеидемия, нарушение толерантности к глюкозе, АГ), проведение мониторинга, назначение инсулинотерапии и сахароснижающих препаратов).

14.30.тесты.

"Симптомы внутренних болезней" М.Затурофф диаб стопа стр368-369 ф765, стр 376-377 ф 779-784, глазное дно норма стр 308-309 (Клинич.обсл.) Дабетическая ретинопатия стр 310.

3-5 коротких ситуационных задачи с показателями уровня глюкозы, снимки диабетической стопы, глазного дна

1. На прием пришла женщина 61 год, в анамнезе сахарный диабет в течении 12 лет, по поводу чего принимает сахароснижающие препараты, последние месяцы отмечает онемение пальцев ног, похоладание конечностей и потемнение большого пальца стопы.
   Вопрос - какое осложнение СД наблюдается у этой женщины (диабетическая стопа)
   Какие советы вы дадите по уходу за стопой (носить удобную кожаную обувь по размеру, не ходить босиком, не заниматься самолечением, не мыть ноги горячей водой, быть осторожным вблизи открытого огня и нагревательных приборов.)
   Что необходимо (консультация эндокринолога с целью коррекции уровня сахара в крови и назначения сахароснижающих препаратов)

2. Мужчина 40 лет, с жалобами на боли в области сердца, одышку при физической нагрузке. Анамнез - в течении 15 лет страдает СД, по поводу которого принимает инсулин. Вопрос тренера - какие основные причины смерти больных СД (ИМ, инсульт, нефропатии) Какие факторы риска ИБС необходимо устранить? (АД, ожирение, гиперлипедемия, малоподвижный образ жизни).

3.Разыграйте с курсантами следующую ситуацию - одному из курсантов на занятии стало плохо, у него появилось обильное потоотделение, тремор, тахикардия, онемение губ, появилось внезапное чувство голода, из анамнеза выяснено, что больной получает инсулин в течении 2 лет, а утром торопясь на занятия он не успел позавтракать.

Вопрос о чем вы подумали и что надо сделать в первую очередь? (по видимому, у него легкий приступ гипогликемии и ему необходимо съесть несколько кусочков сахара или шоколад)

Тесты.

1.Наиболее часто встречаемые симптомы 2 типа сахарного диабета:

а) жажда, полиурия,+
б) похудание, утомляемость, +
в) зуд промежности,
г) частые инфекции кожи,+
д) снижение остроты зрения.+

2. Гипогликемия:

а) это снижение концентрации глюкозы ниже 5 ммоль/л+
б) чаще вызывается у больных получающих препараты сульфанилмочевины +

в) может развиться при повышенной физической нагрузке у диабетиков+
г) обязательно разовьется при приеме алкоголя+
д) сопровождается агрессией больного+

3. Основные цели Сент- Винсентской декларации включают:
а) снижение ретинопатии и слепоты у больных с СД на 1/3,
б) снижение больных СД с терминальной стадией ХПН на 1/3,
в) снижение ампутаций пальцев по поводу гангрены у больных СД на 1/2,
г) достичь нормальных беременностей и родов и рождения здорового ребенка у беременных с СД на 1/3,
д) снизить заболеваемость и смертность от ИБС у больных с СД на 1/3.

4.Отметьте верные утверждения относительно тактики ведения больных сахарным диабетом:
а) перед назначением оральных препаратов желательно назначить диету на 3 месяца+
б) расчет дозы инсулина производится из данных массы тела и давности заболевания+
в) во время оперативных вмешательств инсулин показан только больным с СД 1 типа.
г) беременным женщинам с гестационным диабетом, дозу инсулина подбирают в зависимости от предполагаемого веса плода.
д) критерием эффективности лекарственной терапии при СД является уровень гликемии от
4 до 10 ммоль\л +

5. Укажите правильные утверждения:
а) инсулин не следует назначать при диабете беременных
б) основу лечебной тактики при сахарном диабете у беременных составляет только диетотерапия
в) не во всех случаях назначается инсулинотерапия при СД 1 типа
г) ВОП должен учесть, кроме лечебной тактики при СД, необходимо обучить больного правилам ухода за стопами.+
д) диагноз СД ставится при повышении уровня сахара крови натощак выше 7,2 ммоль/л +

6. В осмотр больных с сахарным диабетом входит:
а) офтальмоскопия+
б) отоскопия
в) пальпация артерий на стопах+
г) определение размеров границ сердца+
д) измерение АД+

7. Найдите соответствие между клиническими признаками и состояниями при сахарном диабете:

1. Гипергликемия (а, в,д)

2. Гипогликемия (б, г,е)

а) потливость

б) сухость кожных покровов

в) больной безучастен, заторможен

г) голод

д) жажда

е) больной возбужден, агрессивен

8.Нормальные показатели при сахарном диабете:

а) артериальное давление – не выше 140/90 ммртст+
б) уровень гликозилированного гемоглобина – не выше 7%+
в) индекс массы тела не выше 25+
г) уровень ЛПНП – не выше 3 ммоль/л+
д) концентрация глюкозы в крови натощак не выше 7 ммоль/л+

9.У больного с сахарным диабетом II типа артериальная гипертензия. Какие препараты можно назначить?
а) каптоприл+
б) фуросемид
в) атенолол
г) амлодипин
д) вальсартан

10. Для гипергликемической комы характерно:
а) может провоцироваться острой инфекцией +
б) частое глубокое шумное дыхание+
в) кожа влажная
г) ощущение голода
д) повышение уровня глюкозы+

15.00-15.25 Обсуждение новой темы

Занятие № 53

Клиника, диагностика, лечение сахарного диабета. Тактика ведения ВОП. Профилактика осложнений, скрининг и обучение населения. Диабет и др. заболевания. Тактика ведения. Назначение ЛС. Комы при СД. Тактика ВОП.

А. Тип 1. (Ранее известный как инсулин зависимый диабет- ИЗСД, или диабет начинающийся в ювенильном возрасте) обусловлен деструкцией бета-клеток и обычно это приводит к полному дефициту инсулина, может быть в виде следующих форм:
1. Обусловленный иммунными медиаторами (вирусный?)
2. Идиопатический

Б. Тип 2. (ранее известный как инсулин независимый диабет ИНСД, или диабет взрослого возраста).
1. Характеризуется резистентностью клеток к влиянию инсулина, может также встречаться нарушение секреции инсулина
2. Факторы риска включают следующее:
А. наследственность по диабету
Б. превышение массы тела более 20 % от идеальной массы
В. Раса (американские индейцы, негры, азиаты)
Г. Возраст более 45 лет
Д. Плюс один из следующих факторов: ранее диагностированное нарушение толерантности к глюкозе, гипертония или гиперлипидемия, у женщин – анамнез гестационного диабета, или если они родили детей с весом более 4 кг
3. У некоторых подростков с ожирением может встречаться этот тип.

В. Другие специфические типы диабета.
1. генетический дефект функции бета- клеток
2. генетический дефект действия инсулина
3. Болезнь экзокринной части поджелудочной железы (панкреатит, травма, инфекция, панкреатотомия, панкреатическая карцинома)
4. Эндокринопатии (акромегалия, СД Кушинга, феохромоцитома)

5. Лекартсва или диабет, обусловленный приемом лекарств (тиазидовые диуретики, стероиды, фенитоин, никотиновая кислота, тиреоидные гормоны, альфа-интерферон)
6. Инфекции : врожденная краснуха или ЦМВ
7. Редкие формы диабета, обусловленного нарушением иммунитета (синдром «ригидного человека» и антитела к анти-инсулиновым рецепторам)
8. Другие генетические синдромы, такие как синдром Дауна, Клайнфельтера, Тернера

Г. Гестационный диабет. Непереносимость глюкозы в период беременности

Д. Нарушение толерантности к глюкозе.

3. Клинические проявления.

А. Критерии для диагностики СД у детей и взрослых.

Диагностические критерии СД

- Симптомы диабета (полидипсия, полиурия, похудание) плюс периодическая концентрация глюкозы в крови более 200 мг/дл (11.1 ммоль\л). «Периодическая» означает – любое время дня не связанное с последним приемом пищи

Или

- Глюкоза плазмы натощак более 126 мг/дл (7.0 ммоль/л). Натощак – это по крайней мере 8 часов воздержания от приема пищи.

Или

- Глюкоза плазмы через 2 часа после приема пищи более 200 мг/дл (11.1 ммоль\л) (после выполнения ПТТГ). Максимальное количество глюкозы при выполнении ПТТГ – 75 г (у детей – 1.75 г/кг)

* Эти критерии должны быть подтверждены двукратно у больных с отсутствием сомнений в острой декомпенсации метаболизма. Второй тест проводится через несколько дней

Б. Критерии диагностики нарушения толерантности глюкозе : глюкоза натощак: более 110 мг/дл(6.1 ммоль\л) и менее 126 мг/дл (7.0 ммоль\л) или 2-часовая глюкоза более 140 мг/дл (7.8 ммоль/л) и менее 200 мг\дл (11.1 ммоль/л)

В. Тип 1.

1. Встречается примерно у 10% больных с диагностированным сахарным диабетом

2. Обычно проявляется симптомами: полидипсия, полиурия, полифагия, похудание, затуманенное зрение, и частые инфекции такие как кожные грибковые инфекции

3. после проявления первых симптомов, у большинства вновь диагностированных больных наступает так называемый период «медового месяца» или фаза ремиссии, которые может длится многие месяцы до 2 лет.

4. Кетоацидоз в развитых странах в настоящее время встречается редко из-за хорошей системы диагностики. Симптомы его очень выражены и включают: дегидратацию, дыхание Куссмауля, запах ацетона изо рта и нарушенное сознание.

5. Может встречаться в любом возрасте (редко после 30 лет), с наибольшей частотой 10- 14 лет.

А) у маленьких детей диагноз может быть пропущен. В этой возрастной группе наиболее вероятными симптомами будут отставание в росте и весе.

Б)у большинства детей встречаются классические симптомы и также утомляемость, слабость и апатия.

В. Может развиться очной энурез у детей, которые ранее просыпались в туалет, у младенцев - постоянная необходимость смены подгузников

Г. До 6-7 лет у детей нет способности распознавать симптомы гипогликемии

Д. дети чаще болеют и у них больше осложнений, и это затрудняет их лечение.

Г. Тип 2.

1. Встречается в основном у лиц старше 30 лет
2. Медленное появление и прогрессирование симптомов

А. У большинства больных симптомы отсутствуют при наличии диабета в течение многих лет

Б. Часто на момент диагностики у них уже имеются осложнения.

3. Наиболее частый симптом – утомляемость
4. Вначале этим пациентам не требуется инсулин для выживания, но примерно у 50% больных разовьется потребность в инсулине
5. Кетоацидоз встречается редко и в основном в случае стрессов, травм и присоединения сопутствующих заболеваний.
6. Гипергликемическая гиперосмолярная не кетотическая встречается преимущественно у лиц с СД 2 типа

А. Характеризуется повышением уровня глюкозы крови более 600 мг/дл, минимальный кетоз, осмоляльность плазмы более 340, выраженная дегидратация.

Б. Чаще вызывается препаратами, приводящими к гипергликемии (стероиды, диуретики), терапевтическими процедурами (операция, диализ, переедание), хроническими заболеваниями, острыми стрессами.

7. У пациентов с не диагностированным СД 2 типа сохраняется высокий риск ССЗ: коронарной болезни сердца, инсульта, периферических сосудистых заболеваний, дислипедемии, гипертензии.

Д. Нарушенная толерантность к глюкозе (НТГ).

1. У пациентов отсутствуют симптомы и сохраняется риск коронарной болезни сердца и сахарного диабета.
2. НТГ сочетается с синдромом инсулинорезистентности, который также известен как синдром Х или метаболический синдром.

Е. Макроваскулярные и микроваскулярные осложнения встречаются при СД 1 и 2 типа после определенного периода времени.

1. Ретинопатия является ведущей причиной слепоты у взрослых по данным американских статистов.

А. Ретинопатия сетчатки или не пролиферативная ретинопатия проявляется микроаневризмами и точечными кровоизлияниями и не приводит в нарушению зрения, если только не развиваются в пределах макулы.

Б. Ретинопатия часто развивается за 7 лет до того как впервые выставляется диагноз сахарного диабета

В. Встречается почти у каждого пациента, у кого СД длится 10-120 и более лет.

Г. Пролиферативная ретинопатия может привести к слепоте и сопровождается неоваскуляризацией (развитие новых сосудов) и кровоизлияниями с стекловидное тело, встречается у 60-70% больных с типом 1 и у 30% типом 2 .

2. Нефропатия.

А. Развивается у 35- 45% пациентов с типом 1 и 20% с типом 2.

Б. Прогрессирует от микроальбуминурии до явной протеинурии и конечной стадии почечной недостаточности (этот процесс может занять примерно 25 лет). Диабет является наиболее частой причиной конечной стадии почечной недостаточности.

3. Нейропатия.

А. Наиболее часто начинается с периферической симметричной сенсорно-

моторной нейропатии , которая обычно почти не беспокоит больного.

Б. Только незначительное меньшинство пациентов имеют болезненную периферическую нейропатию. Боль носит режущий и жгучий характер

В. Автономная нейропатия может привести к поражению двигательной функции желудка и кишечника, эректильной дисфункции, нарушению функции мочевого пузыря, сердечной функции, тонуса сосудов.

4. Сердечно- сосудистые заболевания. СД является наиболее опасным фактором риска.

5. Другие осложнения включают повышение частоты инфекций, нарушение памяти и контрактуры пальцев.

I. Диагностика/Оценка.

А . Сбор анамнеза. Сбор анамнеза у больных СД.

***1*. Для установления диагноза СД выясните следующее:**

- ☞ Симптомы: утомляемость, жажда, учащенное мочеиспускание и симптомы осложнения СД: снижения зрения, онемение и чувство ползания мурашек, боли в сердце, аритмии и сердцебиение, похудание и т.п.
- ☞ Чтобы узнать о полиурии у детей спросите, мочится ли ребенок по ночам, количество подгузников и как часто ребенок просится в туалет во время школьных занятий
- ☞ Наследственность по СД и другим эндокринным заболеваниям
- ☞ У детей, спросите о периоде роста в неонатальный период, включая вес и состояние при рождении и были ли осложнения у матери во время беременности, родов и после родов.
- ☞ У взрослых женщин спросите о протекании беременностей и родов, включая вес всех детей, и были ли осложнения при беременности и родах

2. У пациентов с уже установленным диагнозом СД спросите о следующем

- ☞ Частота, выраженность и причина кетоацидоза или гипогликемии
- ☞ Симптомы и лечение осложнений со стороны глаз, почек, нервов, мочеполовой (включая и сексуальную), ЖКТ, сердца, периферических сосудов, стоп и цереброваскулярных.
- ☞ Предыдущие и настоящие инфекции
- ☞ Предыдущие и настоящие меры медикаментозного и не медикаментозного лечения
- ☞ Мониторинг и результаты уровня глюкозы
- ☞ Диета, статус питания. У детей –рост и развитие.
- ☞ Частота, интенсивность и объем физических упражнений
- ☞ Факторы риска атеросклероза: курение. Алкоголь и ожирение
- ☞ Физиологические, социальные и экономические факторы, которые могут повлиять на план ведения больного.

Б. Особенности осмотра.

14. *Рост и вес (сравните с нормой)*
15. *во время пубертатного периода оцените развитие половых органов*
16. *Оцените жизненно важные признаки, включая ортостатическое давление*
17. *Кожа. Особенно места, где проводились инъекции инсулина*
18. *полный офтальмологический осмотр (острота зрения, цветоощущение, поля зрения, глазное дно)*
19. *осмотр ротовой полости и зубов*
20. *пропальпировать ЩЖ*
21. *полный осмотр сердечно-сосудистой системы*
22. *пульс*

23. *осмотр живота (увеличение печени)*
24. *оцените движения кистей и запястий, исключить наличие контрактур*
25. *внимательный осмотр стоп (пульсация, цвет)*
26. *полный неврологический осмотр (обязательно чувствительность для исключения периферической нейропатии)*

В. Дифференцальный диагноз.

1. Глюкозурия без гипергликемии встречается при доброкачественной почечной глюкозурии или почечной тубулярной болезни.

2. несахарный диабет протекает с полиурией и полидипсией, но нет гипергликемии.

3. Транзиторная гипергликемия встречается когда пациент находится в сильном стрессе посте травмы или инфекции или если больной принимает глюкокортикостероиды.

Г. Диагностические тесты.

1. Скрининг.

Критерии скрининга.

- Следует провести тестирование всех лиц старше 45 лет и если нормальные показатели – повторять каждые 3 года
- Тест следует проводить в более молодом возрасте или чаще у лиц, кто:
  - Страдает ожирением (ИМТ более 27)
  - Имеет родственников первого родства с сахарным диабетом
  - Относится к этнической группе высокого риска (азиаты также входят в эту группу)
  - Если женщина рожала детей весом более 4.5 кг или в анамнезе – гестационный диабет
  - Страдает гипертензией (АД более 140/90)
  - Имеет уровень холестерина ЛПВП менее 0.90 моль\л и/или триглицеридов более 2.82 ммоль/л
  - Предыдущий тест выявил нарушенную толерантность к глюкозе (НТГ)

- тест – определение уровня глюкозы натощак (8 часовое голодание)
- если уровень глюкозы натощак более 126 мг/дл повторите тест.

Взято из отчета Американской Ассоциации Диабета.1998г. Report of the expert Committee on the diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes Care, 21.(Supp. 1) S5-S19.

2. тест для определения степени контроля сахарного диабета.

А. Гликозилированный гемоглобин.

(1) Отражает средний уровень глюкозы крови в течение последних 2-3 месяцев

(2) проводите тест каждые 6 месяцев у пациентов с хорошим контролем сахара

(3) Проводите тест более часто (каждые 3 месяца) у пациентов с плохим контролем или когда вы начинаете новый метод лечения

(4) Уровень менее 7. 5 % говорит о хорошем контроле

(5) у детей оптимальным уровнем является от 5.4 до 7.4%

(6)Ложно повышенный уровень встречается при уремии, алкоголизме и использовании аспирина.

3. Тесты, помогающие выявить сочетанные осложнения и факторы риска.

А. Уровень липидов крови натощак, общий холестерин, холестерин липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), холестерин липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), триглицериды.

(1)проведите если диабет впервые диагностирован у детей старше 2 лет и у взрослых.

(2)проводите тест ежегодно у взрослых, лицам с пограничным или нарушенным уровнем проводите тестирование чаще.

(3) у детей чьи значения встречаются с приемлемыми факторами риска проводите повторные исследования каждые 5 лет

Б. Исследуйте уровень креатинина сыворотки у взрослых и при протеинурии у детей

В. Ежегодно проводите исследование общего анализа мочи (кетоны, глюкоза, осадок).

(1) если белок положительный , необходимо провести качественный анализ

(2) если белок отрицательный, проведите тест на микроальбуминурию.

4. Тест на микроальбуминурию (в суточной моче).

Норма менее 30 мг/24 часа

Микроальбуминурия 30-300 мг/24 часа

Клиническая альбуминурия более 300 мг/24 часа

Г. У пациентов с типом 1 исследуйте уровень ТТГ и Т4, у пациентов с типом 2 только при наличии симптомов, требующих данное исследование.

Д. У взрослых вновь диагностированных пациентов проведите ЭКГ, а затем повторяйте в зависимости от факторов риска и симптомов

II. План/ Менеджмент.

А.. Доказано, что адекватный жесткий контроль уровня глюкозы снижает риск осложнений сахарного диабета при обоих типах.

1. жесткий контроль противопоказан младенцам меньше 2 лет и должен быть использован с осторожностью у детей до 7 лет из-за опасности поражения растущего мозга

2. Осторожно советуйте жесткий контроль уровня глюкозы пожилым лицам с выраженным атеросклерозом, которые чувствительны к постоянной гипогликемии.

3. Цели гликемического контроля представлены в таблице

исследование	Не диабетики	Цель	Требуются дополнительные действия
Глюкоза натощак (мг/дл)	Менее 110	80-120	Если менее 80 и более 140
Глюкоза перед сном (мг\дл)	Менее 120	100- 140	Менее 100 и более 160
Гликозилированный гемоглобин	Менее 6	Менее 7	Более 8

Дополнительные действия подбираются индивидуально. Действия означают консультации эндокринолога, смена препарата, обучение пациента и т.п.

Б. Госпитализация рекомендуется с следующих случаях:

1. дети с вновь диагностированным диабетом с кетоацидозом или без

2. Пациенты с кетоацидозом и гиперосмолярной не кетотический комой

В. Всем пациентам требуется диета, физические упражнения и постоянное обучение.

1. При 1 типе требуется инсулин

2. 2 тип может контролироваться только диетой и физическими упражнениями, однако больным могут потребоваться оральные гипогликемические средства и в некоторых случаях – инсулин для контроля уровня глюкозы.

Г. Обязательно требуется обучение пациента и его необходимо интегрировать со всеми аспектами плана ведения больных.

1. обсудите патофизиологию диабета

2. Объясните возможные осложнения диабета и скажите им, что согласно недавним исследованиям осложнения диабета можно предотвратить и задержать их развитие при хорошем контроле диабета.

Д. Диета. В отношении пациентов с диабетом ее можно назвать медицинская питательная терапия (МПТ).

1. Пациенты с типом 1.

А. Диета не может назначаться как монотерапия

Б. необходимо мониторировать уровень глюкозы и ввести инсулин в зависимости от обычного количества еды; лица, принимающие интенсивную инсулиновую программу могут добавлять инсулин быстрого действия или лиспро-инсулин для того чтобы переварить уровень глюкозы в еде или перекусе или при отклонениях от стандартного приема пищи и уровня физической нагрузки.

В. Планируйте режим питания для обеспечения калорий и питательных веществ необходимых для метаболизма при введении инсулина

(1) сохраняйте время приема пищи и количество калорий и питательных веществ одинаковыми каждый день

(2) старайтесь придерживаться постоянного уровня физической нагрузки (может потребоваться дополнительный перекус перед и после упражнений, может потребоваться изменение дозы инсулина перед выполнением физической активности.

Г. Подсчет углеводов основанный на количестве инсулина принимаемого для пищи, , может оказаться полезным. 1 Ед инсулина требуется для переработки 10-15 граммов углеводов.

Д. Пациентам различного возраста требуется различное количество калорий.

Руководство по подсчету калорий		
Возраст	Пол	Калории
0-12 лет	Мальчики/девочки	1000 калорий плюс 100 калорий на каждый год
12-15 лет	Девочки Мальчики	1500- 2000 калорий плюс 100 калорий на каждый год старше 12 лет 2000-2500 калорий плюс 200 калорий на каждый год старше 12 лет
15-20 лет	Девочки Мальчики	13-15 калорий/ фунт желаемого веса тела 15-18 калорий/ фунт желаемого веса тела
Взрослые Физически активные Умеренно активные Пожилые	Мужчины и женщины	 14-16 калорий/фунт желаемого веса тела 12-14 калорий/фунт желаемого веса тела 10-12 калорий/фунт желаемого веса тела

Adapted from Bode, B.W., Davidson, P.C.& Steed R.D. (1997). In J. S. Skyler. Diabetes Dek.Proffesional Edition. Infrodek: Atlanta.

3. Дети с диабетом.

А. Маленькие дети не могут соблюдать диету. Им рекомендуется три приема основной пищи и три перекуса

Б. старшие дети пренебрегают утренним перекусом, поэтому добавьте калории этого перекуса в завтрак и на обед. Никогда нельзя пропускать перекус пред сном.

4. Лица с типом 2.могут улучшить уровень глюкозы только лишь посредством умеренного похудания (примерно 5-9 кг) и гипокалорийной диеты (меньше обычной энергетической ценности на 250-500 калорий). Прием пищи с интервалами и регулярные физические упражнения также позволяют контролировать уровень сахара в крови.
5. Диетические рекомендации для обоих типов диабета.

А. углеводы должны составлять 50-60% всего количества калорий., по возможности должны употребляться клетчатка и нерафинированные углеводы

Б. белки должны составлять 10-20% от суточного приема калорий. У детей количество белков должно быть достаточным для роста.

В. Общий жир должен составлять 30% общего количества калорий, причем насыщенные жиры должны составлять 10% от общего количества калорий. Ненасыщенные жиры должны заменять насыщенные

Г. Пациенты могут использовать подсластители (ксилит)

Д. Не ограничивайте соль менее 3г сут, так как это приведет к нарушению баланса электролитов

Е. Рекомендации упражнений. Физические упражнения снижают уровень глюкозы посредством увеличения метаболизма и после продолжительного периода снижают резистентность к инсулину.

1. Физические упражнения должны быть начаты после полного физического осмотра с фокусом на сердце, сосуды, глаза, почки и нервную систему.

2. У лиц с высоким риском кардиоваскулярной болезни необходимо постепенное увеличение физ.нагрузок.

3. лица с поражением глаз, почек и автономной нервной системы должны избегать сильных физ.нагрузок.

4. лица, с периферической нейропатией должны подбирать обувь.

5. Для лиц на инсулинотерапии:

А. избегать нагрузок на пике действия инсулина

Б. проверить уровень глюкозы до и после нагрузки, чтобы узнать гликемический ответ на нагрузку и необходимость дополнительного приема пищи.

В. Избегать нагрузок и упражнений если уровен глюкозы меньше 80 мг/дл или больше 250 мг/дл и есть кетоз, или при уровне 300 мг/дл независимо есть кетоз или нет

Г. Примите сахар, если уровень глюкозы менее 100 мг/дл, если вы занимаетесь упражнениями у вас должен быть всегда наготове сахар или бутерброд.

Д. Избегайте давать нагрузку на конечности, куда недавно вводили инсулин

Е. пациентам с диабетом 2 типа, упражнения должны быть высоким приоритетом. Эффект от упражнений выше при начале терапии.

Занятие № 54
Семинар
Тема: Физиотерапевтические методы лечения.

Физиотерапия в педиатрии включает применение естественных и искусственно получаемых физических факторов для профилактики и лечения заболеваний у детей, восстановления нарушенных функций, повышения сопротивляемости организма.

Термин «физиотерапия» означает лечение природными (естественными) факторами – солнцем, воздухом, морской и минеральными водами, лечебными грязями и др. В педиатрии используются с лечебно – профилактической целью различные виды естественных и переформированных физических факторов, каждому из которых свойственны свои особенности лечебного действия.

Основными принципами физиотерапии являются:

- Патогенетически обоснованное, целенаправленное применение физического фактора с учетом специфических свойств и функционального состояния организма ребенка, обусловленного характером болезни, тяжестью функциональных нарушений, возрастной и индивидуальной реактивностью;
- Возможно более раннее применение, когда преобладают функциональные, обратимые изменения, а при острых воспалительных заболеваниях, травмах – для анальгезирующего, дегидратирующего, противовоспалительного действия.
- Начинают лечение с небольших дозировок, постепенно увеличивая их в пределах физиологических реактивных возможностей ребенка;
- Рациональное сочетание с другими методами (ЛФК, медикаменты, ортопедия, диета, специфическая иммунизация, гипосенсибилизация и др.), чтобы избежать полипрагмазии, энергической перегрузки организма;
- Последовательное преемственное применение различных физиотерапевтических методов при хронических заболеваниях (параличах и др.) с соблюдением рационального интервала между курсами реабилитации, при повторном санаторно-курортном лечении;
- Систематический врачебный контроль за общим состоянием ребенка (сон, аппетит, поведение, масса тела и др.) динамикой патологического процесса с адекватным функциональным или лабораторным контролем переносимости и эффективности лечения.

Главная особенность физиотерапии в том, что энергия физического фактора, подведенная извне, поглощается тканями, подкрепляет собственные энергетические ресурсы, тем самым, повышая функциональные, адаптационные возможности организма.

Рациональное применение лечебных физических факторов у конкретного больного предполагает соблюдение строго дифференцированного выбора вида используемой энергии и конкретных методик проведения процедур. При этом врач должен учитывать этиологическую и патогенетическую обоснованность применения данного физического фактора, характер основных клинических проявлений, индивидуальные особенности течения заболевания, исходное функциональное состояние организма и специфичность лечебного действия избранного фактора. На основе единства специфических и неспецифических закономерностей действия конкретного физического фактора на организм, могут быть сформулированы общие принципы их применения в лечебных и профилактических целях. Следование этим принципам вносит системность и порядок в мышление врача и формирует его научный подход к назначению лечебных физических факторов на различных этапах патологического процесса.

Принцип единства этиологической, патогенетической и симптоматической физиотерапии реализуется на основе специфических свойств каждого лечебного физического фактора и его влияния на определенные функции организма больного. Используя данный принцип, врач должен стремиться назначить такие факторы, которые бы одновременно устраняли (ослабляли) этиологический агент данного заболевания, активно вмешивались в звенья его патогенеза и ликвидировали проявление основных симптомов заболевания. Некоторые лечебные физические факторы (например, среднечастотный электрический разряд, ультрафиолетовое излучение и др.) могут непосредственно воздействовать на этиологический агент, а большинство других — на патогенез и основные симптомы заболевания. Врач-физиотерапевт должен реализовать данный принцип при максимально возможном числе заболеваний.

В острый период заболевания необходимо стремиться воздействовать на этиологический агент. При подострых и хронических воспалительных заболеваниях физиотерапевтические процедуры должны быть направлены на разрешение патологического процесса, ликвидацию его остаточных проявлений и нормализацию нарушенных функций различных органов и систем. Наличие болевого синдрома требует его купирования в течение первых двух-трех процедур, поскольку до исчезновения

болевых ощущений рассасывающая и противовоспалительная терапия менее результативна.

Данный принцип подразумевает также возможность воздействия лечебным физическим фактором непосредственно на патологический очаг (местно), рефлексогенные зоны и области сегментарно-метамерной иннервации и на целостный организм (генерализованно). В зависимости от области воздействия, реализуются преимущественно специфические эффекты, присущие данному фактору, либо неспецифические. Вероятность специфического действия присуща в наибольшей степени местному и сегментарному, а неспецифического - генерализованному воздействию физических факторов. Следовательно, при небольшом выборе лечебных физических факторов врач может прогнозировать направленность лечебного воздействия, исходя из его локализации и площади.

В основе данного принципа лежит тесная взаимосвязь вызываемых лечебным физическим фактором общих, сегментарно-рефлекторных и местных реакций. Она обусловлена особенностями организации систем регуляции функций организма, в частности, тесной взаимосвязью кожи с внутренними органами, а также локализацией центральных звеньев регуляции висцеральных функций в головном мозге.

Принцип индивидуального лечения физическими факторами.

Данный принцип восходит к основному клиническому тезису С. П. Боткина "Лечить не болезнь, а больного". Исходя из него, при использовании физических факторов врач-физиотерапевт обязан учитывать:

-возраст, пол и конституцию больного;

-наличие сопутствующих заболеваний:

-наличие индивидуальных противопоказаний для применения конкретного физического фактора;

-реактивность организма и степень тренировки адаптационно-компенсаторных механизмов;

-биоритмическую активность основных функций организма. Необходимо также знать и возрастные ограничения сроков назначения физиотерапии - пластичность регуляции вегетативных функции у детей и ее низкую лабильность у пожилые людей. У детей с первых дней жизни допустимо назначение УВЧ-терапии и аэрозольтерапии, с 1-го мес. - ультрафиолетового облучения, массажа и гидротерапии. Остальные факторы имеют возрастные ограничения от 6 недель (лекарственный электрофорез) до 14-15 лет (подводное вытяжение позвоночника). У больных пожилого возраста лечебные физические факторы необходимо применять в щадящем режиме. При этом отсутствие выраженного терапевтического эффекта после первых процедур не является основанием для отмены или замены одного физического фактора другим.

Выбор физического фактора для лечения конкретного больного составляет основу врачебного искусства физиотерапевта. Исходя из этого, параметры лечебных физических факторов выбирают индивидуально. Так, например, интенсивность ультрафиолетового излучения определяют при помощи биодозиметрии, параметры электростимуляции - на основании результатов электродиагностики, а методику питьевого использования минеральных вод - по соотношению и продолжительности фаз секреции желудка.

Эффективность физиотерапии существенно зависит и от биоритмов больного. Опыт хронобиологической оптимизации воздействия лечебных физических факторов свидетельствует о том, что у больных в утренние часы ответные реакции формируются на фоне преобладающего тонуса симпатической нервной системы, а в послеполуденные - парасимпатической. Кроме того, временная организация физиотерапии должна учитывать циркадные и сезонные ритмы функционирования важнейших систем жизнеобеспечения организма.

При назначении лечебных физических факторов у девочек в периоде полового созревания необходимо учитывать фоновую гормональную активность в разные фазы

менструального цикла. Физиотерапию целесообразно начинать в первые дни после менструации (на 5-7 день менструального цикла). В дни овуляции и перед менструацией необходимо уменьшать интенсивность и продолжительность действия фактора из-за повышенной чувствительности больных к различным раздражителям.

Реализация данного принципа достигается также введением в физиотерапевтические аппараты каналов обратной связи с больным. В этом случае происходит автоматическая коррекция силовых характеристик физических факторов в зависимости от состояния биологических тканей, подвергаемых лечебному воз действию, которая существенно увеличивает и клиническую эффективность. В качестве управляющего сигнала такой биосинхронизации обычно используют параметры биоэлектрической активности стимулируемых групп мышц и электропроводности кожи в зоне воздействия. Последние отражают состояние вегетативной регуляции висцеральных систем, ионоуправляемая регуляция позволяет использовать режимы воздействия для конкретного больного с минимальной адаптацией к лечебным физическим факторам и обеспечивает быстрое восстановление гомеостаза в поврежденных клетках.

Непременным условием индивидуализации физиотерапии является создание положительного психоэмоционального настроя у больных. Для этого необходимы соблюдение медицинским персоналом требований деонтологии, максимальная деликатность и предупредительность в общении, поддержание чистоты и уюта в отделении (кабинете). Целесообразно использование средств большой и малой психотерапии. Опосредованной психотерапией считается констатация положительных сдвигов в состоянии больного, что повышает его настой и укрепляет надежду на исцеление.

Принцип курсового лечения физическими факторами.

Оптимальный лечебный эффект большинства физических факторов наступает в результате проведения курсового лечения. Его продолжительность составляет для одних нозологических форм 6-8, других - 3-12, реже 14-20 процедур, и в этом случае морфофункциональные изменения, возникающие после проведения начальной процедуры, углубляются и закрепляются последующими. В зависимости от динамики клинических проявлений патологического процесса, процедуры проводят ежедневно или через 1-2 дня. Суммация лечебных эффектов физических факторов обеспечивает длительное действие курса физиотерапии, которое продолжается и после ее завершения. Следует также учитывать, что отдаленные результаты применения некоторых физических факторов более благоприятны, чем непосредственные. Для оценки продолжительности курса необходимо, помимо субъективной оценки больного, учитывать также динамику объективных показателей его состояния.

Принцип оптимального лечения физическими факторами.

Физические факторы обладают неодинаковой терапевтической эффективностью при лечении конкретного заболевания. Исходя из этого, параметры лечебного фактора и методика его применения должны быть оптимальными, т.е. максимально соответствовать характеру и фазе патологического процесса. Так, в острый период заболевания применяют преимущественно низкоинтенсивные физические факторы на сегментарно-метамерные зоны. В подострую и хроническую фазы интенсивность фактора увеличивают и воздействуют чаще непосредственно на патологический очаг. Так, например, в серозно-альтеративную фазу воспаления назначают ультрафиолетовое излучение в возрастающих эритемных дозах (3-10 биодоз), а в репаративно-регенеративную - субэритемных (1-1/2 биодозы). Для быстрого купирования болевого синдрома применяют стимуляцию соматосенсорных афферентов кожи импульсными токами частотой свыше 100 $см^2$, а уменьшения ноющих висцеральных болей достигают путем блокады рецепторных волокон импульсами тока с частотой 10-20 имп/с.

Наконец, общее ультрафиолетовое облучение при хорошей реактивности больного назначают по основной схеме, у ослабленных больных — по замедленной схеме, а у физически крепких — по ускоренной.

Вероятностный характер процессов в организме обусловливает отсутствие благоприятных эффектов лечебных физических факторов у 5-10% больных. Кроме того, в клинической практике существуют заболевания и состояния больного, при которых использование лечебных физических факторов не рекомендуется. К таким общим противопоказаниям для физиотерапии относятся: злокачественные новообразования, системные заболевания крови, резкое общее истощение больного (кахексия), гипертоническая болезнь 3 стадии, резко выраженный атеросклероз сосудов голодного мозга, заболевания сердечно-сосудистой системы в стадии декомпенсации, кровотечения или наклонность к ним, общее тяжелое состояние больного, лихорадочное состояние {температура тела больного свыше 38° С), активный легочный туберкулез, эпилепсия с частыми судорожными припадками, психозы с явлениями психомоторного возбуждения.

Принцип динамического лечения физическими факторами.

Согласно данному принципу, физиотерапия должна соответствовать текущему состоянию больного. Его соблюдение требует постоянной коррекции параметров применяемых физических факторов в течение всего периода лечения больного, так как начальные назначения быстро перестают соответствовать фазе патологического процесса и состоянию больного. Такое варьирование способствует уменьшению адаптации больного к воздействующим физическим факторам, существенно снижающей их клиническую эффективность. Для этого у врача имеется возможность изменения интенсивности и частоты физического фактора, локализации, площади и продолжительности его воздействия, наряду с включением в комплекс лечения дополнительных лечебных физических факторов.

Врач должен учитывать возможность усиления лечебных эффектов физических факторов при некоторых заболеваниях (например, ультрафиолетовое излучение при заболеваниях кожи) или ослабления на фоне проводимой лекарственной терапии (например, при приеме глюкокортикоидов, антикоакулянтов и сульфаниламидов), формирование вторичной резистентности больного. Кроме того, в процессе обследования больного могут быть выявлены сопутствующие заболевания, которые зачастую требуют изменения тактики физиотерапии больного.

Необходимо также учитывать и возможность проявления неблагоприятных реакций со стороны патологически измененных органов, которые могут возникать при неграмотном назначении физических факторов. Кардинальным признаком неадекватной физиотерапии является обострение патологического процесса и формирование реакции дезадаптации больного. Такая реакция может быть преимущественно общей (без значительных изменений а пораженном органе или системе) или местной (очаговой).

При общей реакции, протекающей по типу вегето-сосудистого синдрома, возникают неблагоприятные изменения самочувствия, повышение раздражительности, утомляемости, снижение работоспособности, нарушение сна, изменение температурной кривой, чрезмерная потливость, лабильность пульса, артериального давления и пр. Могут наблюдаться обострения патологических проявлений в сопутствующих очагах. Отрицательные реакции можно и нужно выявлять и контролировать их развитие.

Занятие № 55

Семинар

Принципы восстановительной терапии в первичном звене здравоохранения. Организация санаторно – курортной службы.

Больные с ВПС выписываются из стационара (с определением сроков следующей плановой госпитализации) в местный кардиоревматологический санаторий или под амбулаторное наблюдение участкового кардиолога. Дети первого месяца жизни с ВПС наблюдаются кардиологом еженедельно. Не реже 1 раза в 2 года, а иногда и чаще больной должен планово обследоваться в стационаре или в кардиоцентре, в т.ч и кардиохирургическом, для динамического контроля, коррекции доз поддерживающей терапии, санации очагов инфекции. При этом необходимо не реже 1 раза в квартал

регистрировать ЭКГ, 2 раза в год проводить УЗИ сердца и 1 раз в год – рентгенографию грудной клетки (во фронтальной и левой боковой проекциях). Профилактические прививки противопоказаны при сложных цианотических пороках или ВПС “ бледного типа’’ с сердечной недостаточностью, а также при наличии признаков текущего подострого бактериального эндокардита.

Больные с цианотическим пороками сердца, протекающими со сгущением крови, нарушением реологии, полицитемией, для профилактики возможных осложнений (тромбозов),особенно в жаркие сезоны года, должны потреблять достаточное количество жидкости, а также принимать антикоагулянты и дезагреганты (ацетилсалициловая кислота, курантил, фенилин) в малых дозах.

Радикальное устранение порока оказывает значительное положительное влияние на функциональное состояние организма. Дети начинают быстро прибавлять в массе тела, у них существенно уменьшаются признаки нарушения кровообращения, увеличивается двигательная активность, уменьшается склонность к рецидивирующим респираторным заболеваниям и вероятность развития бактериального эндокардита .

Однако, при совершенно очевидных положительных сдвигах в состоянии здоровья больных с ВПС после операции, эти дети нередко отстают от своих сверстников в физическом развитии. У 15-25% прооперированных отмечаются быстрая утомляемость, тахикардия и одышка при физической нагрузке.По некоторым данным , после оперативного устранения ДМЖП у 35% пациентов толерантность к физической нагрузке была низкой; причем чем в более поздние сроки была осуществлена операция тем больше был функциональный класс СН. У 1-5% больных ,оперированных по поводу ВПС с гиперволемией МКК, развиваются хронические неспецифические заболевания легких, у 2% детей продолжают выявляться признаки текущего бактериального эндокардита. В 4% случаев у больных после коррекции коарктации аорты не нормализуется систолическое АД и у 18% - диастолическое.Признаки гипертрофии отделов сердца или нарушения атриовентрикулярной и внутрижелудочковой проводимости исчезают лишь 1/3 пациентов , перенесших операцию.

Все вышеизложенное диктует необходимость проведения послеоперационной реабилитации у детей , которая включает медикаментозную терапию, лечебную физкультуру и санаторно – курортное лечение . Наиболее благоприятные предпосылки для успешной реабилитации – у пациентов , оперированных по поводу ВПС ацианотического типа , у которых восстановление функции различных органов и систем происходит быстрее и полнее.

Возврат детей к активной физической деятельности , занятиям физкультурой способствует и психологической их реабилитации.

Для этого необходимо :

1. подобрать функциональные тесты и определить состояние сердечно-сосудистой системы после операции
2. провести контроль за состоянием сердечно-сосудистой системы и дыхательной систем в процессе занятий ЛФК
3. решить вопрос о допуске детей к занятиям физкультурой в школе по облегченной программе.

В качестве тестов на определение толерантности к физической нагрузке применяются велоэргометрия, трьо-тесты , степ- тест эргометрия . Мощность начальной нагрузки 0,5Вт/кг массы,продолжительность теста – 5 минут.

Для оценки гемодинамических параметров, показателей сократимости миокарда используют эхокардиографию, интегральную реографию тела, апекскардиографию,а для оценки степени выраженности гипоксии миокарда и возможного нарушения ритма сердца и проводимости- ЭКГ по Нэбу или ортогональную ЭКГ по Франку.Расчет давления в легочной артерии можно проводить по допплер-эхокардиограмме или по времени изометрического расслабления,определяемого по апекскардиограмме и по нормограмме

Берстин.Регулярные занятия в кабинете ЛФК по программе физической реабилитации предусматривает выполнение общеукрепляюших,корегирующих упражнений ,ходьбу , бег , подвижные игры .На занятиях проводится контроль частоты пульса ,дыхания ,АД. Продолжительность занятий 40-60 мин, плотность 70-80%. Через 2 -3 г. После операции физическая трудоспособность у пациентов прошедших тренировки в кабинете ЛФК , почти равна трудоспособности здоровых нетренированных детей.Их допускают к занятиям физкультуры в школе , но с исключением изометрических и соревновательных нагрузок.Для профилактики развития инфекционного эндокардита необходимо выделение группы риска ИЭ, в нее входят: 1) все больные с ВПС, особенно с цианотическими ВПС (ТФ, ТМС со стенозом легочной артерии,трикуспидальная атрезия), со стенозом аорты,двухстворчатым аортальным клапаном,КА,небольшими дефектами МЖП ;

2)больные с аускультативной формой ПМК;

3) все больные с ВПС, которым проводили катетеризацию сердечных полостей и магистральных сосудов,вшивание кардиостимуляторов;

4)все больные ,оперированные по поводу ВПС ,особенно с наложением заплат из синтетического материала,коидуитов;

5) больным с ВПС ,которым в результате операции установлены клапанные протезы;

6) больные ,излеченные от инфекционного эндокардита.

Особо угрожаемыми по возникновению ИЭ являются пациенты с оперированными ВПС в первые 2-6 мес. после операции,имеющие ослабленный иммунитет , нагноившиеся раны, склонность к пиодермии, фурункулезу, а также имеющие хронические очаги инфекции(Хронические гайморит,тонзиллит, аденоидит,кариес зубов , пиелонефрит)

Первичная профилактика ИЭ у всех детей с ВПС и аускультативной формой ПМК включает диспансеризацию у кардиолога с плановым ежеквартальным обследованием.(ОАК и ОАМ, физикальное обследование ,АД , ЭКГ).ЭхоКГ с доплерографией-2 раза в год, рентгенография грудной клетки-1 раз в год.Консультация стоматолога и ЛОР -2 раза в год .При наслоении интеркуррентных заболеваний(ОРВИ , ангина, бронхит и др.) необходимо проводить антибиотикотерапию(пенициллины, макролиды per os или в/м в теч. 10-14 дней.Хронические очаги инфекции должны быть санированы с одновременным проведением курса консервативного лечения.

Малые хирургические операции (тонзиллэктомия, аденомэктомия, экстракция зубов ,пломбирование зубов ниже уровня десен, хирургическое лечение фурункулов ,карбункулов, хирургические манипуляции на ЖКТ и мочевом, установка венозных катеторов, гемодиализ,плазмоферез) и другие вмешательства ,способные вызвать кратковременную бактериемию должны проводиться строго по показанию и под “прикрытием” антибиотиков. Антибиотики назначают за 1-2 дня до операции и в течении 3х дней после нее. Рекомендуется использовать полусинтетические пенициллины (аугметин, амоксициллин по 0,25 * 3 раза в сутки внутрь), а при аллергии к пенициллину – макролиды (рокситромицин,кларитромицин по7,5 мг/(кг*сут) 2 раза в сутки внутрь,азитромицин по 10 мг/(кг*сут) 1 раз в сутки внутрь или (при вмешательствах в полости рта и дыхательных путях) линкозамиды

(клиндомицин по 15 мг/(кг*сут)3 раза в сут внутрь.

У больных с высоким риском развития ИЭ при цианотических ВПС, с искусственными клапанами сердца или перенеших ИЭ) при манипуляциях на ЖКТ или мочевом антибиотики назначают парентерально (ампициллин по 100 -180 мг/(кг*сут) в/м 3 раза в сочетании с гентамицином по 2 мг/(кг*сут) 2 раза в сут.Послеоперационный курс антибиотиков можно увеличить.

После операции на сердце ,особенно в первые 2-6 мес, необходимо ежедневно проводить термометрию.ОАК и ОАМ выполняют в теч 1 го мес. после операции через каждые 10 дней в теч . первого полугодия 2 раза в мес, в теч. Второго полугодия-ежемесячно.Регистрацию ФКГ, ЭКГ,ЭхоКГ в первое полугодие проводят ежеквартально,

затем 2 раза в год, рентгенография грудной клетки – 1 раз в год.После выписки из хирургического стационара ребенка желательно повторно напрвить в терапевтический стационар на 2-4 недельное обследование и наблюдение или в кардиоревматологический санаторий первого этапа сроком от 1,5 до 3,5 мес. для закрепления эффекта,проведения курса иммунномодулирующей ,кардиотрофической и витаминной терапии,ЛФК.Затем больной поступает под диспансерное наблюдение участкового кардиолога.

Санаторно-курортное лечение рекомендуется проводить в условиях местного кардиоревматологического санатория .Оно показано ежегодно больным с ВПС в теч.60-120 дней в году,до и после операции.Противопоказания к пребыванию детей в санатории: выраженные НК, СН- 3-4- классе, признаки текущего подострого бактериального эндокардита, срок менее 3х недель после перенесенного интеркуррентного заболевания.

Критериями эффективности диспансеризации и реабилитации,а также возможности снятия с учета считается отсутсвие жалоб, клинических симптомов декомпенсации, клинических и лабораторных признаков текущего ИЭ, исследование исчезновение или значительное уменьшение шумов порока, нормализация системного и легочного давления, исчезновение или значительное уменьшение на ЭКГ или ЭхоКГ прзнаков гипертрофии миокарда,исчезновение нарушеня ритма сердца и проводимости , хорошая переносимость обычных физических нагрузок.Вопрос о снятии с диспансерного учета решается совместно с кардиологом и кардиохирургом.Однако ребенок с оперированным(травмированным) сердце ,даже при отличном исходе операции,не может быть приравнен к здоровому ребенку. Поэтому вопрос о снятии с диспансерного учета пациента остается открытым.После окончания стационарног лечения больной ревматизмом поступает под наблюдения детского кардиоревматолога.На всех больных заводят контрольную карту диспансерного наблюдения(учетная форма№30).Необходимо подчеркнуть,что ребенка ,перенесшего атаку ревматизма ,независимо от характера самой атаки наблюдают постоянно до достижения им подросткового возраста и перевода во взрослую поликлинику.Особое важное значение в профилактике повторных атак ревматизма придают правильно проводимой вторичной профилактике ревматизма.

Согласно инструкции по профилактике ревматизма и его рецидивов у детей и взрослых независимо от возраста и наличия или отсутствия порока сердца,бициллиномедикаментозной профилактике подлежат все больные,перенесшие достоверный ревматический процесс.

Больным перенесшим первичный ревматизм без признаков клапанного поражения сердца или хорею без явных сердечных изменений с острым и подострым течением с тщательно саннированными очагами хронической инфекции или при их отсутсвии должны проводить круглогодичную бициллинопрофилактику продолжительностью 3 года.Детям,перенесшим первичный ревмокардит с клапанными поражениями,хорею,с затяжным вялым и непрерывно рецидивирующим течением,а также всем больным с возрастным ревмокардитом с пороком или без порока сердца и сочагами хронической инфекции, профилактику проводят в течение 5 лет ю

В настоящее время единственно правильным методом вторичной профилактики ревматизма можно считать круглогодичную бициллино- профилактику (сезонная профилактика, используемая ранее, применяться не должна. Круглогодичную профилактику осуществляют с помощью бициллина-1 или бициллина-5 (оба препарата обладают примерно равной эффективностью). Бициллин-1 вводят в/м детям дошкольного возраста в дозе 600.000ЕД 1 раз в 2 недели , детям школьного возраста – в дозе 1.200.000ЕД 1 раз в месяц. Бициллин-5 применяют у дошкольников в дозе 750 000ЕД ,у школьников 1.500.000ЕД, кратность введения таже ,что и бициллина -1.

В период возникновения ангин, обострение хронического тонзиллита, фарингита ,синусита, повторных острых заболеваний всем больным ревматизма несмотря на получаемую профилактику ,назначают 10-дневное лечение антибиотиками в сочетании с противоревматическими средствами – т.м. текущая профилактика . Наиболее

целесообразным является введения пенициллина в/м в дозе 30000-50000ЕД на 1 кг массы тела в сутки. При невозможности в/м введения пенициллина может быть использован феноксиметилпенициллин (в той же дозе, как для в/м введения) или др. препараты пенициллинового ряда. При непереносимости пенициллина могут быть назначены другие антибиотики ,причем предпочтение отдают группе макролиды – эритромицин (30000-50000 ЕД на 1 кг массы тела в сутки). Параллельно с антибиотикотерапией рекомендуют назначать противовоспалительные препараты- ацетилсалициловую кислоту или др препараты этой группы (метиндол, бруфен)в полпвине терапевтической дозе сроком 7-10 дней.

Индивидуальная непереносимость препаратов пенициллина является абсолютным противопоказанием для проведения вторичной профилактики ревматизма. Таким больным профилактику ограничивают текущей профилактикой с использованием в место пенициллина другой антибактериальной терапии. В плане профилактических мероприятий важным является санация очагов хронической инфекции,причем у больных перенесших ревматизм ,предпочтительнее применять радикальные методы санации. Кроме того для профилактики используют санаторные климатические факторы,занятия физкультурой (при отсутствии противопоказаний), рациональное питание. Профилактические меры резко снижают заболеваемость и рецидирование ревматизма. Санаторно- курортное лечение После активной фазы ревматизма больных можно направлять в метсный санаторий , однако все методы физиотерапии при это исключают.На южные курорты следует направлять только больных ревматизмом в неактивной фазе не ранее чем через 6-8 мес после последнего рецидива.Успешно пытаются лечить больных с минимальной активностью ревматизма.При НК 1 степени в связи с недостаточностью митрального клапана или умеренным рвмокардиосклерозом полезны сероводородные ванны и особенно углекислые.Больные с сопутствующими заболеваниями верхних дыхательных путей (синусит,хронический ринит,фарингит), или подверженные им с успехом лечатся на климатических курортах,главным образом весной или осенью.

Абсолютными противопоказаниями к курортному лечению является ревматизм 2 и 3 степени активности,тяжелые комбинированные или сочетанные пороки сердца,НК 2 и 3 стадии.

Литература:

1.О.А.Мутафьян “Врожденные пороки сердца у детей” С-П 2002 г.
2. Н.П. Шабалов “Детские болезни” С-П 2003 г.
3. Справочник терапевта Москва 1990 г.