

**Министерство высшего и среднего-специального образования
Министерство Здравоохранения Республики Узбекистан
Бухарский Государственный Медицинский институт
имени Абу Али ибн Сино
Кафедра Внутренних болезней и эндокринологии**

«Утверждаю»

**Проректор по учебной и
воспитательной работе,
доцент Г.Ж.Жарилкасинова
« ____ » _____ 2019 год**

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

ПО ДИСЦИПЛИНЕ

ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ

**для студентов 6 курса лечебного и медико-педагогического факультета по предмету
внутренние болезни и гериатрия**

Область знаний:	110000 - Педагогика 510000 - Здравоохранения
Направление образования	5111000 - Профессиональное образование (5510100- Лечебное дело) 5510100 - Лечебное дело

Курс	6
Объём часов	470(488 лечебное дело)
В том числе:	
Лекции	14
Практическое занятие	104
Клиническое занятие	122
Самостоятельная работа	226 (244 лечебное дело)

Бухара 2019г.

Составитель:

Саидова Л.Б. - к.м.н. старший преподаватель кафедры
внутренних болезней и эндокринологии

Учебно методический комплекс составлен на основании Типовой программы по внутренним болезням для студентов высших медицинских образовательных учреждений и государственного образовательного стандарта

Учебно-методический комплекс обсужден на заседании кафедры факультетской и госпитальной терапии.

Протокол № 1 от « » августа 2019 г.

Заведующая кафедрой: Бадритдинова М.Н. к.м.н. _____(подпись)

Учебно – методический комплекс обсужден и утвержден на научно методическом Совете БухГосМИ. Протокол № 1 от « » августа 2019 г.

Заведующий ММК : Облокулов А.Р. д.м.н., доцент

(подпись)

АННОТАЦИЯ

Предмет «Внутренние болезни и гериатрия» – одна из фундаментальных дисциплин в высшей медицинской школе, является клинической базой системы подготовки врача общей практики, формирования основ его клинического мышления. Она постоянно развивается в связи с непрерывным накоплением фактических теоритических и клинических данных, формулированием на их основе экспериментальных положений, открытием новых закономерностей жизнедеятельности организма в норме и при патологии, что требует оперативного издания учебных материалов для студентов медицинских вузов.

Настоящее учебное пособие написана в соответствии с современной учебной Программой по предмету «Внутренние болезни». В материалах лекций характеризуется предмет, цели, задачи и методы патофизиологии; основные понятия общей нозологии, этиологии и патогенеза; типовые патологические процессы; приведены современные систематизированные представления об этиологии, механизмах развития, проявления, принципах выявления и лечения типовых форм патологии органов и физиологических систем, отдельных синдромов и нозологий, дается синдромальное лечение на основе доказательной медицины, а также профилактика лечения.

СОДЕРЖАНИЕ

1. УЧЕБНЫЕ МАТЕРИАЛЫ.....	
2. МАТЕРИАЛЫ ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ.....	4-83
3. МАТЕРИАЛЫ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ.....	84-750
4. ТЕМЫ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ.....	742-743
5. ГЛОССАРИЙ.....	743-750
6. ПРИМЕЧАНИЯ.....	
6.1 ТИПОВАЯ ПРОГРАММА.....	751
6.2 РАБОЧАЯ ПРОГРАММА.....	751
6.3 РАЗДАТОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ.....	787-886
6.4 ТЕСТЫ	887-924
6.5 КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ.....	
6.6 ЛИТЕРАТУРЫ	

ПРЕДИСЛОВИЕ

Программа предназначена для освоения теоретических и практических навыков по дисциплине «Внутренние болезни» для студентов 6 курса лечебного факультета. Программа четко отражает цели и задачи обучения, обязательные требования к практическим и самостоятельным знаниям, умениям и навыкам с учетом использования современных технологий и литературы, методам контроля оценки знаний.

ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ.

Цель обучения:

Научить студентов по синдромальному решению проблемы больных и принципам их ведения в условиях первичного звена здравоохранения для оказания врачебной помощи, включающего профилактику, раннюю диагностику, дифференциальную диагностику и тактику ведения больного с заболеваниями внутренних органов, предусмотренных требованиями "Квалификационной характеристики врача общей практики (ВОП)" врача-выпускника по специальности "Лечебное дело".

Задачи обучения:

- ✓ Обучить студентов своевременной и ранней диагностике заболеваний на основе синдромального подхода.
- ✓ Обучить студентов дифференцировать болезни, сопровождающиеся с определенным синдромом.
- ✓ Усовершенствовать необходимые знания, умения и практические навыки (сбор информации, выявление проблемы и физикальный осмотр, а также умение обоснованно назначать лабораторно-инструментальные методы исследований, навыки консультирования);
- ✓ Обучить студентов обоснованно выбрать тактику ведения.
- ✓ Обучить студентов целенаправленному осуществлению лечебно-профилактических мер.
- ✓ Обучить студентов принципам диспансерного наблюдения и мониторинга в условиях сельского врачебного пункта (СВП) или семейной поликлиники (СП).

ТРЕБОВАНИЯ К ЗНАНИЯМ, УМЕНИЯМ И НАВЫКАМ ПО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ

I. Должен знать:

1. Основу, принципы и философию семейной медицины.
2. Принципы консультирования
3. Перечень заболеваний, которые протекают с определенным синдромом.
4. Перечень наиболее опасных заболеваний, которые протекают с определенным синдромом.
5. Перечень состояний, требующие ведения в условиях СВП или СП (согласно квалификационной характеристики ВОП).
6. Перечень состояний, требующие консультации узкого специалиста или госпитализаций (согласно квалификационной характеристики ВОП).
7. Перечень необходимых исследований, требующие проведения в условиях СВП или СП (согласно квалификационной характеристики ВОП).
8. Основные клинические проявления наиболее часто встречаемых заболеваний.

9. Ключевые моменты (критерий) диагностики заболеваний, протекающие с определенным синдромом.
10. Симптомы поражения внутренних органов.
11. Методы и принципы лечения (в том числе, немедикаментозные) заболеваний на основании доказательной медицины.
12. Принципы первичной, вторичной и третичной профилактики в условиях СВП или СП.
13. Принципы ведения (в том числе, после консультации узкого специалиста и выписки из стационара), диспансерного наблюдения и реабилитации в условиях СВП или СП.

14. II. Должен уметь:

15. Соблюдать медицинскую этику и деонтологию.
16. Выделить основную проблему, которая отразилась на качестве жизни больных.
17. Провести клиническое обследование больного, включающего сбор анамнеза (расспросить больного и его родственников, задавать вспомогательные вопросы рационального анамнеза, выявить факторы риска), осмотр по системам и органам.
18. На основании анамнеза и объективного осмотра установить предварительный диагноз.
19. Назначить целенаправленное обследование.
20. Интерпретировать клинические и биохимические анализы, а также результаты инструментальных исследований (ЭКГ, рентген снимки, пикфлуометрия)
21. Отдифференцировать болезни (клиническая логика принятия решения).
22. Установить окончательный диагноз.
23. Принять решение об отправлении на консультацию, дополнительное медицинское обследование и госпитализацию.
24. Назначить рациональную терапию (немедикаментозные советы и медикаментозная).
25. Оказать догоспитальную помощь при неотложных состояниях.
26. Провести мониторинг и диспансерное наблюдение больных в условиях СВП или СП.
27. Решить вопрос о трудоспособности (временной и стойкой). Оформление медицинской документации.
28. Проводить реабилитацию и направить на санаторно-курортное лечение.
29. Рассматривать пациента в контексте семьи.
30. Проводить профилактические, оздоровительные, санитарно-гигиенические мероприятия в условиях в СВП или СП.
31. Осуществить уход за больными и социально-незащищенными группами населения.

III. Должен владеть навыками:

1. Самостоятельного приема пациентов
2. Консультирования
3. Осмотра, пальпации, перкуссии и аускультации по системам и органам
4. Выявление ведущего синдрома
5. Выявления фактора риска
6. Составления необходимого плана обследования
7. Техники регистрации ЭКГ
8. Техники пикфлуометрии
9. тонометрии
10. Выбора препаратов с доказанной эффективностью
11. Контроля эффективности проводимого лечения

12. Мониторинга состояний
13. Оказания медико-санитарной помощи беременным женщинам с экстрагенитальной патологией.
14. Пропаганды здорового образа жизни (работы с группой риска и населением).
15. Проведения реабилитации и диспансеризации.
16. Проведения профилактических мероприятий.

ПЕРЕЧЕНЬ УЧЕБНЫХ ДИСЦИПЛИН И ИХ РАЗДЕЛОВ, НЕОБХОДИМЫХ ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ ДАННОЙ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ

1. Анатомия человека
2. Гистология с эмбриологией и цитологией
3. Биология
4. Нормальная физиология
5. Биохимия
6. Патологическая анатомия
7. Патологическая физиология
8. Топографическая анатомия и оперативная хирургия
9. Пропедевтика внутренних болезней
10. Туберкулез
11. Онкология
12. Рентгенология и медицинская радиология
13. Физиотерапия
14. Эндокринология
15. Факультетская терапия
16. Госпитальная терапия
17. Ортопедия

ОБЯЗАТЕЛЬНЫЙ МИНИМУМ ТРЕБОВАНИЙ К КОЛИЧЕСТВУ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЙ ПО ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ

1. Интерпретация данных лабораторных и инструментальных методов исследования:

- клинических (общий анализ крови, мокроты, анализ плевральной).
- биохимических (общий белок и белковые фракции, ферменты, билирубин, липиды, электролиты, коагулограмма, кислотно-основное состояние, острофазовые пробы).
- бактериологических (посев биоматериала с определением чувствительности к антибиотикам).
- иммунологических, (иммуноглобулины, Т- и В-лимфоциты, Т-хелперы, супрессоры, серологические реакции, HLA).

2. Интерпретировать данные инструментальных исследований (ЭКГ, рентгенологических, спирографических)

3. Выполнение диагностических и лечебных процедур:

-диагностические: проведение бронхоскопии, бронхографии, пикфлоуметрии

-лечебные: оксигенотерапия, подкожные, внутримышечные, внутривенные инъекции, бронхиальный лаваж

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОБУЧЕНИИ ДИСЦИПЛИНЫ

Знание студентов должны отвечать требованиям и уровню развития мировой науки и практики по гастроэнтерологии. В обеспечении учебного процесса по данной дисциплине необходимо ориентация на компьютерную технологию с использованием информационной базы «Интернета», на совершенствование качества методических пособий, аудио и визуальных средств, новые педагогические технологии в обучении

контроля. Большое внимание и достаточное время необходимо уделять самостоятельному обследованию больного студентами, постановке предварительного диагноза, плану обследования, интерпретации лабораторных и инструментальных данных, проведению дифференциального диагноза, установлению окончательного диагноза, дифференцированной терапии больного в зависимости от основного заболевания, сопутствующих патологий и наличия осложнений, а также работе с литературой.

Во время практических занятий для оценки теоретических знаний студентов используются следующие методы проведения занятий в малых группах: «мозговой штурм», работа парами, «тур по галерее», «круглого стола», «ручка на середине стола», метод ротации, «снежный ком», «пчелиный рой»; а также методы, оптимизирующие процесс обучения в группе: ситуационные задачи, деловые клинические игры, клинический аудит.

Технические средства обучения.

Слайдоскоп.

Учебные доски.

Оверхет.

На кафедре имеется библиотечный фонд.

Метод «Тур по галерее».

Цель: обучение студентов критической оценке информации и выявление полноты знаний по изучаемому разделу.

Ход игры: Каждой малой группе предлагается одна проблема, которую они решают в течении 10 мин в письменном виде и затем обмениваются заданиями, выявленные ошибки предыдущей группы и сделанные дополнения к ответам обсуждаются всеми участниками с принятием окончательного варианта ответов. Трём малым группам даётся по одному вопросу.

Это позволит за 7-10 минут сориентировать педагога на опрос в дальнейшем по тем моментам, на которых студенты проявили неуверенные знания.

Проверка исходного уровня подготовленности студентов с использованием метода «Ротации».

Цель: обучение студентов критическому и аналитическому мышлению.

Основные положения методики:

В аудитории вывешивается несколько пронумерованных заданий. Каждой малой группе (2-3 чел) дается по 10 минут на обсуждение и запись своего варианта ответа с последующим обменом задания. Затем коллективно обсуждается качество ответов каждой группы, из которых выбирается оптимальные.

Преимущества метода: можно одновременно охватить несколько проблем. Метод позволяет за короткое время проверить знания студентов по всем основным разделам заданной темы. Обсуждение правильности своих и чужих ответов в сравнительном аспекте способствует развитие у студентов критического мышления.

Вопросы:

1. Дайте определение диабетической нефропатии и нефропатии беременных
2. Основные клинические и диф. диагностические признаки нефропатий
3. Тактика ВОП при обнаружении данного больного

Особого внимания требует от педагога правильность заполнения истории болезни и дневников субординаторами.

Метод «Мозговой штурм»

Цель. Данный метод используется для стимуляции обмена идеями, повышает степень вовлеченности участников, учит аргументировать и отстаивать собственную точку зрения, находить оптимальное решение в создавшейся ситуации.

Ход игры. Преподаватель задает студента вопросы по теме занятия.

Метод «круглого стола»

Цель: вовлечь в процесс обсуждения темы всех студентов группы с одновременным контролем их знаний.

Ход игры: по кругу пускается лист с заданием. Каждый студент записывает в него один из правильных по его мнению вариантов ответа и передает следующему участнику, который должен продолжить ответ своим вариантом. Во время обсуждения неправильные ответы зачеркиваются, что учитывается при выставлении окончательной оценки в конце занятия.

Например,

1. Перечислите виды отечных синдромов
- Общие
- Местные и т.д. См. выше
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику общих или местных отеков и т.д.

3. Объём часов

Объём часов	Общее количество (часов)				Самостоятельная работа	Самостоятельная работа
	Итого	Лекции	Практическое занятия	Клиническое занятие		
470/488	226	14	104	122	226 соат	244

ТЕМА ЛЕКЦИИ: «ОСНОВЫ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ»

ТЕХНОЛОГИЯ ОБУЧЕНИЯ

Количество студентов -	Время – 2 часа
Форма учебного занятия	Лекция - визуализация
План лекции	1. История семейной медицины 2. Предпосылки развития общей врачебной практики в Узбекистане 3. Основные направления реформ в здравоохранении Узбекистана на современном этапе 4. Сельские врачебные пункты 5. Принципы семейной медицины 6. Профилактическая работа семейного врача

	7. Специфика работы врача общей практики
Цель учебного занятия: ознакомить студентов с основами семейной медицины, обучить категориям услуг, научить принципам работы ВОП а также этапам проведения профилактической работы	
Педагогические задачи: 1. Познакомить студентов с основами семейной медицины 2. Ознакомить с этапами реформирования здравоохранения Узбекистана на современном этапе 3. Рассказать о работе сельских врачебных пунктов, об их предназначении 4. Обучить основным принципам семейной медицины 5. Обучить студентов этапам профилактической работы ВОП 6. Познакомить со спецификой работы ВОП	Результаты учебного процесса: ВОП должен знать: 1. Основные принципы семейной медицины 2. Категории услуг оказываемых в СВП 3. Основную нормативную документацию 4. Этапы профилактики 5. Объем медицинских услуг, оказываемых ВОП
Методика обучения	Текст лекции, видеофильмы, анкетирование, вопросы, техника “да-нет”
Форма обучения	Лазерный проектор, визуальные материалы, специальное техническое оборудование, показ тематических больных, ЭКГ больных
Средства обучения	Коллектив
Условия проведения учебного процесса	Аудитория

ТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТА ЛЕКЦИИ

Этапы, время	Деятельность	
	Преподаватель	Студенты
<u>1 этап</u> Вводная часть (5 мин)	1. Рассказывает о теме лекции, её цели и плане	1. Слушают
<u>2 этап</u> Актуализация (повышение значимости) знаний (20 мин)	2.1. В целях повышения актуализации - значимости знаний студентов задаёт вопросы: 1. Дайте определение терминам семейная медицина, врач общей практики 2. Перечислите категории услуг оказываемых в СВП 3. Перечислите документы, на основании которых работает ВОП	2.1. Отвечают на заданные вопросы

	<p>4. Перечислите типы СВП в зависимости от количества обслуживаемого населения</p> <p>Проводит анкетирование</p> <p>2.2. Показывая на экране, предлагает ознакомиться студентам с целями и задачами лекции.</p> <p>Слайд №1, №2</p>	<p>2.2. Изучают слайд №1</p> <p>2.3. Изучают слайд №2</p>
<p><u>3 этап</u> Основная часть (информационная) (55 мин)</p>	<p>3.1. Знакомит студентов с лекционным материалом, значимостью темы и принципами формирования интеллигентной культурной личности, в частности ВОП.</p> <p>В целях повышения актуализации знаний проводит быстрый опрос студентов:</p> <p>1. По 1 пункту плана лекции: перечислите основные принципы семейной медицины</p> <p>2. По 2 пункту плана лекции: расскажите категории услуг оказываемых в СВП</p> <p>3. По 3 пункту плана лекции: перечислите основную нормативную документацию на основании которой работает ВОП</p> <p>4. По 4 пункту плана лекции: расскажите основные этапы профилактики</p> <p>5. По 5 пункту плана лекции: Объём медицинских услуг, оказываемых ВОП</p> <p>Останавливаясь на важных моментах лекции, предлагает записать основные положения в тетрадь</p>	<p>3.1. Совместно разбирают прослушанный лекционный материал, задают вопросы</p> <p>Основные моменты записывают в тетрадь</p>
<p><u>4 этап</u> Заключительный (10 мин)</p>	<p>4.1. Задает вопросы:</p> <p>1. В чем разница между работой врача общей практики и узким специалистом</p> <p>2. Перечислите основные категории услуг</p> <p>3. Какие обследования являются прерогативой СВП</p> <p>4. Назовите основные этапы профилактики</p>	<p>4.1. Отвечают на вопросы</p>

	<p>4.2. Дает задание для самостоятельной работы студентов: Тактика врача общей практики при наиболее часто встречающихся патологиях</p>	<p>4.2. Слушают, записывают</p>
--	--	---------------------------------

Огюст Роден как то сказал: «В молодости я рассматривал отдельно нос, губы и выражения. Я был невеждой, надо было бы смотреть все в целом».

В последние годы общая врачебная практика привлекает все большее внимание правительств многих стран как экономичный и эффективный способ оказания первичной медицинской помощи, позволяющий вовремя заподозрить болезнь и начать лечение.

Место врача общей практики в системе здравоохранения уникально - он непосредственно общается с больным и его семьей, берет на себя ответственность за здоровье наблюдаемых, обеспечивает лечение и профилактику, привлекая для этого самые современные достижения медицинской науки, координирует усилия всех служб здравоохранения.

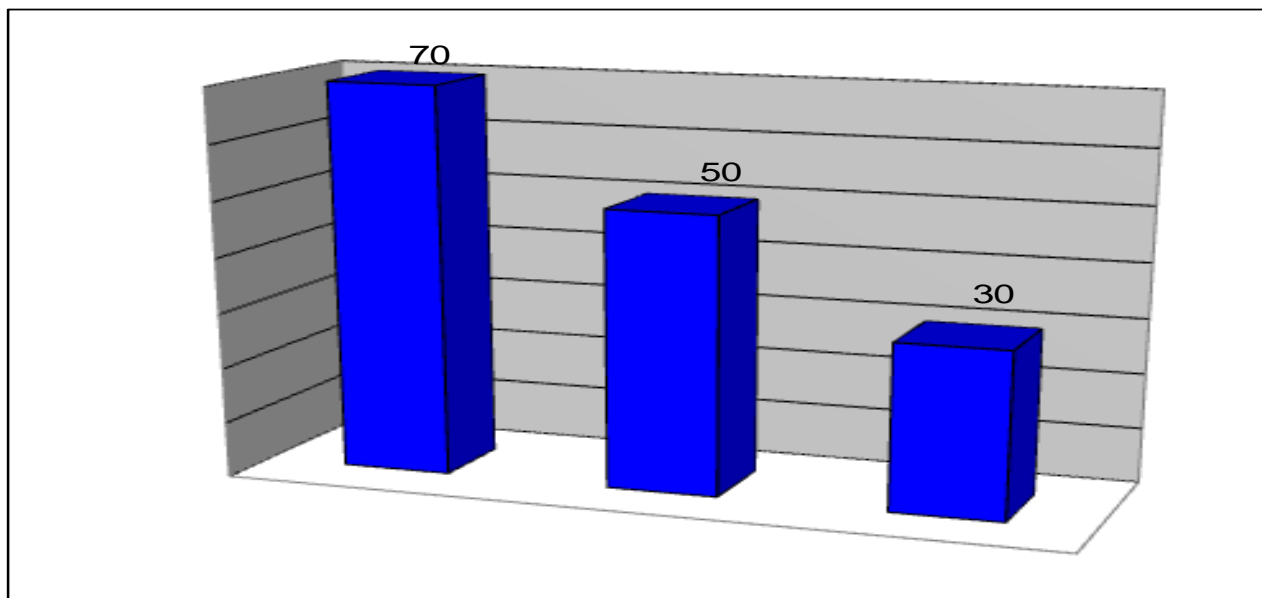
Предпосылки развития общей врачебной практики в Узбекистане:

- Основоположницей общей врачебной практики является Великобритания.
 - В 1948 г. была создана Национальная система здравоохранения, оказывающая всестороннюю бесплатную медицинскую помощь всему населению Великобритании.
 - В конце 70-х годов прошлого столетия медики в странах Западной Европы и США осознали, что усиление специализации отдаляет медицинскую помощь от конкретных нужд населения, увеличивает затраты системы здравоохранения на реализацию этих нужд.
- Перечень медицинской помощи оказываемой разными звеньями здравоохранения в Англии:
- Помощь, оказываемая врачами общей практики в амбулаторных условиях – 90% больных.
 - Помощь, оказываемая в больницах – 9-10% больных.
 - Помощь, оказываемая в специализированных центрах – 1% больных.
 - Учитывая сложившуюся ситуацию, в 1978 г. была принята Алма-Атинская декларация, которая поставила первичную медико-санитарную помощь во главу угла политики здравоохранения, отводя общей врачебной практике важную роль.

ПМСП составляет неотъемлемую часть национальной системы здравоохранения и одновременно выступает как главный компонент общего социального и экономического развития общества

- Причиной тому меньшее количество семейных врачей, сельских врачебных пунктов.

Первичная медико-санитарная помощь является первой ступенью в контакте между отдельными людьми, семьей, сообществом людей и национальной системой здравоохранения, максимально приближающей медицинскую помощь к месту жительства и работы в образующий первый элемент непрерывного процесса охраны здоровья.



- Процентное соотношение между числом врачей общей практики и ценой затрат на здравоохранение в масштабах Валового Внутреннего Продукта отдельных стран: хотя США и тратят на здравоохранение самую огромную сумму в мире, 15% (1.55 триллионов долларов – данные на 2002 г.) от своего ВВП однако остаются на 12 месте среди 13 стран где медицина считается самой развитой в мире.

Так, в нашей стране был принят УКАЗ Президента Республики «О государственной программе реформирования системы здравоохранения РУз в 1998-2005 гг.» (УП – 2107 от 10.11.98 г.). Приоритетным направлением реформы было выбрано совершенствование ПМСП, в т.ч. внедрение и усиление **ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ**.

Реформирование первичного звена здравоохранения Узбекистане

Основными направлениями реформ в здравоохранении стали:

- ▶ Принципиально новая структура системы здравоохранения, направленная на создание равных условий получения первичной медицинской помощи в городской и сельской местности;
- ▶ Новый практический подход к вопросам материнства и детства, направленный на создание условий для рождения и воспитания здорового поколения;
- ▶ Основными направлениями реформ в здравоохранении стали: Создание принципиально новой системы экстренной медицинской помощи населению на всех территориальных уровнях;
- ▶ Отказ от старых стереотипов, значительное расширение финансовых источников отрасли, в т.ч. за счет развития платного и частного здравоохранения;
- ▶ Оптимизация системы финансирования отрасли, в первую очередь, за счет концентрации бюджетных средств в ПЗЗ, амбулаторно-поликлиническом лечении и профилактике, вместо неэффективного использования дорогостоящего коечного фонда.

Разработка модели врача общей практики в себя включает:

- Избранная модель, общей врачебной практики должна соответствовать обычаям, традициям и менталитету людей, а также другим особенностям страны.
- Семейная медицина, внедряемая в разных странах без соответствующих изменений, обычно не функционирует должным образом.
 - Идея одна, воплощений много. Реструктурирована сеть объектов сельского здравоохранения, существовавшая многоступенчатая система заменена в 2-х ступенчатую

Сегодня в Республике функционируют более 3100 сельских врачебных пунктов. **СЕЛЬСКИЙ ВРАЧЕБНЫЙ ПУНКТ** может быть:

- 1-го типа – до 1500 человек;
- 2-го типа – до 3500 человек;
- 3-го типа – до 6000 человек;
- 4-го типа – до 10 000 человек и более обслуживаемого населения

Качество медицинской помощи населению в значительной степени зависит от уровня профессионализма медицинских работников и реформы в здравоохранении, что не могло не отразиться в совершенствовании системы подготовки и переподготовки кадров. В соответствии с Государственной программой в медицинских ВУЗах страны к 2000 г. состоялся первый выпуск врачей общей практики.

Семейная медицина - отдельная, единственная в своем роде специальность, построенная на особых, базовых принципах, отличающих ее от других медицинских специальностей

Принципы семейной медицины

1. **ВСЕСТОРОННОСТЬ** - нет такой категории жалоб или проблем, которые не принимались бы во внимание; рассматриваются все проблемы, связанные со здоровьем

человека; семейная медицина не делает ограничений, а объединяет решение медицинских проблем в единое целое со всеми сторонами жизни своего пациента

2. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ НАБЛЮДЕНИЯ - семейный врач наблюдает своего пациента на всех этапах жизни от рождения до смерти; длительное наблюдение создает возможность для выявления факторов риска, контроля над профилактическими и лечебными мероприятиями; повышается результативность работы ВОП.

3. ИНТЕГРАЦИЯ - включение всех аспектов медицины: лечебных, реабилитационных, профилактических, охраны здоровья человека в обществе в целом.

4. КООРДИНАЦИЯ - при необходимости семейный врач консультируется с узкими специалистами или направляет пациента на стационарное лечение; при этом не прекращает наблюдение за ним и осуществляет контроль над его лечением; координирует все этапы лечения пациента на разных уровнях системы здравоохранения.

5. ДОВЕРИТЕЛЬНЫЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ - продолжительность наблюдения способствует доверительным взаимоотношениям между врачом и пациентом; семейный врач защищает права и достоинства пациента; пациент чувствует, что его уважают, слышат и понимают.

6. КОМАНДНАЯ РАБОТА - семейный врач, медсестра, весь медицинский состав работают как единая команда; задача семейного врача – организовать работу каждого члена команды соответственно его знаниям и умениям в интересах пациента

7. ДОСТУПНОСТЬ ПОЛУЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ - у каждой семьи должен быть свой семейный врач; работа должна быть организована таким образом, чтобы обеспечить пациенту легкий доступ к получению медицинской помощи; должно быть продумано оказание неотложной помощи в любое время суток.

8. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ПАЦИЕНТА ЗА СВОЕ ЗДОРОВЬЕ, ЗДОРОВЬЕ ЧЛЕНОВ ЕГО СЕМЬИ - И СОТРУДНИЧЕСТВО С НИМ - семейный врач и пациент работают как партнеры, прилагая усилия для достижения наилучших результатов; пациент становится активным участником восстановления и сохранения своего здоровья и здоровья своей семьи.

9. ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА - одно из основных направлений деятельности семейного врача и его команды; семейная медицина акцентирует внимание на ведении ЗОЖ, на ранней диагностике заболеваний для систематического поддержания здоровья и проведение санитарного просвещения среди населения.

Практические шаги всех видов профилактики

ПЕРВИЧНАЯ профилактика – проведение ряда мероприятий для предупреждения заболевания: а) пропаганда ЗОЖ среди населения; б) активное раннее выявление факторов риска, предопределяющих возможность развития заболевания и их коррекция. ВТОРИЧНАЯ профилактика: а) активное выявление заболеваний на ранних стадиях развития (профилактические осмотры, скрининг); б) немедикаментозная коррекция и своевременное адекватное медикаментозное лечение вновь выявленного заболевания препаратами доказанной эффективности. ТРЕТИЧНАЯ профилактика: а) предупреждение острых и хронических осложнений, своевременный осмотр пациентов, мониторинг необходимых лабораторно-инструментальных исследований, продолжение коррекции имеющихся факторов риска и базисного лечения препаратами доказанной эффективности, динамическое наблюдение; б) продолжение лечения и качественная реабилитация уже имеющегося осложнения.

10. СНИЖЕНИЕ СТОИМОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАРЯДУ С ПОВЫШЕНИЕМ ЕЕ КАЧЕСТВА - если пациента регулярно и эффективно наблюдает семейный врач, то большое количество заболеваний удастся предупредить или выявить и излечить на ранних стадиях, результатом чего является значительное снижение затрат.

ВРАЧ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ- СЕМЕЙНЫЙ ВРАЧ - это специалист, оказывающий качественную ПМСП прикрепленному населению, независимо от пола, возраста, национальности, расы, вероисповедания, социального положения и вида заболевания.

Является квалифицированным врачом, владеющий глубокими и непротиворечивыми знаниями, умениями по предупреждению и лечению наиболее часто встречающихся проблем, патологических состояний и заболеваний среди населения, своевременно, грамотно и целенаправленно осуществляя определенный объем НЕОБХОДИМЫХ практических навыков. Работа семейного врача требует самых разнообразных знаний, умений и навыков; это и клинический опыт, чтобы правильно оценить ситуацию; и знание патофизиологии, чтобы понять причины ухудшения или улучшения состояния пациента; и данные клинических исследований, чтобы оценить прогноз и скорректировать лечение; знание деонтологии и психологии больного, чтобы помочь ему сделать распоряжения на случай утраты самостоятельности. Все эти знания понадобятся одновременно: знать что-то одно в такой ситуации совершенно недостаточно; чтобы чувствовать себя уверенно, врач общей практики должен постоянно заботиться о полноте своих знаний; тогда в нужный момент он сможет отобрать то, что необходимо больному и решить его проблемы на высоком уровне.

Специфика работы ВОП:

- Состоит в необходимости решать применительно к каждому пациенту сложнейшую задачу клинической медицины: ЧТО С БОЛЬНЫМ?
- В этом кардинальное отличие методологии мышления семейного врача и «узкого специалиста».
- Последний решает вопрос: пациент мой или не мой?
- Если пациент «не мой», то к нему теряется интерес, его «переправляют» к специалисту другого профиля.
- Для семейного врача пациент «ВСЕГДА мой», но на короткое время он может нуждаться в помощи других специалистов (В каких специалистах? И когда? – решает ВОП, для этого ему необходимы и знания, и умения, и навыки, и КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ).
- Роль ВОП в решении проблем пациента является уникальной, так как он, соблюдая принципы семейной медицины, находится в постоянной координации и интеграции с населением.

Почему семейный врач, а не узкий специалист? Мы считаем, что будущее за семейной медициной! Так, как она: экономична; удовлетворяет потребности пациента; быстро и правильно диагностирует; акцентирует внимание на профилактику; лечит в контексте семьи; лечит пациента в целом. Я не против узких специалистов, но проблема в другом - когда один говорит, что он является гениальным кардиологом, а другой, к примеру, великим гастроэнтерологом, то получается, что наш несчастный организм делят на части. Но как можно делить, если организм – единое целое?! Обращаясь к участковому, нас направляют на прием к разным узким специалистам, и мы попадаем в какой-то замкнутый круг, и даже если нам удастся выбраться из этого, то нам назначают минимум 10 препаратов. Нельзя принимать сразу 10 наименований лекарств, к тому же это очень сильно бьет по карману. А ведь этот процесс может отрегулировать семейный врач. Он обслуживает всех членов семьи, независимо от возраста, пола и стадии того или иного заболевания, разбирается во всех часто встречающихся заболеваниях среди населения (а самое главное умеет предупреждать или выявлять заболевания на ранних стадиях). При этом в случае затруднения семейный врач может привлечь узкого специалиста, он их не игнорирует. Направив своего пациента к узкому специалисту, семейный врач уверен, что тот вернется к нему и семейный врач сможет отрегулировать рецепт, который назначил ему узкий специалист с учетом особенностей его организма или хронических заболеваний. В этом и есть преимущество семейного врача, этот человек становится доверенным лицом семьи.

Общение семейного врача и больного. Следующими качествами должен владеть врач общей практики: высокая информированность, умение услышать недосказанное, умение задавать правильные вопросы требующие детального ответа, умение показать пациенту,

что его высоко ценят и уважают, умение понять, что чувствует и знает пациент, умение облегчить принятие решения для пациента, умение расположить к себе, умение понять позицию пациента, честность, знание своих убеждений, ценностей и предположений, умение создать удобную обстановку, умение поощрить пациента, задавать вопросы, умение быть активным слушателем, умение слушать то, что говорят пациенты и как они это говорят: «язык тела» и тон голоса, умение вести разговор на скорости удобной пациенту, умение перефразировать пациента, чтобы удостовериться, что вы правильно поняли основные моменты, в подходящих моментах смотреть прямо на пациента, заинтересованность в пациенте, уверенность, что ваш «язык тела» проявляет вашу заинтересованность в пациенте, когда вы задаете вопрос, подождите ответа, поощрение пациента к продолжению разговора, остерегайтесь слова «почему?», будьте уверены, что пациент понял ваш вопрос, если вы думаете, что нет, задайте тот-же вопрос по другому, умение помочь пациенту рассказать то, о чем он чувствует, и выразить ему свое отношение, дайте пациенту понять, что все то, что он испытывает, является нормальным явлением.

В заключении я хотел бы привести слова Антуан Сент-Экзюпери, который сказал:

- «Я верю настанет день, когда человек отдастся в руки химиков и физиков. Не спрашивая его ни о чем, они возьмут кровь, сверятся с таблицей и выльчат одной пилюлей.
- И все же, если я заболел, то обращусь к какому-нибудь старому земскому врачу. Он взглянет на меня уголком глаза, пощупает пульс и живот, послушает. Затем потрет подбородок и улыбнется мне, чтобы лучше удалить боль. Разумеется я восхищаюсь наукой, но я вдвойне восхищаюсь МУДРОСТЬЮ».

Список использованной литературы

1. А.Гадаев «Умумий амалиёт врачлари учун маърузалар тўплами», 2011
2. Дж.Мерта “Справочник врача общей практики”,1991
3. Дж.Нобель “ Общая врачебная практика по Джону Нобелю”, 2001
4. Приказ №80 от 23.03.2009г Министерства Здравоохранения РУз
5. Нормативные документы по деятельности сельского
врачебного пункта, 2009
6. www.emcmos.ru/ru/departments/69/
7. family-med.web-3.ru/medicina/
8. www.ty-doktor.ru/abst_famili_medicine

1. Вудли М., А.Узлан. Терапевтический справочник Вашингтонского Университета. Практикум, 1995 г.
2. Мерта Дж. Справочник врача общей практики. М., Практикум, 1998г.
3. Внутренние болезни, Мухин Н.А том 1 М, ГЭОТАР- Медиа,2009
4. Внутренние болезни, Мухин Н. том 2 М, ГЭОТАР- Медиа,2009
5. medportal.ru>...>кардиология
6. www.it-med.ru/library/p/heart1.htm
7. ru.wikipedia.org/wiki/пороки_сердца
8. www.gutaclinic.ru>статьи

ТЕМА ЛЕКЦИИ: «ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА БОЛЕЙ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ. КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ИБС, ИМ. СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ. ПРОФИЛАКТИКА. ТАКТИКА ВОП».

ТЕХНОЛОГИЯ ОБУЧЕНИЯ

Количество студентов -	Время – 2 часа
Форма учебного занятия	Лекция - визуализация
План лекции	<ol style="list-style-type: none"> 2. Анатомическое строение клапанного аппарата сердца. 3. Причины, приводящие к появлению болей в грудной клетке. Заболевания, сопровождающиеся шумами в области сердца 4. Понятие, определение болей в грудной клетке 5. Причины развития врожденных и приобретенных пороков сердца 6. Обследование больных с болями в грудной клетке 7. Клиническое течение, диагностика отдельных видов болей в грудной клетке 8. Принципы лечения, профилактики и диспансеризации больных с болями в грудной клетке
<p>Цель учебного занятия: ознакомить студентов с этиологией, патогенезом заболеваний, проявляющихся шумами в сердце; научить различать шумы в сердце при различных заболеваниях; вспомнить классификацию врожденных пороков сердца; обучить принципам диагностики, лечения, профилактики и диспансеризации заболеваний, сопровождающихся шумами в сердце, ознакомить особенностям течения, тактике ВОП при некоторых врожденных пороках в сердце.</p>	
<p>Педагогические задачи:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Укрепить и углубить знания студентов о заболеваниях, сопровождающихся шумами в области сердца 2. Научить студентов правильно устанавливать диагноз в соответствии с современной классификацией 3. Обучить студентов умению дифференцировать заболевания, сопровождающихся различными болями в грудной клетке 4. Ознакомить студентов с особенностями течения некоторых грудных болей 5. Обучить студентов ведению больных с болями в груди 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Анатомическое строение клапанного аппарата сердца. 2. Причины, приводящие к появлению болей в грудной клетке. Заболевания, сопровождающиеся шумами в области сердца 3. Понятие, определение болей в грудной клетке 4. Причины развития врожденных и приобретенных пороков сердца 5. Обследование больных с болями в грудной клетке 6. Клиническое течение, диагностика отдельных видов болей в грудной клетке 7. Принципы лечения, профилактики и диспансеризации больных с болями в грудной клетке
Методика обучения	Текст лекции, видеофильмы, анкетирование, вопросы, техника “да-нет”
Форма обучения	8. Лазерный проектор, визуальные материалы,

	специальное техническое оборудование, показ тематических больных, диски с записями различными болями в грудной клетке
Средства обучения	Коллектив
Условия проведения учебного процесса	Аудитория

ТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТА ЛЕКЦИИ

Этапы, время	Деятельность	
	Преподаватель	Студенты
<u>1 этап</u> Вводная часть (5 мин)	1. Рассказывает о теме лекции, её цели и плане	1. Слушают
<u>2 этап</u> Актуализация знаний (20 мин)	<p>2.1. В целях повышения актуализации знаний студентов задаёт вопросы:</p> <p>1. Какие вы знаете боли в грудной клетке ?</p> <p>9. Перечислите заболевания сопровождающиеся болями в грудной клетке ?</p> <p>1. Расскажите отличия между функциональными и органическими болями в грудной клетке</p> <p>4. Расскажите классификацию врожденных пороков сердца</p> <p>Проводит анкетирование</p> <p>2.2. Показывая на экране предлагает ознакомиться студентам с целями и задачами лекции.</p> <p>Слайд №1, №2</p>	<p>2.1. Отвечают на заданные вопросы</p> <p>2.2. Изучают слайд №1</p> <p>2.3. Изучают слайд №2</p>
<u>3 этап</u> Основная часть (информационная) (55 мин)	<p>3.1. Знакомит студентов с лекционным материалом, значимостью темы и принципами формирования интеллигентной культурной личности, в частности ВОП.</p> <p>В целях повышения актуализации знаний проводит быстрый опрос студентов:</p> <p>По 1 пункту плана лекции: анатомическое строение клапанного аппарата сердца.</p> <p>По 2 пункту плана лекции: причины, приводящие к появлению шумов в сердца.</p> <p>По 3 пункту плана лекции: заболевания, сопровождающиеся шумами в области сердца.</p>	<p>3.1. Совместно разбирают прослушанный лекционный материал, задают вопросы</p>

	<p>По 4 пункту плана лекции: понятие, определение органических и функциональных шумов.</p> <p>По 5 пункту плана лекции: причины развития врожденных и приобретенных пороков сердца.</p> <p>По 6 пункту плана лекции: обследование больных с пороками сердца.</p> <p>По 7 пункту плана лекции: классификация врожденных пороков сердца.</p> <p>По 8 пункту плана лекции: клиническое течение, диагностика отдельных видов врожденных пороков сердца.</p> <p>По 9 пункту плана лекции: принципы лечения, профилактики и диспансеризации больных с шумами в области сердца.</p> <p>Остановившись на важных моментах лекции, предлагает записать основные положения в тетрадь</p>	<p>Основные моменты записывают в тетрадь</p>
<p><u>4 этап</u> Заключительный (10 мин)</p>	<p>4.1. Задает вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Перечислите наиболее часто встречающиеся заболевания, сопровождающиеся шумами в области сердца 2. Расскажите современную классификацию пороков сердца 3. Расскажите основные ключевые моменты клинического течения различных видов врожденных пороков. 4. Назовите основные принципы лечения, профилактики больных с пороками сердца <p>4.2. Дает задание для самостоятельной работы студентов: Заболевания, сопровождающиеся функциональными шумами в сердце</p>	<p>4.1. Отвечают на вопросы</p> <p>4.2. Слушают, записывают</p>

Определение сердечных шумов имеет важное дифференциально-диагностическое значение, так как их наличие, часто подтверждает наличие порока сердца или другого органического поражения сердца.

Пороки сердца (vitia cordis) представляют собой морфологические изменения клапанного аппарата сердца, ведущие к нарушению его функции и гемодинамики, а также врожденные нарушения развития сердца и крупных сосудов.

Врожденные пороки формируются в период внутриутробного развития плода и в большинстве случаев диагностируются в детском возрасте. Врожденные пороки сердца нередко сочетаются с другими дефектами развития.

При инфекционном эндокардите, атеросклерозе, сифилисе преимущественно поражается аортальный клапан. Изолированные пороки аортального клапана чаще встречаются у мужчин. Стеноз устья аорты может развиваться у людей с аномалиями строения аортального клапана (двустворчатый клапан). Подобная аномалия строения аортального клапана, по данным эхо-кардиографии и аутопсий, отмечается у 10-15 % людей.

Основой клинической диагностики пороков сердца по-прежнему и сегодня остается обычное клиническое обследование больного. Дифференциальную диагностику врожденных и приобретенных пороков сердца часто помогают провести анамнестические сведения. Особенно важно расспросить больного о перенесенных атаках ревматизма в детском и юношеском возрасте. Больные врожденными пороками сердца в ряде случаев отстают в физическом развитии, в анамнезе у многих из них имеют место частые пневмонии, бронхиты. Однако ряд больных с некоторыми и нерезко выраженными врожденными пороками сердца доживает до среднего возраста, их физическое развитие при этом не страдает.

Полезные сведения для диагностики пороков сердца можно получить при внешнем осмотре больных. Перкуссия позволяет выявить увеличение размеров сердца, особенно при дилатации его полостей. Этим методом трудно определить начальную гипертрофию отделов сердца.

Важным методом диагностики пороков сердца остается аускультация. Чтобы при этом получить максимум информации, необходимо создавать условия, обеспечивающие увеличение кровотока через пораженный клапан. Это достигается путем физической нагрузки и медикаментозным урежением сердечного ритма. Местом наилучшего выслушивания шумов при пороках митрального клапана является верхушка сердца, при пороках трехстворчатого клапана - нижний край тела грудины, при пороках аортального клапана - второе межреберье справа или третье слева от грудины. При пороках митрального клапана шумы проводятся в левую подмышечную область, при стенозе устья аорты - на сосуды шеи.

Гипертрофию предсердий и желудочков, нарушения сердечного ритма можно обнаружить с помощью ЭКГ.

При рентгенографии сердца в трех проекциях более точно определяется увеличение отдельных полостей сердца, состояние кровообращения в малом круге.

Ценную диагностическую информацию можно получить при проведении эхокардиографии. Она позволяет оценить не только анатомические особенности и сократительную способность миокарда, но и морфологию, функцию отдельных структур сердца. На сегодняшний день эхокардиография, выполненная на современных аппаратах и квалифицированным специалистом по функциональной диагностике, является самым информативным методом исследования сердца. Этот метод диагностики пороков сердца сделал доступным ранее недоступное.

Инвазивные методы диагностики пороков сердца (зондирование правых и левых отделов сердца с манометрией, исследование газового состава крови из полостей сердца, контрастные рентгенологические методы) в странах СНГ используются только в кардиохирургических стационарах и по строгим показаниям.

В диагностике пороков сердца от врача-клинициста требуется хорошее знание их семиотики, правильный анализ субъективных симптомов и объективных данных, логическая и комплексная оценка результатов проведенных клинических и параклинических исследований. Мало установить характер поражения клапанного аппарата сердца. Важно правильно интерпретировать характер патологического процесса, приведший к формированию порока, оценить его активность и фазу. При возникновении нарушений кровообращения следует выяснить их причину: перегрузка миокарда вследствие порока, нарушение сердечного ритма или обострение основного патологического процесса. Следует помнить, что наличие современных

инструментальных методов диагностики пороков сердца никогда не заменит клинического мышления врача.

Нередко при аускультации сердца у практически здоровых людей выслушиваются шумы, которые не являются органическими. Однако в подобных ситуациях могут возникнуть проблемы в дифференциальной диагностике с пороками сердца. Врачу необходимо помнить основные причины возникновения функциональных (неорганических) шумов в сердце и их отличительные черты от шумов органического происхождения.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ (НЕОРГАНИЧЕСКИЕ, НЕВИННЫЕ, СЛУЧАЙНЫЕ) ШУМЫ. Существует множество причин и механизмов формирования таких шумов в каждом конкретном случае. Обычно функциональные шумы выслушиваются над верхушкой сердца, в точке Боткина или над легочной артерией. Они встречаются почти у каждого второго ребенка и почти у трети взрослых молодых людей. Шум на основании сердца у детей и лиц молодого возраста появляется из-за наличия относительного сужения легочной артерии. В детском возрасте сохраняется физиологическое преобладание просвета полости правого желудочка над диаметром легочной артерии.

Под маской стеноза устья аорты, врожденных пороков сердца у молодых людей нередко скрывается гиперкинетический кардиальный синдром - разновидность функциональных (дисрегуляторных) сердечно-сосудистых расстройств. Это функциональное нарушение чаще всего обнаруживается у юношей-призывников. В основе синдрома лежит повышение активности β -адренорецепторов миокарда, что влечет за собой гипертрофию сердца с увеличением объема и скорости изгнания крови и компенсаторным падением общего периферического сопротивления. У таких юношей выслушивается систолический шум над аортой (от слабого до весьма ощутимого), который нередко проводится на сонные артерии, особенно правую. На ФКГ имеет форму асимметричного ромба с пиком в первой половине систолы. Это скоростной шум изгнания. Стенозу устья аорты противостоят выразительные черты гиперфункции сердца: усиление пульсации сонных артерий, быстрый пульс, увеличение пульсового артериального давления.

Систолический шум на перхушке сердца у молодых людей может возникать вследствие изменений тонуса сосочковых мышц, чему способствует лабильность вегетативной нервной системы. В образовании функциональных шумов могут иметь значение наличие дополнительных (аномальных, ложных, "слепых") сухожильных хорд, прикрепляющихся к митральному клапану и сосочковым мышцам. Одной из частых причин функционального систолического шума является транзиторный систолический валик, выступающий в просвет камеры оттока левого желудочка в результате систолического утолщения или выпячивания субаортального участка межжелудочковой перегородки. Другими словами, частая причина систолического шума - деформация контуров полости левого желудочка, особенно его выносящего тракта.

Неорганический шум может быть обусловлен ускорением тока крови при анемиях, тиреотоксикозе в условиях сохраненной сократительной функции желудочков. Систолический шум нередко выслушивается при миокардитах, миокардиодистрофиях различного происхождения, кардиосклерозе.

Функциональные шумы обычно мало интенсивны, тембр их мягкий, дующий, они очень изменчивы по интенсивности и продолжительности при перемене положения тела. Они не проводятся на сосуды шеи по направлению тока крови или в подмышечную область. Такой шум на ФКГ имеет небольшую амплитуду и длительность, чаще располагается в средней трети систолического интервала (мезосистолический шум). Форма шума изменяется от одного сердечного цикла к другому, зависит от положения тела и фаз дыхания. Амплитуда I тона при этом, за исключением случаев миокардита или кардиосклероза, не изменяется.

В ходе осмотра у части больных ПМК можно обнаружить симптомы астенизации, высокую дугу верхнего неба, впалую грудь и сколиоз. При аускультации выслушивается поздний систолический шум и дополнительный тон (щелчок) в середине систолы. Эти

изменения хорошо фиксируются на ФКГ. У 1/3 пациентов выявляются изменения ЭКГ. Они в основном касаются инверсии зубца Т в отведениях II, III и aVF. Возможно удлинение интервала Q- T, наличие желудочковых экстрасистол, других аритмий. Ключевую роль в диагностике ПМК играет эхокардиография.

ПРИБРЕТЕННЫЕ ПОРОКИ СЕРДЦА. Митральный стеноз (сужение левого предсердно-желудочкового отверстия, *stenosis mltralis, stenosis ostii atrioventricularis sinistra*). У человека площадь левого атриовентрикулярного отверстия колеблется в пределах 4-6 см². При митральном стенозе происходит сужение этого отверстия. В связи с препятствием току крови из левого предсердия в левый желудочек давление крови в левом предсердии повышается с 5 до 20-25 мм рт ст. Удлиняется систола левого предсердия. Ретроградно возрастает давление в легочных венах и капиллярах. Рефлекторно могут суживаться и артериолы (рефлекс Китаева), что приводит к повышению давления в системе легочной артерии. Функциональный спазм, а затем и анатомические изменения сосудов малого круга кровообращения создают так называемый второй барьер на пути кровотока. Включение второго барьера увеличивает нагрузку на правый желудочек. Развивается его гипертрофия, а в последующем - и декомпенсация по большому кругу кровообращения. В стадии компенсации больные жалоб не предъявляют. По мере прогрессирования порока появляются одышка при физической нагрузке, а затем и в покое, кашель, иногда кровохарканье, сердцебиение, общая слабость, повышенная утомляемость. Редко возникают ноющие или колющие боли в области сердца, не связанные с физической нагрузкой. Экстрасистолия, как правило, выступает предвестником мерцательной аритмии. Встречается афония (симптом Ортнера) вследствие давления увеличенного левого предсердия на возвратный нерв. В процессе осмотра могут выявляться цианоз губ, кончика носа, румянец щек с несколько цианотичным оттенком (*facies mitralis*).

Верхушечный толчок ослаблен. Над областью верхушки сердца при выраженном митральном стенозе определяется диастолическое дрожание ("кошачье мурлыканье"). При гипертрофии правого желудочка появляется пульсация в области эпигастрия, усиливающаяся на вдохе. Пульс и артериальное давление существенно не изменены. Наблюдается склонность к снижению пульсового давления. В процессе перкуссии можно определить смещение границ относительной сердечной тупости вверх (левое предсердие) и вправо (правое предсердие). Над верхушкой сердца выслушивается усиленный (хлопающий) / тон. Сразу после // тона может выслушиваться щелчок (тон) открытия митрального клапана. Хлопающий I тон, II тон с тоном открытия митрального клапана создают на верхушке сердца трехчленный "ритм перепела". Над легочной артерией // тон усилен, нередко раздвоен. Важный диагностический признак митрального стеноза - диастолический шум на верхушке сердца, как правило, с пресистолическим усилением. Тембр шума грубый, он лучше выслушивается после физической нагрузки в положении на левом боку при задержке дыхания на фазе выдоха. Без физической нагрузки шум может не выслушиваться. При развитии мерцательной аритмии и снижении сократительной функции предсердий пресистолический шум обычно исчезает.

Отсутствие мелодии митрального стеноза может встречаться и при выраженном фиброзе и кальцинозе створок митрального клапана с ограничением их подвижности. Над верхушкой сердца у большинства больных выслушивается и систолический шум, выступающий проявлением одновременно имеющейся митральной недостаточности или следствием обызвествления створок клапанов. В условиях значительной легочной гипертензии над легочной артерией выслушивается диастолический шум Стилла - результат относительной недостаточности полулунных клапанов.

На ЭКГ - признаки гипертрофии левого предсердия (двухвершинный зубец Р в отведениях I, aVL с длительностью более ОД с) и правого желудочка, нередко блокады правой ножки пучка Гиса, экстрасистолии и мерцания предсердий. При рентгенографии отмечается сглаживание талии сердца за счет гипертрофии левого предсердия. Контрастированный

пищевод увеличенным левым предсердием смещается вправо и назад по дуге малого радиуса (не более 6 см).

Может наблюдаться смещение сердца влево за счет значительной гипертрофии и дилатации правого желудочка. К важным рентгенологическим признакам митрального стеноза относится венозная легочная гипертензия, проявляющаяся расширением корней с нерезкими границами. При артериальной легочной гипертензии расширяются тени корней с четкими контурами. На ФКГ выявляется увеличение амплитуды I тона, удлинение интервала Q- I тон до 0,08-0,12 с, усиление II тона или его раздвоение на легочной артерии, щелчок открытия митрального клапана через 0,06-0,12 с после I-тона (интервал II-OS). При прогрессировании стеноза интервал II-OS укорачивается. На ФКГ регистрируется также диастолический шум, начинающийся сразу после тона открытия митрального клапана или через некоторый промежуток времени после этого тона. Часто присущ типичный пресистолический шум. Значение ФКГ возрастает при мерцательной аритмии.

Митральный стеноз может приводить к развитию осложнений: кровохарканью, отеку легких, мерцанию и трепетанию предсердий, тромбоэмболии в системе большого круга кровообращения. Возможны тромбоэмболии и в сосуды малого круга. Источником эмболов могут быть варикозные вены нижних конечностей.

По степени выраженности различается несколько степеней митрального стеноза.

Порок I степени (незначительно выраженный): выслушивается короткий пресистолический шум, отмечается незначительное увеличение левого предсердия. Площадь митрального отверстия, по данным эхокардиографии, превышает 3,0 см². Порок II степени (умеренный): выслушивается умеренной интенсивности диастолический шум, наблюдается отчетливое увеличение левого предсердия. Площадь митрального отверстия составляет 3,0-2,0 см². Порок III степени (выраженный): выслушивается сплошной диастолический шум, сопровождающийся “кошачьим мурлыканьем”, имеются отчетливые признаки гипертрофии правого желудочка. Площадь митрального отверстия менее 2,0 см². При площади митрального отверстия менее 1 см² говорится о резком митральном стенозе. Выраженный и резкий митральный стеноз следует считать показанием к оперативному лечению порока независимо от стадии недостаточности кровообращения. Выраженный и резкий митральный стеноз неизбежно приводят к развитию сердечной недостаточности и осложнений, в частности, мерцательной аритмии, тромбоэмболии легочной артерии и др. Существенную роль играет объективная оценка исхода первичной ревматической атаки. Признаки формирующегося митрального стеноза выявляются не ранее 2-3 мес от начала заболевания, а период полного формирования митрального стеноза составляет 6-12 мес. Клинико-инструментальными признаками вальвулита митрального клапана, протекающего с формированием митрального стеноза, являются: прогрессирующая “подтянутость” ладней митральной створки в диастоле при одновременной регистрации на ФКГ непостоянного тона открытия митрального клапана и мезодиастолического шума; появление куполообразного диастолического изгиба передней митральной створки, ее краевое утолщение (важнейший признак!); трансформация ламинарного диастолического потока в турбулентный, по данным доплерэхокардиографии, и возрастание трансмитрального диастолического градиента давления. У части больных после перенесенной атаки ревматизма все признаки вальвулита митрального могут исчезнуть полностью. Остаются лишь резидуальные изменения створок клапана.

Недостаточность митрального клапана (митральная недостаточность, insufficient valvule mitralis) в изолированном виде наблюдается редко (до 5 % случаев), чаще сочетается с митральным стенозом и аортальными пороками. Встречается также относительная митральная недостаточность. Она может быть следствием диффузного поражения миокарда левого желудочка и расширения его полости или изменения тонуса сосочковых мышц. Анатомического поражения самого митрального клапана при этом виде

митральной недостаточности не наблюдается. Вследствие неполного смыкания створок митрального клапана часть крови в период систолы забрасывается обратно в левое предсердие. Увеличенное количество крови поступает и в левый желудочек, что постепенно вызывает его умеренную гипертрофию и более отчетливую дилатацию. Порок длительное время компенсируется мощным левым желудочком. Ослабление сократительной функции левого желудочка приводит к развитию застойных явлений в легких, гипертрофии правого желудочка и в последующем к появлению признаков декомпенсации в большом круге кровообращения. Клиническая симптоматика при митральной недостаточности появляется только тогда, когда митральная регургитация составляет более 15-20 % ударного объема сердца. В состоянии компенсации порока больные чувствуют себя удовлетворительно. В дальнейшем появляются одышки при физической нагрузке и сердцебиение. Редко может беспокоит кашель, исключительно редко отмечается кровохарканье. Возможны колющие или ноющие боли в области сердца. При внешнем осмотре заметных изменений не наблюдается.

Важным акустическим признаком митральной недостаточности является ослабление / тона на верхушке. Второй тон легочной артерии усилен или расщеплен. Часто на верхушке сердца выслушивается III тон. Наиболее характерный признак порока - систолический шум, интенсивность которого зависит от выраженности клапанного дефекта. Тембр шума мягкий, дующий. Шум лучше выслушивается на верхушке сердца в положении больного на левом боку. Чем больше и продолжительнее систолический шум, тем тяжелее митральная недостаточность. На ЭКГ могут выявляться признаки гипертрофии левого предсердия и левого желудочка. В процессе рентгенографии определяется увеличение левого желудочка и левого предсердия. Контрастированный пищевод отклоняется по дуге большого радиуса (более 6 см). В легких отмечается расширение корней с нечеткими контурами. На ФКГ амплитуда / тона обычно снижена, может быть увеличенным интервал Q-I тон, через 0,12-0,18 с после I тона регистрируется Штон. Систолический шум начинается сразу после / тона, занимает большую часть систолы, часто носит убывающий характер. При митральной недостаточности может также развиваться мерцательная аритмия вследствие перегрузки левого предсердия. Различается три степени выраженности митральной недостаточности: Порок I степени: небольшой интенсивности систолический шум, нерезкое увеличение левого желудочка, незначительное увеличение левого предсердия. Порок II степени: систолический шум средней интенсивности, умеренно выраженный III тон, отчетливое увеличение левого желудочка и левого предсердия. Порок III степени: интенсивный систолический шум, сливающийся с / и // тонами, расщепление II тона с усилением легочного компонента, большая амплитуда III тона, выраженное увеличение левых отделов сердца. К признакам формирующейся недостаточности митрального клапана после перенесенной ревматической атаки относятся: появление интенсивного систолического шума на верхушке сердца; краевое утолщение передней митральной створки (с куполообразным изгибом ее в диастоле у ряда больных); регистрация постепенно нарастающего турбулентного систолического потока в полости левого предсердия по данным доплерэхокардиографии.

Сочетанный митральный порок сердца проявляется сочетанием звуковых симптомов стеноза и недостаточности. Для преобладания митрального стеноза наиболее характерны: пресистолический шум на верхушке сердца, увеличение левого предсердия и правого желудочка и менее отчетливый систолический шум. Для порока с преобладанием митральной недостаточности наиболее типичны: систолический шум на верхушке, проводящийся в левую подмышечную область, увеличение левого желудочка, менее выраженный диастолический шум. Мерцательная аритмия чаще встречается при сочетании митрального стеноза и значительной митральной недостаточности. Выяснение преобладающего вида порока приобретает особое значение при решении вопроса об

оперативном лечении (митральная комиссуротомия или протезирование митрального клапана).

Сужение **устья аорты** (аортальный стеноз, *stenosis ostii aortae*). Примерно в 3 раза чаще встречается у мужчин. Из-за препятствия току крови развивается выраженная гипертрофия левого желудочка. Объем его полости не увеличивается. Тяжелые гемодинамические нарушения возникают при сужении аортального устья на 75 и более процентов. Порок длительное время может оставаться компенсированным. В условиях снижения сократительной функции левого желудочка наблюдается его дилатация. Только при выраженном стенозе у больных появляются жалобы, вызванные отсутствием адекватного увеличения минутного объема во время нагрузки, повышенная утомляемость, головокружение, обмороки, сжимающие боли в области сердца и за грудиной. Причина последних - снижение коронарного кровообращения из-за уменьшенного объема поступления крови в коронарные артерии и гипертрофия миокарда. Одышка присуща поздним стадиям порока. Появление одышки и приступов удушья указывает на снижение сократительной функции миокарда. При осмотре отмечается бледность кожных покровов, что связано со спазмом сосудов кожи. Это реакция организма на малый сердечный выброс. В случаях выраженного стеноза можно наблюдать усиленный верхушечный толчок. Он смещается в шестое - седьмое межреберье до передней подмышечной линии. При пальпации на фазе выдоха во втором межреберье справа от грудины можно определить систолическое дрожание. Признаки сердечной недостаточности появляются сначала в малом, а затем и большом круге кровообращения. В компенсированной стадии порока может быть лишь незначительная гипертрофия левого желудочка. При появлении дилатации сердца его границы значительно смещаются влево. Пульс малый, медленно нарастающий. Систолическое АД умеренно снижено. Нередко встречается брадикардия. Первый тон на верхушке сердца сохранен или ослаблен, может быть его расщепление. Второй тон на аорте чаще ослаблен или не определяется из-за тугоподвижности створок аортального клапана и снижения давления в аорте. Выслушивается грубый скребущий режущий или вибрирующий систолический шум. Эпицентр шума - второе межреберье справа от грудины или точка Боткина. Шум хорошо проводится на сосуды шеи, в яремную ямку и межлопаточную область, лучше выслушивается на фазе выдоха в положении на правом боку, иногда проводится и в область верхушки сердца, что может служить причиной ошибочной диагностики митральной недостаточности. Интенсивность систолического шума может ослабляться при выраженной эмфиземе, сопутствующем митральном стенозе, тахикардии, сердечной недостаточности.

Рентгенологически в период компенсации порока размеры левого желудочка изменены незначительно. С развитием декомпенсации расширяется левый желудочек, а затем и левое предсердие. Сердце приобретает типичную аортальную конфигурацию. При выраженном стенозе на ЭКГ признаки гипертрофии левого желудочка, может регистрироваться полная блокада левой ножки пучка Гиса. Мерцание предсердий бывает редко. На ФКГ типичный ромбовидный систолический шум, ослабление или исчезновение // тона на аорте, сниженные амплитуды / тона на верхушке сердца. При субаортальном (подклапанном) врожденном стенозе систолический шум большой амплитуды регистрируется не только на аорте, но и на верхушке. Сохраняется амплитуда // тона на аорте.

Особенность стеноза устья аорты - длительный период компенсации. Сердечная недостаточность протекает с приступами сердечной астмы. Период декомпенсации порока, как правило, продолжается относительно короткое время (1-2 года). Больные могут также погибать и от коронарной недостаточности, которая развивается вследствие неадекватного поступления крови в систему коронарных артерий из-за сниженного сердечного выброса и несоответствия между сетью коронарных сосудов и выраженной гипертрофией левого желудочка.

Существует 3 степени выраженности аортального стеноза:

Порок I степени: типичная аускультативная картина в сочетании с незначительно выраженными признаками увеличения левого желудочка, возрастание толщины стенки левого желудочка до 1,2 см.

Порок II степени: выслушивается типичный систолический шум (ромбовидный по форме на ФКГ), проводящийся на сосуды шеи, отчетливое ослабление // тона, определяется отчетливая гипертрофия левого желудочка, увеличение толщины стенки левого желудочка до 1,5 см (по данным эхокардиографии).

Порок III степени: выраженная субъективная симптоматика с дилатацией левого желудочка и выраженными изменениями на ЭКГ, толщина стенки левого желудочка более 1,5 см.

Недостаточность аортального клапана (аортальная недостаточность, *insufficiencia valvule aortae*). Примерно в половине случаев этот порок встречается в сочетании со стенозом устья аорты. Чаще бывает у мужчин. Значительный обратный ток крови из аорты в левый желудочек в результате неполного смыкания створок клапана в период диастолы приводит к расширению левого желудочка. Как компенсаторный механизм увеличивается систолический выброс крови, что способствует развитию гипертрофии левого желудочка, а не только его расширению. Снижается сопротивление периферических сосудов на периферии. При значительном расширении полости левого желудочка может развиваться относительная митральная недостаточность - митрализация порока. В стадии компенсации порока больные длительное время сохраняют трудоспособность и редко предъявляют жалобы. Может быть ощущение усиленной пульсации сонных артерий, сердцебиение. Как и при стенозе устья аорты, характерны боли за грудиной стенокардического типа, усиливающиеся при физической нагрузке, головокружения, склонность к обморокам при быстрой перемене положения. В случае резких движений возможна потеря сознания. Одышка появляется при снижении сократительной функции левого желудочка.

При осмотре больного обращают на себя внимание бледность кожных покровов, пульсация крупных сосудов, особенно сонных артерий ("пляска каротид"). Могут выявляться ритмичные качания головы (симптом Мюссе), пульсация предсердечной области. На ногтевом ложе иногда обнаруживается "капиллярный пульс" - синхронное с пульсом изменение интенсивности окраски ногтевого ложа. Отчетливо виден приподнимающий верхушечный толчок, смещенный влево и вниз. Свойственна аортальная конфигурация сердца.

Для аортальной недостаточности типично повышение систолического и снижение диастолического давления (амплитуда пульсового давления увеличивается). У части больных диастолическое АД снижается до нуля. Пульс высокий и скорый, что связано с быстрым подъемом и снижением АД. Над крупными сосудами может определяться двойной шум Дюрозье, реже двойной тон Траубе. При аускультации области сердца выявляются снижение интенсивности I тона, ослабление или отсутствие // тона на аорте. Степень ослабления последнего пропорциональна выраженности клапанного дефекта. Выслушивается диастолический шум с эпицентром во втором межреберье справа от грудины или третьем - четвертом межреберье слева от грудины. Шум мягкий, дующий, различной длительности возникает сразу после I тона, лучше выслушивается на фазе выдоха в положении больного сидя с наклоном туловища вперед, ослабевает обычно при тахикардии, сердечной недостаточности, мерцании предсердий. При аортальной недостаточности может выслушиваться и систолический шум (сопровождающий шум), обусловленный завихрением тока крови из-за деформации створок аортального клапана. На верхушке сердца может появляться систолический шум, связанный с развитием относительной митральной недостаточности, а также мезо- или пресистолический шум (шум Флинта) вследствие развития относительного стеноза митрального отверстия. Рентгенологически выявляются увеличение левого желудочка и расширение восходящей части аорты. Талия сердца резко выражена. Даже при "митрализации" аортального порока

не бывает значительной гипертрофии левого предсердия. На ЭКГ признаки гипертрофии левого желудочка. В отличие от стеноза устья аорты при аортальной недостаточности в отведениях V.-V₆ могут появляться высокие заостренные зубцы Т. На ФКГ определяется ослабление / тона на верхушке, при выраженном пороке может быть /// тон. Второй тон на основании сердца ослаблен. Регистрируется диастолический шум, который начинается непосредственно после I тона и имеет убывающий характер. Шум высокочастотный, в связи с чем иногда лучше выслушивается ухом, чем регистрируется на ФКГ. Во втором межреберье справа от грудины может выявляться сопровождающий систолический шум. Он, как правило, не имеет определенной формы и занимает не более половины систолы. При аортальной недостаточности больные длительное время находятся в компенсированном состоянии. Однако в случаях появления признаков сердечной недостаточности состояние их быстро и прогрессивно ухудшается. Сердечная недостаточность при этом протекает по левожелудочковому типу с приступами сердечной астмы. В дальнейшем возможно развитие застоя в большом круге кровообращения. Аортальная недостаточность может быть трех степеней выраженности: Порок I степени: выслушивается короткий протодиастолический шум (чаще в точке Боткина), обычно не регистрируемый на ФКГ, незначительное увеличение левого желудочка. Порок II степени: диастолический шум более интенсивен, II тон на основании сердца ослаблен, отчетливо выражены периферические сосудистые признаки, четко выявляется увеличение левого желудочка. Порок III степени: сплошной диастолический шум в сочетании с отсутствием или резким ослаблением // тона, значительное увеличение левого желудочка, резко выраженные сосудистые периферические признаки. Признаками вальвулита аортального клапана являются: появление неравномерных ярких эхо-сигналов от полулунных створок по линии их смыкания; регистрация турбулентного диастолического потока в выводном тракте левого желудочка при доплерэхокардиографии и одновременное выявление протодиастолического шума.

Сочетающий аортальный порок сердца клинически проявляется признаками, характерными для каждого из составляющих его поражений клапанного аппарата сердца. Для решения вопроса о преобладании порока необходимо тщательно анализировать клинические данные и результаты всех параклинических методов исследования. Определение преобладающего вида поражений имеет существенное значение, так как от этого зависят показания к операции и характер оперативного вмешательства. Для уточнения характера преобладающего поражения иногда применяются инвазивные методы исследования.

Недостаточность трехстворчатого клапана (*insufficiencia valvulae tricuspidalis*) встречается сравнительно часто. Различается органическая и относительная недостаточность. Последняя встречается значительно чаще. Обычно порок протекает в комбинации с митральными или аортальными пороками. Относительная недостаточность трехстворчатого клапана наблюдается при значительном расширении правого желудочка и увеличении его полости. Во время систолы правого желудочка часть крови из его полости попадает обратно в правое предсердие. Застой крови в полости правого предсердия передается на систему полых вен. При осмотре больных выявляются акроцианоз, набухание шейных вен и их систолическая пульсация - положительный венный пульс, небольшая иктеричность склер и кожи из-за функциональной недостаточности застойной печени. Присуща пульсация в эпигастральной области из-за дилатации правого желудочка. Иногда наблюдается пульсация печени.

При аускультации определяется систолический шум с эпицентром у основания мечевидного отростка. Этот шум усиливается на высоте вдоха (симптом Риверо - Корвалло), что отличает его от шума при недостаточности митрального клапана. Во время вдоха ускоряется кровоток через правые отделы сердца и увеличивается объем регургитации. На ЭКГ признаки гипертрофии правого желудочка, на ФКГ у основания

мечевидного отростка отчетливый систолический шум, начинающийся сразу после /тона. На высоте вдоха амплитуда шума увеличивается. При постановке диагноза проводится дифференциальная диагностика со слипчивым перикардитом.

Стеноз правого атриовентрикулярного отверстия (трикуспидальный стеноз, stenosis ostii atrioventricularis dextrae, stenosis tricuspidalis) в чистом виде практически не встречается. Обычно сочетается с митральными пороками сердца. Клиническую картину болезни в большинстве случаев определяют сочетающиеся с ним пороки. При осмотре выявляются цианоз, значительно расширенные и пульсирующие шейные вены, застой в большом круге кровообращения, гипертрофия правого предсердия. При аускультации находят снижение интенсивности II тона из-за отсутствия застоя в малом круге кровообращения. У основания мечевидного отростка выслушивается диастолический шум, регистрируемый и на ФКГ в виде пресистолического ромбовидного шума. Шум усиливается на высоте вдоха, особенно в положении больного на правом боку. Типично отсутствие заметного застоя в легких, что подтверждается рентгенологически. На ЭКГ признаки гипертрофии правого предсердия.

ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ СЕРДЦА. У большинства больных врожденные пороки сердца распознаются в детском возрасте, так как при этом возникает отчетливая звуковая симптоматика и рано появляются нарушения гемодинамики. В некоторых случаях из-за небольшой выраженности порока он длительное время протекает скрыто. И только в зрелом возрасте могут возникнуть первые признаки декомпенсации, что заставляет больного обратиться к врачу. В результате комплексного обследования шум, расцениваемый ранее как неорганический, связывается с наличием врожденного порока сердца.

Классификация врожденных пороков сердца и сосудов

1. Пороки со сбросом крови справа налево : Триада Фалло, Тетрада Фалло, Пентада Фалло, Отхождение аорты и легочной артерии от правого желудочка, Атрезия трехстворчатого клапана (с обычным отхождением крупных сосудов), Пороки развития правого желудочка (гипоплазия, дефекты мышцы), Транспозиция крупных сосудов, Атрезия дуги аорты, Пороки развития левой половины сердца (атрезия или гипоплазия устья аорты, дивертикул левого желудочка), Общий артериальный ствол (истинный и ложный), Общий желудочек, Артериовенозные аневризмы (системные, легочные),

2. Пороки с первоначальным сбросом крови слева направо. Открытый артериальный проток, Аортолегочный свищ, Первичный и вторичный дефект межпредсердной перегородки, Общее предсердие, Синдром Лютембаше, Трехпредсердное сердце, Общий атриовентрикулярный канал, Дефект межжелудочковой перегородки, Аневризма синуса Вальсальвы с прорывом в малый круг кровообращения.

3. Пороки правой половины сердца. Стеноз легочной артерии (клапанный, инфундибулярный, надклапанный), Болезнь Эбштейна, Первичная легочная гипертензия

4. Пороки левой половины сердца. Аномалии дуги аорты, Коарктация аорты, Стеноз устья аорты, Аномалии коронарных артерий, Стеноз митрального клапана

5. Другие аномалии

Аномалии положения сердца и отдельных его камер (декстрокардия, декстрорверсия с обратным расположением внутренних органов и т.д.)

Врожденные пороки со сбросом крови справа налево называются еще пороками “синего типа”, а со сбросом слева направо - пороками “бледного типа”. По синдромному принципу врожденные пороки сердца можно разделить на чистые шлюзы (стеноз устья аорты, коарктация аорты, стеноз легочной артерии), чистые сбросы (открытый артериальный проток, дефекты межпредсердной и межжелудочковой перегородок), сочетание сбросов и шлюза (триада и тетрада Фалло, транспозиция магистральных сосудов).

Тетрада Фалло. Классическая тетрада Фалло состоит из стеноза или атрезии выходного отдела легочной артерии, дефекта межжелудочковой перегородки, декстропозиции аорты

(смещение вправо) и гипертрофии правого желудочка. При триаде Фалло отсутствует дэкстрапозиция аорты. Гемодинамика при тетраде Фалло прежде всего зависит от степени сужения легочной артерии. Сброс крови происходит справа налево. Определяются одышка, цианоз, пальцы в виде “барабанных палочек”. При аускультации I тон, как правило, не изменен, II тон на легочной артерии ослаблен или не выслушивается.

По левому краю грудины выслушивается резкий систолический шум с наибольшей интенсивностью во втором - третьем межреберье. Шум хорошо проводится на сосуды шеи и меньше - в межлопаточную область. На ЭКГ отклонение электрической оси сердца вправо. При рентгенографии выявляется обеднение легочного рисунка вследствие недостаточного притока крови. Аорта расширена и смещена вправо.

Открытый артериальный проток чаще встречается у женщин. Клиническая картина определяется величиной сброса крови через шунт. Сброс крови происходит из аорты в легочную артерию. При малом сбросе больные многие годы сохраняют трудоспособность, порок часто обнаруживается при случайном обследовании. В условиях значительного сброса рано возникают одышка, утомляемость, нарушается физическое развитие. При аускультации и на ФКГ определяется систолодиастолический шум во втором межреберье слева от грудины.

Шум связан с движением крови, поступающей из аорты в легочную артерию как во время систолы, так и диастолы. Этот шум образно сравнивается с шумом “грохота поезда в туннеле”, “машинным шумом”. Он усиливается на вдохе, так как в это время давление в легочной артерии снижается. На ЭКГ признаки гипертрофии левых отделов сердца. Рентгенологически в легких определяются усиление легочного рисунка за счет переполнения артериального русла, расширение и пульсация корней легких.

Дефект межпредсердной перегородки чаще диагностируется у взрослых (10% врожденных пороков сердца). У большинства больных длительное время протекает относительно благоприятно. Сброс крови происходит слева направо. Больные жалуются на одышку, быструю утомляемость, колющие боли в области сердца, сердцебиение. При аускультации выслушивается умеренной интенсивности систолический шум во втором - третьем межреберье слева от грудины. При правожелудочковой недостаточности интенсивность шума резко ослабевает. Определяется усиление I тона на легочной артерии. Рентгенография выявляет увеличение сердца влево за счет смещения расширенным правым желудочком и выбухания легочной артерии, усиление легочного рисунка. На ЭКГ признаки частичной или полной блокады правой ножки пучка Гиса, гипертрофии правого желудочка.

Синдром Лютембаше - сочетание дефекта межпредсердной перегородки и стеноза митрального отверстия. Последний чаще бывает ревматической этиологии, но может быть и врожденным. При синдроме Лютембаше происходит усиление сброса крови слева направо, в связи с чем раньше проявляются гемодинамические нарушения. Диагностика базируется на выявлении симптомов дефекта межпредсердной перегородки и митрального стеноза.

Дефект межжелудочковой перегородки (болезнь Толочинова-Роже) может быть изолированным или сочетается с другими сердечными аномалиями. Чаще встречается в верхней трети перегородки, размер - 1-2 мм или перегородка полностью отсутствует. Сброс крови происходит слева направо. Симптоматика порока зависит от величины дефекта. При естественном течении порока состояние больных обычно начинает прогрессивно ухудшаться после 20-25 лет. Появляются быстрая утомляемость, сердцебиение, одышка. Может выявляться сердечный горб, систолическое дрожание в третьем - четвертом межреберье слева от грудины. При аускультации выслушивается громкий систолический шум (“много шума из ничего”) с максимумом звучания в третьем-четвертом межреберье слева от грудины.

При рентгенографии обнаруживается выбухание дуги легочной артерии, увеличение левого желудочка. На ФКГ систолический шум в форме овала или ромба, усиление и расщепление // тона на легочной артерии.

Общий атриовентрикулярный канал - большой дефект перегородки, захватывающий нижнюю часть межпредсердной перегородки и прилегающую часть межжелудочковой перегородки, и расщепленный общий атриовентрикулярный клапан, нависающий над желудочковым компонентом дефекта перегородки.

Изолированный стеноз легочной артерии имеет относительно доброкачественное течение, часто сочетается с другими дефектами развития сердца. Уменьшение выброса крови правым желудочком ведет к снижению легочного кровотока. Развиваются одышка, быстрая утомляемость. При аускультации и на ФКГ во втором межреберье слева от грудины определяется грубый систолический шум в форме ромба. Второй тон на легочной артерии резко ослаблен и раздвоен.

Болезни Эбштейна присуще смещение трехстворчатого клапана в правый желудочек вследствие аномального прикрепления его створок. Аномально расположенное отверстие клапана делит правый желудочек на проксимальную "атриализованную" часть и дистальную функциональную маленькую желудочковую камеру. Нарушения гемодинамики происходят из-за неэффективного функционирования маленького правого желудочка.

Коарктация аорты - значительное сужение некоторой части аорты, чаще в области артериального протока, иногда в нижней грудной или брюшной аорте. Часть больных длительно до уточнения диагноза лечится по поводу гипертонической болезни. Коарктация аорты приводит к развитию гипертензии и коллатерального кровообращения в обход места сужения. АД повышается из-за механического препятствия току крови и включения эндокринного механизма (ренин - ангиотензин - альдостерон). Больные жалуются на головную боль, быструю утомляемость, боли в голеностопных суставах. При осмотре АД на руках и выслушивается систолический шум. На ногах АД снижено или вообще не определяется, ослаблен также и пульс. У таких больных обычно хорошо развит верхний плечевой пояс по сравнению с нижними конечностями. Пульсация сонных артерий усилена. На основании сердца (во втором межреберье слева или справа, в третьем межреберье слева) выслушивается систолический шум. Он хорошо проводится на сосуды шеи и в межлопаточную область. На ЭКГ признаки гипертрофии левого желудочка. При рентгенографии обнаруживается увеличение левого желудочка. Характерна узурация III-VII пар ребер из-за резкого увеличения диаметра межреберных артерий и их извилистого хода. Установить достоверный диагноз помогает аортография.

Аортальный стеноз создает препятствие току крови из левого желудочка. Чаще встречается стеноз аортального клапана - врожденная деформация створок клапана или сужение клапанного кольца, реже - подклапанный (фиброзный или мышечный) стеноз аорты и еще реже - надклапанный стеноз. Клиническая симптоматика этого порока в основном напоминает проявления приобретенного стеноза устья аорты.

Лечение пороков сердца в большинстве случаев проводится хирургическим путем. Основной вид операции - протезирование клапанов. При невозможности осуществления хирургической коррекции порока сердца лечение проводится с помощью лекарственных средств. Лечение декомпенсированного порока сердца осуществляется по тем же принципам, что и лечение хронической сердечной недостаточности иного происхождения.

Первичная профилактика

1. Профилактика направленная на предотвращения заболеваний, при которых развиваются пороки сердца
2. Профилактика возникновения ВПС: медико-генетическое консультирование и разъяснительная работа среди контингента повышенного риска заболевания
3. Борьба с родственными браками

4. Тщательное наблюдение и исследование женщин, имевших контакт с вирусом краснухи или имеющих сопутствующую патологию, способную привести к развитию врожденных пороков сердца.

Вторичная профилактика

1.Профилактика неблагоприятного развития порока сердца: своевременное установление порока, обеспечению надлежащего ухода и определения оптимального метода коррекции порока (хирургическая при ВПС)

Третичная профилактика

1.Оперативные вмешательства (приобретенные пороки сердца)

2.Профилактика осложнений врожденных пороков сердца (бактериальный эндокардит)

Использованная литература:

Тема

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОТЕЧНОГО СИНДРОМА ТЕХНОЛОГИЯ ОБУЧЕНИЯ

Число студентов -	Время – 2 часа
Форма учебного занятия	Лекция - показать и демонстрировать
План лекции	1. Дайте объяснения отёчному синдрому 2. Основные причины отёчного синдрома

	<ol style="list-style-type: none"> 3. Патогенез отёчного синдрома 4. Клинические признаки отёчного синдрома 5. Характерные признаки отёчного синдрома при заболеваниях сердечно сосудистых заболеваниях 6. Классификация ХСН 7. Характерные признаки отёчного синдрома при заболеваниях почек 8. Характерные признаки отёчного синдрома при заболеваниях печени 9. Заболевания, сопровождающие ложными отёками и их клинические признаки 10. Заболевания, сопровождающиеся регионарным отёчным синдромом 11. Тактика ВОП при диагностики НС 12. Лечение нефротического синдрома
<p>Цель учебного занятия: Предоставить студентам информацию о отёчном синдроме, классификация нефротического синдрома, основные диагностические критерии заболеваний сопутствующие с нефротическим синдромом, осложнения, диагностика и обучения мерам профилактики и экстренной помощи.</p>	
<p>Педагогические задачи:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предоставить полную информацию студентам о классификации, клинических признаках и факторах приводящих к отёчному синдрому. Углубить их знание о диагностики и экстренной помощи при отёчном синдроме. 2. Объяснить принципы дифференциальной диагностики заболеваний сопровождающиеся отёчным синдромом 3. Добиться самостоятельного овладения практическим навыкам при отёчном синдроме и заболеваниях сопровождающиеся отёчным синдромом 4. Объяснить студентам принципы профилактики 	<p>Результаты учебной деятельности:</p> <p>ВОП должен знать:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Уметь диагностировать отёчный синдром 2. Знать клинические признаки основных заболеваний сопровождающихся отёчным синдромом 3. Овладеть знаниями основных причин приводящих к отёчному синдрому 4. Суметь определить диагностические критерии заболеваний сопровождающиеся отёчным синдромом 5. Суметь определить диагностические критерии заболеваний сопровождающиеся регионарным отёчным синдромом 6. Принципы диагностики и лечения заболеваний сопровождающиеся отёчным синдромом 7. Профилактика и реабилитация заболеваний сопровождающиеся отёчным синдромом
Учебные методы	Текст лекции, видеофильмы, мозговой штурм, решения ситуационных задач, созтезания между группами, техника “да-нет”
Учебная форма	Лазерный проектор, визуальные материалы, о сношения специализированными оборудованиями
Учебные средства	Коллектив
Учебное средство	Аудитория

ТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТА ЛЕКЦИИ

Этапы, время	Деятельность	
	Преподаватель	Студенты
1 этап Вход(5мин)	1. Рассказать тему, цел и ожидаемые планы	1. Слушают
2 этап Усовершенствование знаний (20 минут)	<p>2.1. Задать вопросы студентам для усовершенствование их знаний</p> <p>1. Отёчный синдром, что имеется в виду?</p> <p>2. Перечислите группу болезней сопровождающиеся отёчным синдромом?</p> <p>3. Основные признаки отёчного синдроме при заболеваниях сердечно сосудистых заболеваниях?</p> <p>4. Классификация хронической сердечной недостаточности</p> <p>5. Основные признаки отёчного синдроме при заболеваниях почек</p> <p>6. Основные признаки отёчного синдроме при заболеваниях печени</p> <p>Проводит быстрый опрос</p> <p>2.2. Предлагает ознакомиться с целью лекции показывая на экране. Даёт объяснения представленных на лекции информации</p> <p>Слайд №1, 2,...</p>	<p>2.1. Отвечают на вопросы</p> <p>2.2. №1 ознакамливаются со слайдами</p> <p>2.3. №2 ознакамливаются со слайдами</p>
3 этап Основной этап (информационное) (55 минут)	<p>3.1. Ознакомить студентов с содержанием лекции и методами развития межличностных отношений.</p> <p>Усовершенствует знание студентов о теме проекта и проводят «мозговой штурм»</p> <p>1 - вопрос плана: Дайте объяснения отёчному синдрому?</p> <p>2 - вопрос плана: перечислите основные признаки отёчного синдроме при заболеваниях сердечно сосудистых заболеваниях?</p> <p>3 - вопрос плана: основной причины нефротического синдрома?</p> <p>4 - вопрос плана: Классификация хронической сердечной недостаточности</p> <p>5 – вопрос плана: Характерные признаки регионарных отёков?</p> <p>6 – вопрос плана: Характерные признаки воспалительных отёков?</p> <p>7 - вопрос плана: принципы лечения отёчного синдрома?</p> <p>Предложить остановиться и записать основные моменты лекции</p>	<p>3.1. Задают вопросы и обсуждают заданные материалы</p> <p>Записывают основные моменты</p>
4 этап Заключительный (10 минут)	<p>4.1. Задаётся вопрос:</p> <p>1. Дайте объяснение отёчному синдрому</p> <p>2. Варианты отёчного синдрома</p> <p>3. Основные причины общего отёчного синдрома</p>	4.1. отвечают на вопросы

	<p>4. Заболевания сопровождающиеся регионарным оёчным синдромом</p> <p>5. лечения отёчного синдрома исходя от основного заболевания</p> <p>4.2. Дать задания для самостоятельной рабаты : Лечения заболеваниях сопровождающихся регионарным отёчном синдромом</p>	<p>4.2. слушают, записывают</p>
--	---	---------------------------------

Отечный синдром - избыточное накопление жидкости в тканях организма и серозных полостях, проявляющееся увеличением объема тканей и изменением емкости серозной полости, изменением физических свойств и нарушением функций отечных органов и тканей.

Отечный синдром - избыточное накопление жидкости в тканях организма и серозных полостях, проявляющееся увеличением объема тканей и изменением емкости серозной полости, изменением физических свойств и нарушением функций отечных органов и тканей.

При пальпации ощущается тестообразная консистенция кожи, после надавливания пальцем на ней остается ямка. Если после надавливания пальцем на отечную кожу не остается ямка, то отек можно отнести к ложному.

Различают отек местный (локализованный), связанный с задержкой жидкости в ограниченном участке тканей тела или органа, и общий (генерализованный) - проявление положительного водного баланса организма в целом. К генерализованным отекам относят отеки при сердечной недостаточности, циррозах печени, нефротические и нефритические, водянка беременных, кахексические и идиопатические, а также в результате хронических потерь организмом калия при злоупотреблении приемом слабительных средств. Способствовать появлению отеков или ускорять их развитие могут: финилбутазон, производные пирозолона, минералокортикоиды, андрогены, эстрогены, препараты корня солодки.

Отеки являются одним из самых частых симптомов соматической патологии и встречаются при целом ряде заболеваний и патологических состояний. В настоящее время нет общепринятой классификации отеков, но в представленной клинической классификации отеков обобщены основные характеристики этого симптома:

Основные причины развития отечного синдрома

Общие отеки:

- ❖ Заболевания сердца
- ❖ Заболевания почек
- ❖ Заболевания печени
- ❖ Гипопротеинемия
- ❖ Идиопатические отёки (синдром Пархона).

Местные отеки

Венозные отеки:

- Острый тромбоз глубоких вен;
- Хроническая венозная недостаточность;
- Венозная обструкция

Лимфатические отеки:

1. Идиопатические:
 - а) врожденные;
 - б) ранние.
2. Воспалительные.
3. Обструктивные.

Жировые отёки.

Другие виды отеков:

- Травматические
- Эндокринные
- Микседема.
- Нейрогенные отёки
- Гипоталамические отёки.
- Трофэдема Межа.

➤ Комплексный регионарный болевой синдром (рефлекторная симпатическая дистрофия).

Отеки, обусловленные приемом лекарственных препаратов:

❖ Гормоны (ГКС, женские половые гормоны, эстрогены, прогестероны, тестостерон).

❖ Гипотензивные препараты (алкалоиды раувольфии, β- блокаторы, блокаторы кальцевых каналцев и др.)

❖ Нестероидные противовоспалительные препараты (бутадион, напроксен, ибупрофен, индометацин).

❖ Другие лекарственные препараты (ингибиторы MAO, антидепрессанты, мидантан).

❖ Ложные отеки

❖ Микседема

❖ Системная склеродермия.

❖ Дерматомиозит

Механизмы отеков

Патофизиологическими механизмами отеков являются понижения онкотического давления (т.е. давления, формирующегося вследствие осмотической активности альбумина) и осмотического давления плазмы крови (давление, обусловленное осмолярностью плазмы, одним из компонентов его является онкотическое давление). Также отеки развиваются при повышении гидростатического давления крови в капилляре. Противобудствующими силами Р гид являются Р онк, Р осм и Р т. Тканевое давление складывается из осмолярности междуточного пространства и давления междуточной ткани на стенку капилляра. Важным фактором появления отеков является повышение проницаемости капиллярной стенки, развивающееся при гипоксии, гиперкапнии, ацидозе, воспалении, повышении Р гид.

В связи с вышеописанным перечисленные патологические процессы запускают разные патофизиологические механизмы развития отеков. Это отражается на характере дифференциальной диагностики и лечебных мероприятий. Диагностическая задача при виде отеков формируется на основании перечисленных основных причин отеков, патофизиологических механизмов и клинической классификации. Для того чтобы определить, соответствует ли выделенный патофизиологический механизм, необходимо иметь в виду диагностический алгоритм. Безусловно, каждое из патологических состояний, приводящих к формированию отеков, имеет свою клиническую картину, отразить которую в алгоритме значит сделать его громоздким и нефункциональным.

Факторами, способствующими развитию отеков, являются:

- снижение тканевого давления при обеднении соединительной ткани коллагеном с повышением ее рыхлости, например, при освобождении гиалуронидазы, что наблюдается пр. воспалительных и токсических отеках

- низкое давление в плевральной полости облегчает развитие гидроторакса при общих отеках у больных с недостаточностью кровообращения.

-положительных водный баланс организма имеет в своей основе избыточную задержку почками натрия. Возникающая гиперосмия внеклеточного пространства вызывает повышение секреции вазопрессина, который усиливает реабсорбцию воды в почечных канальцах и ведет к избыточной задержке ее в организме. Реже в основе отеков лежит первичная гиперсекреция вазопрессина. Главной причиной накопления натрия при отечном синдроме считается гиперсекреция альдостерона, вызванная гиповолемией или снижением сердечного выброса. Связанное с этим уменьшение почечного кровотока усиливает секрецию ренина почками, повышает образование ангиотензина II, который возбуждает секрецию альдостерона. В результате реабсорбции натрия в дистальном отделе нефрона возрастает, повышается осмотическое давление внеклеточной жидкости, вторично усиливается секреция вазопрессина и избыточно абсорбируется вода.

Таким образом, основные факторы, ведущие к нарушению местного баланса воды могут быть следующие:

1. Повышение гидростатического давления в капиллярах.
2. Снижение онкотического давления плазмы крови.
3. Повышение онкотического давления интерстициальной жидкости.
4. Снижение тканевого механического давления.
5. Повышение проницаемости капилляров.
6. Нарушение оттока лимфы.

Причины отечного синдрома

Хроническая сердечная недостаточность

Сердечная недостаточность - это патологическое состояние, при котором сердечный выброс не соответствует потребности организма вследствие снижения насосной функции сердца.

Симптомы Сердечной недостаточности:

Причины Сердечной недостаточности:

Причиной могут быть перегрузка сердца повышенным объемом крови или(и) давлением (при пороках сердца, гипертонической болезни, легочном сердце и др.), а также снижение сократительной функции миокарда при уменьшении его массы (инфаркт миокарда, постинфарктный кардиосклероз, аневризма сердца и др.), дегенеративных изменениях (при амилоидозе, гемохроматозе и др.), миокардите, кардиомиопатии, миокардиодистрофии различной этиологии.

Кардиальные отеки как проявление сердечной недостаточности

У больных хронической сердечной недостаточностью выявляются заболевания сердца (пороки, атеросклеротический кардиосклероз, перенесенный инфаркт миокарда, аневризма сердца, застойная кардиомиопатия и др.). Определяются расширение границ сердца той или иной степени, гепатомегалия. Часто отмечаются аритмии, особенно мерцание предсердий. Характерны положение ортопноэ, олигурия, никтурия, застойные явления в легких, набухание шейных вен. Развитию отеков, как правило, предшествует одышка. Отеки нарастают медленно, распространяются обычно снизу вверх. Они симметричны, мало смещаются. Учитывается выраженная зависимость отеков от положения тела: появление на ногах у ходячих и на пояснице у лежащих больных. Отеки обычно сильнее к вечеру. Их характеризует тестоватая консистенция, при надавливании остается долго не исчезающая ямка. Кожа над областью отеков холодная, цианотичная. При длительном существовании отеков возникают трофические изменения кожи, трещины, дерматит. В выраженных случаях (анасарка) внешние отеки сочетаются с асцитом, гидротораксом, чаще – правосторонним, реже – с гидроперикардом.

При хронической сердечной недостаточности отеки связаны с повышением $P_{гид}$ и увеличением проницаемости сосудистой стенки вследствие циркуляторной гипоксии. Поскольку рост $P_{гид}$ обусловлен снижением сократительной активности правого желудочка, гипертензия в системе полых вен приводит к повышению давления в венах и капиллярах микроциркуляторного русла. Периферические отеки обусловлены изолированной правожелудочковой сердечной недостаточностью или ее сочетанием с левожелудочковой. Помимо гемодинамических причин следует указать на развитие вторичного гиперальдостеронизма с задержкой воды и натрия при сердечной недостаточности, что является фактором, самостоятельно вызывающим или усиливающим отеки.

Поскольку в генезе отеков главную роль играет гидростатический компонент, они наблюдаются в тех частях тела, в которых позиционно $P_{гид}$ выше (нижние конечности). Отеки ног имеют свойство уменьшаться в положении лежа, при этом усиливаются отеки лица и верхних конечностей. Обычно отеки уменьшаются при терапии петлевыми диуретиками. Возможно развитие анасарки, а также полостных и паренхиматозных отеков, часто сопутствующих периферическим отекам. Отеки при сердечной

недостаточности всегда сопровождаются другими ее симптомами в виде общей слабости, одышки, недомогания. В анамнезе, как правило, имеется хроническая сердечная патология (артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, кардиомиопатия, врожденный или приобретенный порок сердца и т.д.). Одышка усиливается при ходьбе и уменьшается в покое. При эхокардиоскопии выявляют признаки систолической дисфункции миокарда левого желудочка в виде снижения фракции выброса, увеличения конечного систолического и диастолического объемов, уменьшения ударного объема. При исследовании крови не наблюдается гипоальбуминемии, а при исследовании мочи -- протеинурии, что позволяет исключить нефротический синдром или белковое голодание в качестве причин отечного синдрома. Однако известен феномен застойной почки, развивающийся при хронической сердечной недостаточности и проявляющийся небольшой протеинурией со снижением почечной функции, которое носит волнообразный характер и нарастает или уменьшается по мере нарастания или купирования признаков декомпенсации сердечной недостаточности. Данное патологическое состояние не всегда легко дифференцировать с гломерулонефритом на фоне сердечной недостаточности. При застойной почке (вторичной нефропатии на фоне хронической сердечной недостаточности) не бывает нефротического синдрома, крайне редко встречается гематурия, и объяснение ее появления нередко лежит в плоскости ятрогенной патологии (лекарственный интерстициальный нефрит). Последнюю также необходимо дифференцировать с застойной почкой. Наличие изолированной эритроцитурии, отсутствие усиления отеков, присутствие причинного лекарственного препарата или их комбинации (НПВП, анальгетики, аминогликозиды), а также восстановление почечной функции после отмены данных лекарств позволяет произвести дифференциальную диагностику.

Далеко не все патологические состояния сопровождаются развитием отеков, однако их появление на фоне хронической сердечной недостаточности объясняет их сочетание с отечным синдромом.

Более того, в ряде случаев генез отечного и мочевого синдромов объясняется одним заболеванием. Например, у больного, страдающего инфекционным эндокардитом, формируется клапанный порок сердца с развитием тяжелой сердечной недостаточности и, как следствие, отечный и мочевого синдромы (застойная почка), поражение почек протекает по типу гломерулонефрита, обусловленного иммунокомплексным механизмом, приводящего к формированию мочевого синдрома и вносящего вклад в развитие отеков. В данном случае проведение пункционной нефробиопсии далеко не всегда позволяет провести дифференциальную диагностику, а в силу тяжести состояния и наличия противопоказаний к проведению биопсии последняя представляется вряд ли возможной.

Классификация ХНК по Н.Д. Стражеско и В.Х. Василенко

<u>Стадия I</u>	Скрытая СН проявляющаяся одышкой, сердцебиением, утомляемостью только при физической нагрузке. В покое гемодинамика не нарушена.
<u>Стадия II A</u>	Признаки СН в покое выражены умеренно, толерантность к физической нагрузке снижена, имеются нарушения в большом или малом круге кровообращения, приступы удушья, рентгенографические, в некоторых случаях ЭКГ признаки вторичной легочной гипертензии, наблюдаются периферические отеки и умеренное увеличение размеров печени.

Стадия II Б	Выраженные признаки ХСН в покое, тяжелые гемодинамические нарушения в большом и в малом круге кровообращения.
Стадия III	Терминальная- при незначительном движении или даже в покое тяжелые нарушения гемодинамики, обмена веществ, необратимые дистрофические изменения в органах и тканях.

Классификация ХНК Нью-Йоркской ассоциации кардиологов (NYHA)

I-класс	Больные с заболеваниями сердца, но без ограничений физической активности. Бессимптомная дисфункция левого желудочка.
II-класс	Больные с заболеваниями сердца, вызывающим небольшое ограничение физической активности. Легкая сердечная недостаточность.
III-класс	Больные с заболеваниями сердца, вызывающим значительное ограничение физической активности. Сердечная недостаточность средней степени тяжести.
IV-класс	Больные с заболеваниями сердца, у которых выполнение даже минимальной физической нагрузки вызывает дискомфорт. Тяжелая сердечная недостаточность.

Отеки, связанные с заболеваниями почек

Гипоонкотические отеки могут появляться при гипопроteinемии (менее 50 г/л). При этом особое значение имеет дефицит альбуминов (менее 25 г/л), обладающих значительно большей осмотической активностью, чем глобулины.

Отеки при нефротическом синдроме появляются в первую очередь в местах с наиболее рыхлой подкожной клетчаткой: на лице (особенно в области век), на передней брюшной стенке, в области гениталий. Одышка не характерна. Нет зависимости отеков от положения тела. Постепенно отеки могут доходить до степени анасарки. Часто они сопровождаются асцитом, реже – гидротораксом. Олигурия необязательна. Характерны высокая протеинурия (суточная – более 3 г), гипопроteinемия, диспротеинемия, гиперлипидемия, нередко – обилие в моче цилиндров (зернистых, жировых, восковидных) и жироперерожденного почечного эпителия. При неясной причине нефротического синдрома показана биопсия почки.

Нефритические отеки чаще всего наблюдаются при остром или хроническом гломерулонефрите (без нефротического синдрома), возникают в связи со снижением фильтрационного заряда натрия и повышением проницаемости капиллярной стенки. Характерна быстрота развития отеков (за несколько дней). При этом они иногда могут появиться раньше, чем изменения в моче. Отеки выражены умеренно, локализуются в местах с наиболее рыхлой клетчаткой (веки, лицо), сильнее – по утрам, достаточно мягкие и подвижные. Кожа над областью отека теплая, бледная. Трофические изменения не характерны. Часто отеки сочетаются с олигурией, артериальной гипертензией. Практически всегда имеется мочевого синдром (умеренная протеинурия, гематурия, цилиндрурия). Лабораторные признаки нефротического синдрома отсутствуют. Нефротический синдром

Генез отеков при нефротическом синдроме связан со снижением онкотического давления плазмы крови вследствие уменьшения концентрации альбумина. Эти отеки еще называются безбелковыми. Характерными являются их симметричность, а также локализация на нижних конечностях. Последнее наблюдается у пациентов, большую часть

времени пребывающих в положении стоя или сидя с опущенными вниз ногами. Отечные ткани имеют свойство формироваться в тех участках тела, венозное давление крови в которых позиционно повышено. Отеки способны позиционно мигрировать, т.е. в зависимости от положения тела пациента, отекают могут руки, лицо и шея, корпус. При длительном положении лежа отеки нижних конечностей уменьшаются, появляются отеки верхних конечностей и лица. Нередко интенсивность отеков носит асимметричный характер. При длительном лежании на боку больше отекают конечности латеральной стороны. Обязательными спутниками отеков при нефротическом синдроме являются высокая протеинурия и гипоальбуминемия. Отсутствие одного из этих признаков ставит под сомнение нефротический синдром.

Отеки встречающиеся при болезнях почек

- Образование отеков сопровождается снижением диуреза (суточного количества мочи до 500 мл и менее).

- Масса тела увеличивается в течении короткого времени.

- Отеки появляются по утрам и исчезают в течении дня.

- Отек подкожной клетчатки вначале бывает ограниченный, локальный, в последующем (иногда быстро) отек принимает распространённый характер (анасарка).

- Характерно начало отека с лица (вокруг глаз, век, щек, и т.д.) и его распространение на туловище и конечности.

- Наблюдаются накопление жидкости в полостях, часто асцит и редко гидроторакс.

- Нередко наступает отек внутренних органов (сердца, печени, легких, мозга), что может создавать определенную клиническую картину в зависимости от локализации.

- Характерно быстрое появление отеков и также довольно быстрое исчезновение.

- Отечная кожа бледная, обычной температуры.

- Консистенция отеков мягкая, тестообразная.

- При больших отеках видны признаки дистрофии кожи и ее придатков: сухость, иногда блестящая, атрофичная, шелушение эпидермиса, ломкость, потускнение волос и ногтей.

- Отеки довольно быстро смещаются при перемене положений тела.

- Оставляют ямку при надавливании пальцем которая быстро возвращается в прежнее положение.

- В большинстве случаев одышка, как правило, не возникает. Печень не увеличена.

Отеки при заболеваниях печени.

Отеки, обусловленные гипоальбуминемией при заболеваниях печени, могут проявляться в далеко зашедших стадиях тяжелых заболеваний печени (хронические гепатиты, циррозы) при выраженном нарушении альбуминсинтезирующей функции печени. Чаще при заболеваниях печени доминирует асцитический синдром (нередко в сочетании с правосторонним гидротораксом).

Отеки печеночного происхождения.

- В анамнезе выявляют перенесенный вирусный гепатит, алкоголизм, токсическое воздействие;

- Нет выраженных признаков нарушения работы сердца и почек;

- Выявляют симптомы хронической печеночной недостаточности (цирроз) артериальные паукообразные гемангиомы, печеночные ладони (эритема), гинекомастию и развитые венозные коллатерали на передней брюшной стенке;

- Отеки локализуются главным образом в брюшной полости с образованием асцита.

- Отеки на ногах присоединяются относительно редко;

- Протекает без клинических признаков при малом количестве жидкости;

С увеличением количества жидкости наблюдаются растяжение брюшной полости, неприятное ощущение, анорексия, тошнота, изжога, боль в правом подреберье, респираторные нарушения. Отечность или выбухание боковых отделов живота;

- Симптом ундуляции или «шум плеска» при аускультации;
- Укорочение перкуторного звука в боковых отделах живота при перемене положения больного или появление тупости в центре живота при коленно-локтевом положении больного.
- Асцит может сочетаться с отеком наружных половых органов, пупочной или паховой грыжей, плевральным выпотом, чаще правосторонний.

В крови изменение количества билирубина, ферментов.

Белковое голодание

Отеки и гипоальбуминемия при белковом голодании взаимосвязаны. Отеки возникают в случае белкового или полного голодания при условии свободного потребления жидкости. В этом случае отеки могут появиться уже на 3-5-е сутки.

При проведении дифференциальной диагностики большое значение имеет опрос пациента с построением пищевого дневника, а также наличие гипоальбуминемии в отсутствие протеинурии. Отеки имеют симметричный характер. Чаще располагаются на ногах. Нормализация питания или внутривенное капельное введение в тяжелых случаях раствора альбумина сопровождается купированием отеков. Действие фуросемида является низким и возрастает только после инфузии раствора альбумина.

Энтеропатия с повышенной потерей белка.

Первичная экссудативная энтеропатия характеризуется повышенной потерей белка через эктазированной лимфатические сосуды слизистой оболочки тонкой кишки.

Основные клинические проявления:

- выраженные массивные гипопропротеинемические часто асимметричные отёки;
- отеки появляются на ногах, руках, лице, пояснице;
- Иногда анасарка;
- Довольно быстро развиваются асцит и гидроторакс;
- Диарея появляется до отёков, чаще одновременно с ними.

Стул без слизи, крови;

- Больных беспокоят боли в животе, полифекалия, постоянные вздутия живота, урчание, усиленное газообразование;

Привторичной экссудативной энтеропатии ведущие признаки — нарастающая белковая недостаточность со значительным снижением массы тела, отечно — асцитическим синдромом, дистрофические изменения во всех органах и системах организма.

Гиперальдостеронизм

Гиперальдостеронизм встречается часто в клинической практике и в основном связан с тремя основными проблемами: применением диуретиков, ХСН и нефротическим синдромом. В данном случае Гиперальдостеронизм обозначается как вторичный. Выделяют также синдром Кона, обусловленный доброкачественной опухолью надпочечника (альдостерома) с гиперпродукцией альдостерона. В данном случае имеет место первичный Гиперальдостеронизм. Удаление опухоли сопровождается купированием клиники заболевания.

В диагностике гиперальдостеронизма используется определение уровня альдостерона крови. При заборе крови в положении лежа концентрация альдостерона в норме составляет 8-172, при заборе в положении стоя -- 30-355 мг/мл.

При первичном гиперальдостеронизме концентрация альдостерона в крови превышает нормальную в 5-10 раз. Отмечается задержка натрия и воды, усиливается экскреция калия с мочой. Отеки носят симметричный характер. Отекают лицо, конечности. Нередко развивается артериальная гипертензия.

В отличие от первичного гиперальдостеронизма вторичный не приводит к развитию гипертензионного синдрома. Значительно менее выражен отечный синдром (пастозность лица, пальцев рук и ног). Гиперальдостеронизм не является самостоятельной причиной

анасарки, однако выраженные отеки, например, при нефротическом синдроме или хронической сердечной недостаточности протекают, как правило, с явлениями вторичного гиперальдостеронизма. Это обусловлено многими причинами. Главными среди них являются применение петлевых диуретиков для борьбы с отеками с развитием гипонатриемии, формирование гиповолемии (нефротический синдром), циркуляторная гипоксия (хроническая сердечная недостаточность). Они являются мощным стимулом секреции ренина, активирующего преобразование ангиотензиногена в ангиотензин I, что приводит к увеличению концентрации ангиотензина II и альдостерона. Секреция альдостерона усиливается также напрямую при воздействии данных факторов.

При приеме диуретиков, в особенности петлевых (фуросемид, торасемид, этакриновая кислота), наблюдается гипонатриоз, являющийся мощным стимулом секреции альдостерона. В связи с этим ежедневный прием фуросемида в одной и той же дозе сопровождается постепенным снижением диуреза, несмотря на отсутствие полного купирования явлений гипергидратации. При псевдосиндроме Барттера основным патогенетическим звеном развивающихся изменений вследствие длительного злоупотребления фуросемидом является гиперальдостеронизм.

Аллергические отёки

- Аллергические отёки появляются в виде так называемого отёка Квинке, иногда вместе с крапивницей и другими аллергическими болезнями (бронхиальная астма, вазомоторный ринит, сенная лихорадка).

- Крапивница и ангионевротический отек чаще развиваются у девочек.
- Через несколько минут после контакта с аллергеном у больного на коже появляется эритема, затем возникают уртикарные, сильно зудящие элементы.

Высыпания на коже имеют очень разнообразный характер: узелковые, волдыри различных размеров и формы.

- При реакции на пищу до появления типичных высыпаний больной ощущает покалывание языка, губ, неба, отек в этих местах, нередко резкие боли в животе. Могут быть периоральный и перианальный дерматит.

- Часто наблюдают явления конъюнктивита, реже - затруднение дыхания вследствие отека гортани. Иногда у больных развивается рвота, коллапс, анафилактический шок.

Микседематозные отёки

- Характерны для выраженного первичного или вторичного гипотиреоза и связаны с недостатком тиреоидных гормонов в организме.

- Это ведёт к повышению гидрофильности тканей, которые набухают больше, чем в норме.

- Характерны: сонливость, вялость, снижение памяти, замедление речи, движений, быстрая утомляемость, снижение работоспособности, артралгии.

- Отечность лица и конечностей, ямки при надавливании не остаются.

Характер отёчной жидкости напоминает слизь (слизистый отёк - микседема).

- Кожные покровы сухие, бледные, с желтоватым оттенком.

- Ломкость и выпадение волос на голове, латеральной трети бровей.

- Язык утолщен, по краям — вдавления от зубов.

- Охриплость голоса.

- Снижение температуры тела.

- Брадикардия, глухость тонов сердца, реже нормальная частота сердечных сокращений, редко тахикардия.

- Склонность к гипотензии, у 10—20% больных — артериальная гипертензия которая, как правило, снижается или исчезает на фоне терапии тиреоидными препаратами.

- Нередко развивается гипохромная и ЖДА.

- У некоторых больных может развиваться лакторрея и аменорея.

Воспалительные отеки являются локальными, например, вокруг фурункула, карбункула, флегмоны и др. гнойных очагов. Механизм их возникновения связан с протеканием жидкости из сосудов в очаг воспаления, в котором накапливаются в большом количестве водородные ионы. Отличительной особенностью воспалительных отеков является гиперемия кожи, болезненность в покое или при пальпации, повышение местной температуры. Они обычно развиваются на одной ноге или руке. Изменениями мочи не сопровождаются, за исключением небольшой преходящей протеинурии (в виде следов), как следствие высокой температуры тела и интоксикации.

Отечный синдром при заболеваниях суставов

При заболеваниях суставов отечный синдром имеет весьма специфичную картину. В отличие от всех остальных вариантов отека конечностей «суставной» носит локальный характер. Он появляется в зоне пораженного сустава, не распространяясь в дистальном или проксимальном направлении. Манифестация отека четко связана с появлением других симптомов – болей в суставе, значительно усиливающихся при его сгибании и разгибании, ограничения объема активных и пассивных движений. Многие пациенты отмечают так называемые стартовые проблемы – скованность сустава утром после ночного отдыха, проходящую после 10–20 мин движения. Регресс отека наблюдается по мере купирования воспалительных явлений, при следующем же остром эпизоде отечный синдром появляется вновь. У некоторых пациентов с гонартрозом возможны отечность или пастозность голени и надлодыжечной области. Механизм появления этого симптома связан со сдавлением сосудов медиального лимфатического коллектора при выраженном отеке подкожной клетчатки в зоне коленного сустава.

Отеки встречающиеся при остеоартикулярных болезнях:

- Он практически всегда является локальным и возникает в области пораженного сустава в остром периоде заболевания, сочетаясь с выраженным болевым синдромом и ограничением движений в пораженном суставе. После проведения курса лечения отек исчезает, хотя при длительном течении и частых обострениях деформация окружающих тканей ("псевдоотек") становится постоянной.

Отеки беременных

При нормально протекающей беременности отеки лодыжек в поздние сроки бывают довольно часто. Развитие водянки беременных связывают с нарушениями водно-солевого обмена и кровообращения в системе капилляров и прекапилляров в результате изменившейся нейроэндокринной регуляции. Обычно водянка беременных обнаруживается после 30-й недели беременности, редко – раньше. Обращает на себя внимание более значительное увеличение массы тела (1–2 кг в неделю, в то время как при нормальной беременности она составляет 300–400 г в неделю). Вначале отеки появляются на стопах и голенях, затем поднимаются выше. Даже при больших отеках асцит и гидроторакс не наблюдаются. Общее состояние остается удовлетворительным. В отличие от нефропатии беременных отсутствуют изменения в моче (в частности, нет протеинурии) и артериальная гипертензия. Прогноз, как правило, благоприятный. В редких случаях возможен переход в нефропатию беременных.

Циклические отеки

Циклические отеки при так называемом предменструальном синдроме обусловлены, по-видимому, гормональным дисбалансом (избыток эстрогенов и недостаток прогестерона), который влияет на сосудистую проницаемость и способствует задержке натрия и воды. Нередко выявляются недостаточность функции желтого тела и ановуляторные циклы. Во второй половине цикла обычно появляются небольшие отеки голеней и стоп. Возможно опухание десен. Иногда отмечаются головокружения, которые

связывают с отечностью структур внутреннего уха. Кроме того, наблюдаются слабость, раздражительность, головные боли, нарушение сна (бессонница или чрезмерная сонливость), иногда – депрессивное состояние. После прекращения менструации эти явления быстро уменьшаются и исчезают.

Отеки, связанные с нарушением венозного оттока

Венозные отеки

- Связаны с острым и хроническим тромбозом глубоких вен конечностей.
- Односторонняя поражения.
- Отек появляется внезапно, нередко на фоне полного здоровья.
- Для острого тромбоза типична болезненность при пальпации области отека с появлением ямки при надавливании.
- Отек охватывает одновременно голень и бедро.
- В первые дни отек носить нарастающий характер, сопровождаясь распирающими болями в конечности
- Протекает с усилением венозного рисунка на бедре и в паховой области.
- Спустя несколько недель отек уменьшается но полностью не исчезает практически никогда.

Варикозная болезнь вен нижних конечностей широко распространена среди населения. Значительно чаще она наблюдается у женщин старше 40 лет. Нередко находят другие признаки врожденной слабости соединительной ткани в организме: грыжи разной локализации, геморрой, плоскостопие. В большинстве случаев вовлекаются вены нижних конечностей, ветви большой подкожной вены. Характерно медленное, постепенное развитие заболевания. Вначале возникает ощущение тяжести в ногах, иногда – ноющие боли, судорожные сокращения мышц в ночное время. После длительной ходьбы или стояния отмечается пастозность голеней и стоп. Позднее может присоединиться мучительный кожный зуд. Отеки ног более выражены к вечеру, за ночь они уменьшаются. Боли чаще односторонние, а при двустороннем процессе асимметричные. На поздней стадии заболевания присоединяются трофические язвы, дерматит, экзема, рецидивирующие рожистые воспаления. Отеки становятся плотными из-за индукции подкожной клетчатки, увеличиваются при осложнении процесса тромбозом, лимфангиитом. Диагноз ставится, как правило, при осмотре. Оцениваются разница в объеме конечностей (измерения сантиметровой лентой) и асимметрия кожной температуры. Для оценки функциональной способности клапанного аппарата вен (коммуникационных и глубоких) используют пробы Тренделенбурга–Троянова, Пертеса, Претта и др., детально описанные в хирургических руководствах.

Тромбоз глубоких вен голеней (чаще передней и задней большеберцовых вен, венозных синусов камбаловидной мышцы и др.) бывает преимущественно вторичным (при заболеваниях поверхностных вен), реже – первичным. Первичному поражению способствуют наличие венозных спаек, перегородок, сдавление вен сухожильно-связочными образованиями. Характерны боли в икроножных мышцах, которые усиливаются при движениях в голеностопном суставе. Отмечается умеренный отек голени в области лодыжки (для уточнения наличия отека следует проводить измерение окружностей обеих голеней на симметричных участках). Наблюдаются местное повышение температуры тела, болезненность при пальпации мышц голени.

Проверяются следующие диагностические симптомы:

1) Хоманса: в положении больного лежа движение стопой в тыльном направлении вызывает боль в икроножных мышцах;

2) Мозеса: при тромбозе глубоких вен боль возникает при сжатии голени в переднезаднем направлении и не появляется при сдавлении в боковом направлении (последнее свойственно миозиту и воспалительным заболеваниям подкожной клетчатки);

3) Ловенберга: при сжатии средней трети голени манжеткой сфигмоманометра болевые ощущения возникают при давлении ниже 150 мм, в то время как у здорового человека незначительная боль отмечается лишь при давлении 180 мм и более.

Посттромбофлебитический синдром является следствием перенесенного острого тромбоза глубоких вен (после которого остается частичная реканализация просвета вены), а также флебосклероза и недостаточности венозных клапанов, приводящих к хроническому нарушению венозного оттока. В связи с венозной гипертензией в пораженных венах возникает патологический сброс крови в подкожные вены с их вторичным варикозным расширением. Чаще всего поражаются глубокие вены голени, реже – подвздошно-бедренный венозный сегмент. Среди больных преобладают женщины в возрасте 30–60 лет. Отеки ног наиболее выражены на голених, гораздо меньше – на бедрах. Они увеличиваются к вечеру, при длительном стоянии, уменьшаются в положении лежа, особенно с приподнятой ногой. Небольшим считается отек, если окружность голени увеличена на 2 см по сравнению со здоровой ногой, средней выраженности – на 2–4 см, резкий отек дает увеличение более чем на 4 см. Отек сопровождается ощущением тяжести, распирающего в ноге, тянущими болями, усиливающимися при физической нагрузке. При надавливании ямка обычно не остается. Кожа голени атрофируется, исчезает волосяной покров. Видны диффузная или пятнистая коричневого цвета пигментация кожи, особенно в нижней трети голени, а также цианоз. Как правило, имеется нерезко выраженное вторичное варикозное расширение поверхностных вен. В отличие от первичной варикозной болезни при посттромбофлебитическом синдроме расширение вен незначительное, а трофические нарушения (вплоть до трофических язв) резко выражены.

Лимфостаз

Первичная (идиопатическая) слоновость представляет собой генетически детерминированный дефект лимфатических сосудов ног на уровне коллекторов. Это заболевание чаще наблюдается у женщин молодого возраста. Отечность может появляться сначала на одной ноге; затем в процесс вовлекаются обе ноги. Но асимметрия, как правило, сохраняется. Процесс проходит последовательно три стадии: лимфедемы (мягкие лимфатические отеки); переходную, с постепенным развитием фиброзных изменений в дистальной части конечности; фибредемы (с тотальным фиброзом тканей). В первой стадии отеки непостоянны. Они усиливаются в жаркую погоду и при длительном стоянии, уменьшаются в положении лежа. Консистенция тестоватая, при надавливании остается ямка. Кожа не изменена, легко смещается, бледная. Далее происходит уплотнение дистальных отделов конечности, кожа утолщается, плохо смещается, при надавливании уже не остается ямки. При дальнейшем прогрессировании присоединяются гиперкератоз, папилломатоз, разрастание ткани в виде бесформенных бугров («подушек»), разделенных глубокими складками. Характерны повышенная потливость и гипертрихоз на больной стороне. Присоединяются осложнения: лимфорей при повреждениях кожи (при этом отек может уменьшаться), дерматит, трофические язвы, возможно развитие гнойно-септической инфекции.

Вторичная слоновость развивается после рецидивирующего рожистого воспаления, перенесенных лимфаденитов и лимфангиитов, пиодермии, хронических вагинитов и проктитов, при сдавлении лимфатических сосудов рубцами после механических травм, глубоких ожогов. Это осложнение возможно также после лучевой терапии и при оперативном удалении коллекторных лимфатических сосудов и лимфатических узлов у онкологических больных. Клинические проявления сходны с наблюдающимися при первичной слоновости. Для диагностики важнейшее значение имеет соответствующий анамнез. При лимфографии выявляется извитость лимфатических сосудов. Нередко обнаруживаются множественные лимфангиэктазии.

Идиопатические отеки

Идиопатические отеки чаще возникают у женщин среднего возраста (35–50 лет), склонных к избыточной массе и вегетативным нарушениям, особенно в климактерическом периоде. Идиопатические отеки обычно небольшие, мягкие, появляются на стопах и голенях к концу дня, с утра могут быть на веках и пальцах рук (трудно надеть кольцо), более выражены в жаркую погоду. Периоды задержки жидкости могут спонтанно сменяться периодами обильного диуреза с появлением общей слабости. В большинстве случаев отеки проходят самостоятельно. Эффективны небольшие дозы антагонистов альдостерона (верошпирон).

Хроническая венозная недостаточность

ХВН в настоящее время является наиболее актуальной проблемой в терапевтической практике в связи с высокой распространенностью хронических заболеваний вен (ХЗВ) нижних конечностей, как среди трудоспособного населения, так и среди лиц пожилого и старческого возраста. Частота встречаемости хронической патологии вен во взрослой популяции в целом составляет примерно 30%, достигая 80% в старших возрастных группах. К сожалению, в реальной практике существует некий стереотип действия врача-терапевта в случае, когда пациент предъявляет жалобы, характерные для венозного заболевания: больной сразу получает направление к хирургу, флебологу и т.д. Вместе с тем только 10–15% пациентов с ХВН нуждаются в оперативном лечении, а основой лечебной программы при ХЗВ являются консервативные средства: эластическая компрессия и фармакотерапия. Активное участие врачей-терапевтов в диагностике и лечении ХЗВ, своевременное назначение терапевтических средств предупреждают развитие тяжелых, запущенных форм болезни (трофические расстройства, отеки) и осложнений (тромбозы глубоких вен, легочная эмболия).

В основе развития ХЗВ лежат нарушения тонуса и структурная перестройка стенок вен нижних конечностей в результате хронического асептического воспалительного процесса, формирование несостоятельности клапанов и повреждение поверхностных тканей нижних конечностей в результате лейкоцитарной агрессии. Эти особенности патогенеза ХЗВ объясняют тот факт, что хирургическая операция не является решением проблем у большинства пациентов. Оперативное вмешательство, к сожалению, не может восстановить венозный тонус, убрать отек, предотвратить негативные последствия активации лейкоцитов. В связи с этим становятся актуальными терапевтические средства, воздействующие на основные механизмы патогенеза заболевания.

Липедема

- Этиология не известна.

- Можно говорить о наследуемом дефекте подкожной клетчатки.

- Липедему выявляют только у женщин. Сходную картину можно также наблюдать у их родственниц по нисходящей или восходящей линии.

- Характерно симметричное увеличение объема подкожной жировой клетчатки только на голенях.

- Объем и форма бедра и стопы остаются неизменными.

- Признаки ХВН не обнаруживаются.

- Носит ортостатический характер.

- Усиливается перед менструацией, длительном сидении, купании в теплой воде, бесконтрольном употреблении соли.

- Пальпация голени довольно часто вызывает болезненные ощущения.

Алгоритмы действия терапевта при выявлении пациента с ХЗВ

1. Определить необходимость хирургического вмешательства.

2. При наличии противопоказаний к хирургическому лечению или отказе пациента от операции терапевт должен назначить консервативное лечение и рекомендовать диспансерное наблюдение.

3. При выявлении вариантов ХЗВ, требующих хирургической помощи, и отсутствии противопоказаний к операции терапевт должен направить пациента к хирургу поликлиники.

4. В случае острой ситуации (варикотромбофлебит, тромбоз глубоких вен) терапевт должен в экстренном порядке отправить пациента на консультацию к хирургу. Последний при подтверждении диагноза обеспечивает госпитализацию больного в хирургический стационар.

При лечении отёчного синдрома необходимо соблюдать следующий план:

1. Лечение основного заболевания.

2. Рациональный порядок лечения: Создание для больных оптимальной физической и психологической обстановки дома и на работе.

3. Лечебное питание: Диета – полноценная, быстро усвояемая, богатая белками, витаминами, калием. При большой задержке жидкости и артериальной гипертензии ограничивается количество поваренной соли и воды.

Лечение почечных отеков.

- Глюкокортикостероиды, цитостатики, пульс-терапия, плазмоферез, гемосорбция;
- Симптоматическое лечение: ингибиторы АПФ, диуретики (гипотиазид, фуросемид, урегит);

- При нефротическом кризе для предупреждения развития гиповолемии и с целью восстановления циркулирующей крови (в/в реополиглокин, декстраны, гемодез, белковые растворы).

Лечение печёночных отёков.

- Диуретики: спиронолактон, фуросемид

- Белковые препараты – свежемороженая плазма, альбумин; э-Абдоминальный парацентез;

- Асцитосорбция; э

- Ультрафильтрация крови;

- Хирургическое лечение.

Лечение экссудативной гипопроteinемической энтеропатии

- Уменьшение потери белка;

- Устранение поносов;

- Лечение дисбактериоза и синдрома недостаточного всасывания;

- Коррекция нарушений метаболизма;

- Белковые гидролизаты, анаболические гормоны, препараты кальция, железа, витамины;

- При необходимости антибиотики, кортикостероиды;

- Тиазидные и калийсберегающие диуретики.

Методы лечения хронической венозной недостаточности.

Подавляющему большинству пациентов с ХВН показана длительная, регулярная компрессионная терапия, в амбулаторных условиях – желательна с помощью медицинского компрессионного трикотажа. Такой трикотаж делится на профилактический и лечебный (в зависимости от величины оказываемого давления в надлодыжечной области), подбирается по индивидуальным меркам и продается в аптеках или специализированных магазинах. Противопоказанием к применению компрессионных средств являются хронические облитерирующие поражения артерий конечностей при снижении регионарного систолического давления на берцовых артериях ниже 80 мм рт. ст. (по данным УЗДГ). Использование данного метода лечения может быть затруднено в

период обострения артроза коленных и голеностопных суставов, в жаркое время года, при индивидуальной непереносимости компрессионных изделий.

Фармакотерапия ХЗВ направлена на нормализацию структуры и функции венозной стенки, а также на прекращение лейкоцитарной агрессии – одной из ведущих причин трофических осложнений при данной патологии. Показания к фармакотерапии ХЗВ представлены в табл. 3.

В большинстве клинических ситуаций идеальным средством для лечения больных с ХЗВ является Детралекс – универсальный протектор венозной стенки и клапанного аппарата, обладающий способностью подавлять адгезию лейкоцитов в просвете капилляров, увеличивать количество функционирующих лимфатических сосудов и ускорять транспорт лимфы, уменьшать вязкость крови и скорость движения эритроцитов.

Эффективность препарата Детралекс (микронизированной фракции флавоноидов) в отношении основных симптомов ХЗВ (чувства тяжести, жара и боли в ногах, отеков конечностей и трофических язв размером до 10 см) доказана в многочисленных рандомизированных мультицентровых плацебо-контролируемых исследованиях (уровень доказательности А) и подтверждена в Международных рекомендациях по лечению ХЗВ нижних конечностей, принятых в 2007 г.

Простота применения Детралекса (по 2 таблетки 1 раз в день вечером), универсальность стандартной дозировки и курса лечения, хорошая переносимость позволяют рекомендовать этот препарат для широкого использования в практике врачей терапевтического профиля в качестве начального средства уже при первичном выявлении пациентов с венозными и лимфатическими отеками.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Руководство по первичной медико-санитарной помощи. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006; 95–100.
2. Клинические рекомендации. Стандарты ведения больных. Вып. 2. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007; 23–8.
3. Хили П.М., Джекобсон Э.Дж. Дифференциальный диагноз внутренних болезней: алгоритмический подход. Пер. с англ. М.: БИНОМ, 2007; 44–5.
4. Синдромная диагностика внутренних болезней. Под ред. Г.Б.Федосеева. СПб., 1996; 4: 152–66.
5. Тейлор Р.Б. Трудный диагноз. Т. 2. Пер. с англ. М.: Медицина, 1992; 285–99.
6. Золотухин И.А. Что скрывается под маской отечного синдрома? Больной с отеком нижних конечностей на терапевтическом приеме. *Consilium Medicum*. 2005; 7 (11).
7. Диагностика и лечение хронических заболеваний вен на терапевтическом участке. Методические рекомендации под ред. В.С.Савельева. М., 2008.
8. Nicolaidis A, Allegra G, Bergan J et al. Management of Chronic Venous Disorders of the Lower Limbs: Guidelines According to Scientific Evidence. *Int Angiol* 2008; 27: 1–61.
9. Нефрология. Ключи к трудному диагнозу/ М.М.Батюшин - Элиста: ЗАОр НПП «Джанангар», 2007.
10. Нефрология. Основы диагностики / Под ред. д-ра В. П. Терентьева. (Серия «Медицина для Вас».) -- Ростов н/Д: Феникс, 2003.

**ТЕМА:
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА.
НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ.
ТАКТИКА ВОП**

ТЕХНОЛОГИЯ ОБУЧЕНИЯ

Количество студентов-	Время – 2 часа
Форма учебного занятия	Лекция - визуализация
План лекции	<ol style="list-style-type: none"> 1. Определение терминов бронхообструктивного синдрома (БОС). 10. Причины и факторы риска приводящие к БОС. 3. Различные патогенетические механизмы БОС. 12. Классификация БОС. 13. Общие дифференциально-диагностические признаки БОС. 14. Клинические проявления и течение заболеваний БОС. 15. Диагностика болезней сопровождающихся с бронхообструктивным синдромом. 16. Принципы лечения, профилактики и диспансеризации больных с БОС.
Цель учебного занятия: ознакомить студентов с этиологией, патогенезом заболеваний, сопровождающихся бронхообструктивным синдромом, познакомить с современной классификацией бронхообструктивным синдромом, обучить принципам диагностики, лечения, профилактики и диспансеризации заболеваний, сопровождающихся БОС.	
Педагогические задачи: <ol style="list-style-type: none"> 1. Укрепить и углубить знания студентов о заболеваниях, сопровождающихся с бронхообструктивным синдромом. 2. Научить студентов правильно устанавливать диагноз в соответствии с современной классификацией 3. Обучить студентов умению дифференцировать заболевания, сопровождающихся БОС. 4. Ознакомить студентов этапам профилактики больных с БОС. 	Результаты учебного процесса: ВОП должен знать: <ol style="list-style-type: none"> 6. Факторы риска приводящие к БОС. 7. Заболевания, сопровождающиеся БОС. 8. Принципы дифференциальной диагностики заболеваний, сопровождающихся бронхообструктивным синдромом. 9. Принципы лечения. 10. Принципы проведения профилактики и диспансеризации больных с БОС.
Методика обучения	Текст лекции, видеофильмы, анкетирование, вопросы, техника “да-нет”
Форма обучения	Лазерный проектор, визуальные материалы, специальное техническое оборудование, показ тематических больных
Средства обучения	Коллектив
Условия проведения учебного процесса	Аудитория

ТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТА ЛЕКЦИИ

Этапы, время	Деятельность	
	Преподаватель	Студенты
<p><u>1 этап</u> Вводная часть (5 мин)</p>	<p>1. Рассказывает о теме лекции, её цели и плане</p>	<p>1. Слушают</p>
<p><u>2 этап</u> Актуализация (повышение значимости) знаний (20 мин)</p>	<p>2.1. В целях повышения актуализации (повышения значимости) знаний студентов задаёт вопросы: 1. Дайте определение терминам БОС? 2. Перечислите заболевания, сопровождающиеся БОС. 3. Перечислите факторы риска, приводящие к БОС. 4. Перечислите группы препаратов, применяющиеся для лечения бронхообструктивным синдромом. Проводит анкетирование 2.2. Показывая на экране, предлагает ознакомиться студентам с целями и задачами лекции. Слайд №1</p>	<p>2.1. Отвечают на заданные вопросы</p> <p>2.2. Изучают слайд №1</p> <p>2.3. Изучают слайд №2</p>
<p><u>3 этап</u> Основная часть (информационная) (55 мин)</p>	<p>3.1. Знакомит студентов с лекционным материалом, значимостью темы и принципами формирования интеллигентной культурной личности, в частности ВОП-педагога. В целях повышения актуализации знаний проводит быстрый опрос студентов: 1. По 1 пункту плана лекции: Дайте определение терминам бронхообструктивным синдромом? 2. По 2 пункту плана лекции: Перечислите причины и факторы риска приводящие к БОС. 3. По 3 пункту плана лекции: Перечислите различные патогенетические механизмы бронхообструктивным синдромом? 4. По 4 пункту плана лекции: Расскажите основные моменты классификации БОС. 5. По 5 пункту плана лекции: Перечислите общие дифференциально-диагностические признаки бронхообструктивным синдромом. 6. По 6 пункту плана лекции: Перечислите основные клинические проявления и течение заболеваний, протекающих с</p>	<p>3.1. Совместно разбирают прослушанный лекционный материал, задают вопросы</p> <p>Основные моменты записывают в тетрадь</p>

	<p>бронхообструктивным синдромом.</p> <p>7. По 7 пункту плана лекции: Назовите основные методы диагностики болезней, сопровождающихся БОС.</p> <p>8. По 8 пункту плана лекции: Перечислите основные принципы лечения, профилактики и диспансеризации больных с бронхообструктивным синдромом.</p> <p>Остановливаясь на важных моментах лекции, предлагает записать основные положения в тетрадь</p>	
<p><u>4 этап</u> заключительный (10 мин)</p>	<p>4.1. Задаёт вопросы:</p> <p>1. Перечислите наиболее часто встречающиеся заболевания, сопровождающиеся бронхообструктивным синдромом.</p> <p>2. Расскажите современную классификацию БОС.</p> <p>3. Назовите основные принципы лечения, профилактики больных с бронхообструктивным синдромом.</p> <p>4.2. Дает задание для самостоятельной работы студентов: Бронхообструктивный синдром.</p>	<p>4.1. Отвечают на вопросы</p> <p>4.2. Слушают, записывают</p>

Хронические обструктивные болезни легких - собирательное понятие, которое объединяет группу хронических болезней дыхательной системы: хронические обструктивные бронхиты (ХОБ), эмфизема легких (ЭЛ), бронхиальная астма (БА) тяжелого течения. ХОБЛ рассматривают и как симптомокомплекс с признаками терминальной дыхательной недостаточности ОФВ1 <1,5 л или 30% от должной величины, т.е. прогрессирование болезни, приведшее к утрате обратимого компонента бронхиальной обструкции, легочному сердцу. Причины ХОБЛ: около 90% ХОБ, около 1% эмфизема легких около 10% БА тяжелого течения.

“Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) – собирательное понятие, объединяющее хронические экологически опосредованные воспалительные заболевания респираторной системы с преимущественным поражением дистальных отделов дыхательных путей с частично обратимой бронхиальной обструкцией, которые характеризуются прогрессированием и нарастающей хронической дыхательной недостаточностью”.

Классификация ХОБЛ по степени тяжести

Степень тяжести : легкая: Основные клинические признаки: непостоянная кашель, одышка лишь при интенсивной физической нагрузке или отсутствует. Функциональные показатели: ОФВ1 > 70% от должных величин. Объемные показатели нормальные.

Средняя: Основные клинические признаки : постоянный кашель, наиболее выраженный по утрам, скудная мокрота, одышка при умеренной физической нагрузке. Рассеянные сухие хрипы. Функциональные показатели: ОФВ1 – 50-69% от должных величин, увеличение остаточной емкости легких, транзиторные эпизоды гипоксии, признаки перегрузки правых отделов сердца.

Тяжелая: Основные клинические признаки: постоянный кашель, одышка в покое, цианоз, участие вспомогательной мускулатуры в дыхании, дистанционные хрипы, признаки правожелудочковой недостаточности. Функциональные показатели: ОФВ1

менее 50% от должных величин, гипоксия, гиперкапния, признаки легочного сердца, утомление дыхательной мускулатуры, эритроцитоз.

Факторы риска ХОБЛ

Внешние факторы: курение, профессиональные вредности, загрязнение окружающего воздуха, низкое социально-экономическое положение, аденовирусная инфекция, дефицит витамина С. Внутренние факторы: дефицит α -антитрипсина, недоношенность, бронхиальная гиперреактивность, семейный характер заболевания, генетическая предрасположенность.

Причины ХОБЛ: около 90% ХОБ, около 1% эмфизема легких около 10% БА тяжелого течения.

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА (БА) - это хроническое персистирующее воспалительное заболевание дыхательных путей (преимущественно бронхов) с их обратимой обструкцией, проявляющееся приступами удушья или астматическим статусом. Больных БА характеризует высокая реактивность (гиперреактивность) бронхов в ответ на действие различных раздражителей, которое у здоровых людей не вызывает бронхоспастической реакции.

В результате увеличения числа больных хроническими заболеваниями легких, аллергизации населения, загрязнения воздушной среды, широкого использования антибиотиков, вакцин, сывороток и т. д. отмечается рост заболеваемости бронхиальной астмой, которая порой становится причиной смерти. На распространенность и форму БА влияют климат и природные особенности региона.

Этиология и патогенез. БА - этиологически и патогенетически неоднородное заболевание. Этиологические факторы БА схематично делятся на экзогенные и эндогенные. К наиболее распространенным экзогенным факторам относятся: 1) аллергизация населения (урбанизация); 2) загрязнение воздушной среды; 3) внедрение химии в сельское хозяйство, промышленность и быт; 4) широкое использование антибиотиков, вакцин, сывороток и др.; 5) климатические и природные особенности региона (например, холодный и сырой климат, обилие цветущих растений, запыленность и др.). Эндогенными этиологическими факторами БА являются различные инфекционно-воспалительные заболевания органов дыхания (острая пневмония, острый и хронический бронхиты), врожденные или приобретенные дефекты и нарушения иммунной, эндокринной, нервно-психической, нейрогуморальной и других систем организма. В основе БА могут быть различные специфические (иммунологические) и (или) неспецифические (неиммунологические), врожденные или приобретенные патогенетические механизмы. Основным проявлением БА являются в большей или меньшей степени выраженные приступообразные нарушения бронхиальной проходимости, т. е. обратимая (спонтанно или в результате лечения) бронхиальная обструкция. У некоторых больных с тяжелым течением БА развивается стойкий, рефрактерный к обычной терапии бронхообструктивный синдром - астматический статус. Наиболее частыми причинами астматического статуса бывают острые инфекции и обострения хронических инфекций верхних дыхательных путей, бронхолегочного аппарата, вирусные заболевания, неоправданное уменьшение дозы или отмена глюкокортикостероидов, передозировка симпатомиметических средств, избыточное применение спазмолитических, седативных и атигистаминных препаратов, применение нестероидных противовоспалительных средств (аспирина, брфена, метипдола), пиразолоновых препаратов, анальгина, ферментных муколитических средств (трипсина, химотрипсина), антибиотиков, сульфаниламидов.

Клиническая картина и диагноз. Клиническая картина БА разнообразна: от редких слабовыраженных проявлений до длительных и мучительных приступов удушья. Центральное место в клинической картине БА занимают астматические приступы. Они наступают обычно ночью, часто неожиданно, иногда после неясных предвестников в виде ощущения стеснения в груди, затрудненного дыхания. В начале заболевания приступы

удушья большей частью короткие - от нескольких минут до получаса; в дальнейшем они становятся более продолжительными, упорными, затягиваясь на целые сутки и переходящие иногда в астматический статус. Часто во время приступа (обычно к концу) с кашлем выделяется небольшое количество слизистой, тягучей мокроты. В сероватых комочках ее иногда удается рассмотреть спирально закрученные завитки слизи (спирали Куршманна) и слепки мелких бронхов. При всех клинико-патогенетических вариантах выделяются легкая, средняя и тяжелая степени БА. Легкое эпизодическое течение БА: • приступы удушья кратковременные и, возникают не чаще 1-2 раз в неделю; • ночные симптомы не чаще 2 раз в месяц; • в межприступном периоде самочувствие не нарушено; • показатели функции внешнего дыхания - ПСВ или ОФВ₁, - не менее 80 % от должных; • суточные колебания ПСВ или ОФВ₁ не превышают 20 %; • после ингаляции бронхолитика (при обострении) показатели ПСВ и ОФВ₁, возвращаются к нормальным значениям. Среднетяжелое течение БА: • симптомы ежедневно; • необходимость ежедневного приема р₂-агонистов короткого действия; • ночные симптомы более 1 раза в неделю; • обострения нарушают физическую активность и сон; • ПСВ или ОФВ₁ составляют 60-80 % от должных величин; • суточные колебания ПСВ более 30 %. Тяжелое течение БА: • симптомы постоянны с частыми обострениями; • физическая активность ограничена; • частые ночные симптомы; • показатели ПСВ или ОФВ₁ менее 60 % от должных; • суточные колебания ПСВ более 30 %. У пациентов с любой степенью тяжести (даже легкой) могут развиваться тяжелые и даже угрожающие жизни обострения.

Общепринятой этиологической классификации бронхиальной астмы до настоящего времени не существует из-за разнообразия причин, ее вызывающих, и нередкого комбинированного воздействия разных факторов. Выделяются следующие основные формы болезни: аллергическая, неаллергическая и смешанная. В основе аллергической БА лежит иммунологический механизм с избыточной продукцией IgE. Это приводит к массивному выбросу медиаторов тучной клеткой при всяком контакте больного с “виновным” аллергеном. Аллергическая БА чаще возникает у людей с отягощенным семейным или персональным аллергологическим анамнезом, начинается обычно в детском возрасте, у таких больных - положительные кожные и провокационные пробы с неинфекционными аллергенами, повышен уровень общего и специфического IgE, имеются другие аллергические проявления (аллергический ринит, конъюнктивит, атопический дерматит). При неаллергической бронхиальной астме не удается выявить сенсibilизации к определенному аллергену. Начало болезни приходится на более зрелый возраст, и пусковым фактором, а также “виновником” обострения чаще всего является перенесенная респираторная вирусная инфекция. Спустя несколько дней после начала вирусного заболевания появляются одышка, кашель, приступы удушья, которые могут сохраняться от нескольких дней до нескольких месяцев. Пациенты, болезнь которых имеет признаки аллергической и неаллергической астмы, относятся к группе смешанной формы БА. Достоверная диагностика БА возможна только путем исключения вторичного бронхоспастического синдрома (БС). Вторичный БС наиболее часто встречается при заболеваниях гетероаллергического генеза (анафилактический шок, сывороточная болезнь), аутоиммунных болезнях (системная красная волчанка, пневмокониозы), инфекционно-воспалительных заболеваниях бронхолегочного аппарата (бронхит, пневмония, туберкулез), обтурационных патологических процессах (злокачественные и доброкачественные опухоли, бронхостенозы вследствие туберкулеза, ожога дыхательных путей), заболеваниях и патологических состояниях, которые вызывают рефлекторную гиперкинезию бронхов (истерия, механическое раздражение блуждающего нерва, передозировка вагостимуляторов, например р-адреноблокаторов, интратрахеальный наркоз), заболеваниях системы кровообращения, обуславливающих гемодинамические нарушения в бронхолегочном аппарате (первичная лет очно-артериальная гипертензия, тромбоэмболия легочной артерии, застойная левожелудочковая недостаточность), и др.

Лечение. Общая программа лечения больного БА должна включать в себя: 1) образовательную программу; 2) оценку и мониторинг степени тяжести болезни; 3) исключение факторов, провоцирующих обострение болезни, или контроль над ними; 4) разработку индивидуальной схемы медикаментозного лечения; 5) разработку плана лечения обострения болезни, неотложную терапию при приступе удушья и (или) астматическом статусе; 6) диспансерное наблюдение. Успешное лечение больных БА во многом зависит от своевременного устранения контакта с аллергенами или снижения их влияния. Элиминация аллергена достаточно эффективна в контроле степени тяжести болезни. Индивидуальная схема медикаментозного лечения определяется в первую очередь степенью тяжести БА. Назначение медикаментов проводится в виде четырех ступеней с возрастающим бронходилатирующим и противовоспалительным эффектом. Степень лечения соответствует степени тяжести БА: первая - легкой степени БА, вторая и (или) третья - средней тяжести БА, четвертая - тяжелой степени БА. Основу базисной противовоспалительной терапии составляют нестероидные противовоспалительные средства (кромогликат и недокромил натрия) и ингаляционные кортикостероиды. Кромогликат и недокромил натрия применяются при легкой и некоторых формах среднетяжелой астмы. Степень 1. Легкое эпизодическое течение заболевания. На этой ступени нет необходимости в назначении базисной противовоспалительной терапии и лечение складывается из элиминационных мероприятий (избегать воздействия триггеров) и купирования приступов с помощью (β_2 -агонистов короткого действия. Возможно профилактическое применение β_2 -агонистов или кромогликата натрия перед физической нагрузкой или воздействием других провоцирующих факторов. Степень 2. Легкое персистирующее течение БА. Такое состояние требует проведения постоянной противовоспалительной терапии, иначе болезнь будет прогрессировать. Начинается базисное лечение с кромогликата или недокромила (особенно в молодом возрасте) натрия. При недостаточном эффекте следует перейти на ингаляционные глюкокортикостероиды в низких дозах или комбинировать их с кромолинами. Альтернативой этим препаратам на данной ступени могут быть теофиллин пролонгированного действия (сывороточная концентрация 5-15 мкг/мл) или антилейкотриеновые препараты (зафирлукаст, zileuton). Для купирования приступов удушья рекомендуются β_2 -агонисты короткого действия. Частый их прием (ежедневно) указывает на необходимость усиления базисной терапии. Степень 3. Среднетяжелое течение БА. Противовоспалительная базисная терапия у этих больных включает ингаляционные глюкокортикостероиды в средних дозах или комбинацию низких доз этих препаратов с β_2 -агонистами длительного действия (ингаляционными или пероральными). Возможна замена β_2 -агонистов длительного действия пролонгированным теофиллином. В качестве альтернативы могут быть использованы антихолинергические препараты (ипратропий бромид) или их комбинация с β_2 -агонистом, особенно при плохой переносимости β_2 -агонистов или сопутствующем хроническом обструктивном бронхите, а также у пожилых. Недостаточный эффект проводимой базисной противовоспалительной терапии может потребовать на этой ступени применения и высоких доз ингаляционных глюкокортикоидов. Степень 4. Тяжелое течение БА. Противовоспалительная терапия складывается из: • регулярного применения ингаляционных глюкокортикоидов в высоких дозах; • длительного приема кортикостероидов внутрь (обычно не более 60 мг преднизолона в день); • приема длительно действующих бронходилататоров (β_2 -агонисты длительного действия или пролонгированный теофиллин). При выраженных побочных реакциях на эти бронходилататоры возможна замена их или комбинация с холинолитиками (ипратропий бромид). В качестве симптоматического средства для купирования приступов используются β_2 -агонисты короткого действия, но не более 3-4 раз в сутки (возможность передозировки). При необходимости более частого приема β_2 -агонистов требуется контроль базисной противовоспалительной терапии. Дополнительная лечебная программа при инфекционно зависимом варианте аллергической астмы включает в себя проведение

иммунотерапии, направленной на повышение резистентности организма к инфекциям дыхательных путей, а также использование некоторых современных противовирусных и иммуномодулирующих средств. К последним относятся Т-активин, в меньшей степени тималин, декарис, при некоторых формах иногда помогают интерферон, препараты группы иммуноглобулинов. Целесообразно проведение иммунотерапии гетерогенными бактериальными вакцинами или мукополисахаридными комплексами, продуктами жизнедеятельности бактерий (пирогенал, продиозан). В острой фазе заболевания необходимо ликвидировать воспалительный процесс в органах дыхания. С этой целью назначаются антибиотики, сульфаниламиды, фитонциды, а также салицилаты и другие нестероидные противовоспалительные препараты. Немаловажное значение в комплексной терапии больных БА имеет симптоматическое лечение. Так, для улучшения дренажной функции бронхиального дерева и уменьшения вязкости мокроты используются отхаркивающие средства. Рекомендуются секретолитические препараты, которые действуют непосредственно на слизистую оболочку бронхов (эфирные масла, йодиды, натрия гидрокарбонат и др.); секретомоторные препараты (рефлекторно - через желудок и рвотный центр - усиливают бронхиальную секрецию: настой термопсиса, алтеевого корня, листьев мать-и-мачехи, подорожника) и муколитики (трипсин, химопсин, рибонуклеаза, мукалтин, бромгексин, бисольвон и др.).

Для улучшения насыщения артериальной крови кислородом используется оксигенотерапия. Больной дышит 24-28 % кислородно-воздушной смесью через нос с помощью Т-образной трубки. Эффективными немедикаментозными методами симптоматического лечения больных с БА являются дыхательная гимнастика, массаж грудной клетки, постуральный дренаж, иглорефлексотерапия. При некупирующемся приступе удушья в условиях реанимационного отделения применяются плазмаферез, лечебная бронхоскопия, искусственная вентиляция легких (управляемое дыхание). Неотложная помощь при приступах удушья и астматическом статусе. Легкий приступ удушья может быть купирован приемом внутрь таблеток эуфиллина, теофедрина или антастмана, но-шпы, папаверина или галидора, 30-60 капель солутана. Могут быть эффективны отвлекающие мероприятия (беседа с больным, горячая ножная ванна, горчичники или банки на спину). Иногда для купирования приступа достаточно одной ингаляции производных адреналина - изопреналина (новодрина, эуспирана), орципреналина (астмопента, алупента), гексапреналина (ипрадола), вентолина (сальбутамола), беротека (фенотерола). Среднетяжелый приступ удушья купируется в большинстве случаев 0,1 % раствором адреналина, вводимым в дозе 0,5-1 мл подкожно или в виде аэрозоля. Действие адреналина наступает через 2-3 мин и продолжается около 1 ч, поэтому некоторым больным необходимо вводить его повторно (до 10 раз в сутки). Для сохранения бронхоспазмолитического действия одновременно с адреналином целесообразно вводить 5 % раствор эфедрина в дозе 0,5-1 мл подкожно или внутримышечно; действие его наступает позже и продолжается несколько часов. Введенный одновременно с адреналином, эфедрин усиливает и продлевает действие адреналина. При наличии противопоказаний к введению адреналина (повышенная чувствительность), при гипертонической болезни и ИБС можно применять некоторые его производные - орципреналин (алупент), гексапреналин (ипрадол), вентолин (сальбутамола), беротек (фенотерол). Алупент применяется в виде инъекций (0,5 мг), аэрозоля (2 % и 5 % растворы, до 1 мг). Современные бронхоспазмолитики (беротек, вентолин) используются в виде аэрозоля. При отсутствии эффекта от адреналина и его производных применяется эуфиллин (аминофиллин, диафиллин) в виде 2,4 % раствора, по 10 мл внутривенно медленно. При побочных воздействиях эуфиллина (тошноте, рвоте, болях в сердце) одновременно используются растворы: 2 % - папаверина, 2 мл, 2 % - ношпы, 2 мл, 1 % - дибазола, 4-6 мл. При ночных приступах удушья и брадикардии можно значительно улучшить состояние больного подкожным введением 1 мл 0,2 % раствора платифиллина или 0,5-1 мл 0,1 % раствора атропина, у некоторых больных, особенно при

болевым синдроме, хороший эффект дает вдыхание закиси азота в смеси с кислородом при помощи аппарата для газового наркоза. При тяжелом приступе удушья, не поддающемся вышеуказанной терапии и угрожающем перейти в гиперкапническую кому, необходимо вызвать специализированную бригаду скорой медицинской помощи. На догоспитальном этапе больному следует ввести внутривенно адреналин, эуфиллин в обычной дозировке, алулент - 0,5 мг в 1 мл раствора натрия хлорида медленно в течение 5 мин или 5-20 мг в 250 мг 5 % раствора глюкозы со скоростью 10-15 капель в минуту, ип्राдол - 1-2 ампулы внутривенно в течение 5 мин. Наряду с этим внутривенно вводятся глюкокортикоидные гормоны - преднизолон, 30-60 мг, или гидрокортизон, 100-250 мг, на 250-500 мл 5 % раствора глюкозы.

Астматический статус (АС) является тяжелейшим осложнением БА. Он представляет собой острую дыхательную недостаточность вследствие обструкции дыхательных путей, резистентной к терапии симпатомиметиками и эуфиллином. Неотложная помощь при АС состоит из трех обязательных компонентов: кислородотерапии, инфузионной и медикаментозной (эуфиллин и его аналоги, глюкокортикостероидные гормоны) терапии.

Кислородотерапия проводится в форме непрерывной инсуффляции кислородно-воздушной смеси с относительно небольшим содержанием кислорода (30-40 %); инфузионная терапия - гепаринизированным раствором 5 % глюкозы, раствором Рингера, полиглюкином, реополиглюкином. Общий объем инфузионной терапии - 3-3,5 л в 1-е сутки, в последующие - из расчета 1,6 л/м² поверхности тела. Медикаментозное лечение АС проводится при максимально суженном круге препаратов, в том числе при полном отказе от адреностимуляторов. Внутривенно вводятся 15 мл 2,4 % раствора эуфиллина на изотоническом растворе глюкозы или хлорида натрия в течение 4-6 мин вместе с 5000 ЕД гепарина. Суточная доза эуфиллина - 1,5-2 г. Преднизолон вводится внутривенно: от 30 до 90 мг. При декомпенсации наряду с вышеуказанными мерами проводится лечебная бронхоскопия с посегментарным лаважем бронхов, больной переводится на искусственную вентиляцию легких. Во время ремиссии БА большое внимание должно быть обращено на немедикаментозное лечение: гипоаллергенную диету, лечебную физкультуру, плавание, массаж, физиотерапию, санаторно-курортное лечение (Южный берег Крыма, Кисловодск, высокогорные районы Приэльбрусья и др.).

ХРОНИЧЕСКИЙ ОБСТРУКТИВНЫЙ БРОНХИТ (ХОБ) – хроническое диффузное неаллергическое воспаление бронхов, ведущее к прогрессирующему нарушению легочной вентиляции и газообмена по обструктивному типу и проявляющееся кашлем, выделением мокроты и одышкой не связанными споражением других органов и систем.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ. Этиологические факторы это курение (активное и пассивное), загрязнение атмосферного воздуха, профессиональные вредности, недостаточность α1-антитрипсина, вирусные инфекции, гиперреактивность бронхов. Основные патогенетические факторы- нарушение функции системы местной бронхопульмональной защиты, структурная перестройка слизистой оболочки бронхов (гипертрофия слизистых и серозных желез, замена мерцательного эпителия бокаловидными клетками), развитие классической патогенетической триады (гиперкриния, дискриния, мукостаз), и выделение медиаторов воспаления и цитокинов.

Клиническая картина и диагноз. Наиболее часто больные ХОБ жалуются на кашель, одышку и отделение мокроты. Значительно реже отмечают повышение температуры тела и кровохарканье. Одышка характернейший симптом ХОБ. Она носит преимущественно экспираторный характер, возникает при значительной физической нагрузке, однако постепенно, по мере прогрессирования заболевания, становится постоянной. Характерна одышка по утрам, сопровождающаяся надсадным кашлем и свистящим дыханием. Для больных ХОБ одышка является главной причиной ухудшения качества жизни. Кашель при ХОБ носит характер затяжного, нередко бывает надсадным с

трудно отделяемой мокротой, особенно утренней. Наличие обструкции приводит к прогрессированию ХОБ, эмфиземе легких, развитию легочного сердца, возникновению ателектазов сложного генеза и как следствие последних - к пневмонии. В крови даже в период обострения заболевания изменения могут отсутствовать. Иногда определяются умеренный лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, небольшое повышение СОЭ. Рентгенологические симптомы у большинства больных длительное время не выявляются. У некоторых больных рентгенограммы показывают диффузное, неравномерное усиление и деформацию, а также изменение контуров легочного рисунка вследствие сетчатого перибронхиального пневмосклероза, при эмфиземе - повышение прозрачности легочных полей. Обструктивный характер хронического бронхита подтверждается данными функционального исследования (пневмотахометрией, спирографией). Диагностические критерии ХОБ: собственно бронхиальная обструкция (клинические проявления и снижение ОФВ₁ менее 84% или снижение индекса ТИФФНО ниже 88% от должных величин); необратимость или частичная обратимость бронхиальной обструкции, вариабельность значений ОФВ₁ менее чем на 12% в течении суток; стабильно подтверждаемая бронхообструкция; возраст как правило, более 50 лет; физикальные и рентгенологические признаки эмфиземы легких; неуклонное прогрессирование заболевания при отсутствии адекватного лечения; выявление заболевания обычно у курильщиков.

Лечение больных ХОБ должно начинаться на возможно более ранней стадии. Важно устранить все факторы, обуславливающие раздражение слизистой оболочки бронхов (курение, неподходящие условия труда, климатическая зона и т. д.).

Лечебные мероприятия в первую очередь должны быть направлены на ликвидацию воспалительного процесса и респираторной инфекции, гипосенсибилизацию, коррекцию вторичных иммунодефицитных состояний и сниженной неспецифической резистентности организма, улучшение бронхиальной проходимости, коррекцию гипоксии. Необходимо санировать хронические очаги назофарингеальной инфекции, обеспечить свободное дыхание через нос. Воспалительный процесс купируется нестероидными противовоспалительными средствами (аспирином, ибупрофеном, реопирином и др.). При обострении ХОБ с отделением гнойной мокроты следует назначать антибактериальные препараты, эффективные прежде всего в отношении палочки инфлюэнцы, пневмококка и грамотрицательных микробов. В случае легкого обострения с отделением слизистой или слизисто-гнойной мокроты можно применять сульфаниламидные препараты длительного действия (сульфадиметоксин, сульфапиридазин. Больным с выраженными признаками воспалительного процесса антибиотики назначаются с учетом чувствительности микрофлоры. Правильность выбора препарата подтверждается результатом лечения. Чаще всего назначаются полусинтетические пенициллины (ампициллин, ампиокс, диклоксациллин и др.), аминогликозиды (гентамицин), цефалоспорины (кефзол, клафоран и др.), тетрациклины пролонгированного действия (вибрамицин), макролиды (эритромицин), левомицетин и др. Курс лечения - 2 нед, иногда больше (до 20 дн). Весьма эффективны эндотрахеальные вливания подогретого раствора фурацилина или фурагина (на курс лечения 10-12 заливок). После каждой процедуры эндобронхиальной санации выполняются позиционный дренаж и вибрационный массаж грудной клетки. Для восстановления бронхиальной проходимости назначаются селективные стимуляторы β_2 -адренергических рецепторов (беротек, бриканил, сальбутамол), блокаторы ацетилхолина (атровент), препараты метилксантина (эуфиллин, теофиллины длительного действия - теопэк, дурофилин и др.), блокаторы каналов тока кальция (коринфар). Эффективны препараты комбинированного действия - теофедрин, солутан, беродуал и др. Лучшему отхождению мокроты способствуют отхаркивающие средства (настой термопсиса, мать-и-мачехи, багульника, чабреца, подорожника, отвар алтеяного корня, 3 % раствор йодида калия и др.), ингаляции щелочных растворов, обильное горячее питье, прием щелочных минеральных вод. При вязкой мокроте назначаются ингаляции ферментов - трипсина,

химотрипсина, химопсина, рибонуклеазы, дезоксирибонуклеазы. Для разжижения мокроты с успехом используются также муколитические средства: 10 % раствор ацетилцистеина по 2 мл внутримышечно или в виде ингаляций аэрозоля 3 раза в день, бромгексип (бисольвон) внутрь, парентерально или в виде ингаляций аэрозоля по 4-7 мг 2-3 раза в день. Дренажную функцию бронхов у больных с гнойным ХБ можно улучшать с помощью лечебных бронхоскопий (2-4 процедуры с интервалом в 3-7 дн) с интратрахеальным введением лекарств (антибиотиков; муколитических препаратов - ацетилцистеина, химотрипсина, трипсина, рибонуклеазы; бронхолитических средств - эфедрина, нафтизина; антисептических растворов - фурацилина, фурагина и др.). Для купирования бронхоспазма назначается электрическое поле УВЧ с последующим электрофорезом платифиллина (0,1 % раствор), эуфиллина (5 % раствор). Для улучшения отхождения мокроты применяются йод-электрофорез (5 % раствор) с индуктотермией, трипсин- или панкреатин-электрофорез и др. Не утратило своего значения применение различных отвлекающих средств (горчичников, банок, теплых ножных ванн и т. д.). При стихании явлений обострения заболевания, обычно с 4-6-го дня от начала заболевания, назначаются физиотерапевтические процедуры (соллюкс, УФО, токи УВЧ, электрофорез новокаина, хлорида кальция на грудную клетку). Для улучшения бронхиальной проходимости и восстановления дренажной функции бронхов назначаются массаж грудной клетки и лечебная физкультура, включая постуральный дренаж. Санаторно-курортное лечение при ХБ проводится в теплое сухое время года на климатических курортах Южного берега Крыма, среднегорья (Кисловодск, Теберда) или в местных санаториях (Бобруйск, Нарочь).

ЭМФИЗЕМА ЛЕГКИХ. В практической медицине термином “эмфизема легких” обозначается всякое увеличение воздушности легких, которое может быть функциональным (острое вздутие легких), компенсаторным (викарным), старческим (атрофическим), хроническим субстанциальным (обструкционным) и др. Наиболее часто встречающиеся формы эмфиземы легких делятся на две большие группы - необструкционные и обструкционные эмфиземы легких. При необструкционных эмфиземах отсутствуют явления обструкции терминальных бронхиол и мелких бронхов, а при обструкционных эмфиземах нарушения вентиляции, обусловленные коллапсом терминальных бронхиол и (или) обтурацией мелких бронхов, составляют часть потенциала болезни. К необструкционным эмфиземам легких относятся компенсаторная и старческая, а к обструкционным - функциональная и хроническая субстанциальная эмфизема как самостоятельная форма хронической обструкционной болезни легких. Эмфизематозное легкое напоминает собой изношенную перерастянутую резину, которая, потеряв свои эластические свойства, не может сократиться до своего прежнего объема. Эмфизематозное легкое не спадается, а следовательно, занимает больший объем, чем здоровое.

Патогенез. В большинстве случаев эмфизема легких вторична и является следствием диффузных заболеваний легких, прежде всего хронического обструктивного бронхита (обструкционная, центрилобулярная, или центриацинозная, эмфизема легких). Эмфизематозный процесс поражает альвеолы, расположенные вблизи от респираторных бронхиол, поскольку воспалительно-дистрофический процесс переходит с респираторных бронхиол на прилежащие к ним альвеолы. Эмфизема легких может развиваться и без предшествующего заболевания легких (первичная диффузная, идиопатическая или панацинозная). Возникновение первичной эмфиземы прежде всего связывается с наследственным дефицитом альфа-1-ингибитора протеаз (альфа-1-антитрипсина), определенное значение имеют также нарушения легочной микроциркуляции, изменения свойств сурфактанта, курение и т. п. Первичная эмфизема при наследственном дефиците альфа-1-антитрипсина возникает у молодых людей, поэтому называется юношеской эмфиземой легких. В последние годы отмечается существенное увеличение больных ХНЗЛ с дефицитом альфа-1-антитрипсина. Первичная панацинозная (панлобулярная)

эмфизема легких равномерно поражает все альвеолы, входящие в состав долики легкого. Уменьшается функционирующая поверхность легкого.

Клиническая картина и диагноз. Клиника эмфиземы легких в основном ограничивается симптомокомплексом повышенной воздушности легочной ткани, а также симптомами дыхательной и сердечной недостаточности. Клинические проявления хронической субстанциальной (истинной) эмфиземы легких заметно “отстают” от патоморфологических, поэтому по клиническим признакам диагностируется уже полностью сформировавшаяся эмфизема. Главные жалобы больных эмфиземой легких - одышка и повышенная утомляемость. Больные эмфиземой, страдающие хроническим бронхитом, жалуются также на сухой кашель, усиливающийся с одышкой. Для больных эмфиземой легких внешне характерны приподнятые плечи, короткая шея, бочкообразная грудная клетка, сдавленная с боков, со втягивающимися при вдохе межреберными промежутками, акроцианоз. Выбухает грудина. Расширены и даже выбухают межреберные промежутки, сглаживаются или выбухают надключичные области, уменьшается дыхательная экскурсия грудной клетки. В акте дыхания участвуют вспомогательные мышцы: на вдохе - грудино-ключично-сосцевидные и лестничные, на выдохе - передние зубчатые и брюшного пресса. На выдохе больные прикрывают рот, раздувая щеки (пыхтение). Перкуторно определяются “коробочный” звук, ограниченная подвижность легочного края, низкое стояние и уменьшение подвижности диафрагмы, ослабленное дыхание с усиленным выдохом. Выслушиваются рассеянные сухие, иногда влажные мелкопузырчатые хрипы. Границы сердца определяются с трудом. У больных эмфиземой легких снижается масса тела, что объясняется преобладанием катаболических процессов, которые главным образом затрагивают альвеолы и в меньшей степени - другие ткани. При выраженной дыхательной недостаточности в периферической крови могут отмечаться эритроцитоз, увеличение содержания гемоглобина. У больных с первичной панацинозной эмфиземой легких понижен уровень альфа-1-антитрипсина в сыворотке крови. Наиболее характерными рентгенологическими симптомами первичной панацинозной эмфиземы являются: однородное повышение прозрачности легочных полей и обеднение легочного рисунка, особенно в нижних отделах, низкое стояние диафрагмы и “висячее сердце”. При вторичной центриацинозной эмфиземе легких прозрачность их нижних отделов значительно уменьшена вследствие перибронхита и других изменений. Диафрагма обычно не смещается книзу, так как общий объем легких изменен незначительно.

Лечение. Полное излечение эмфиземы легких невозможно в связи с ее неуклонным прогрессирующим течением и необратимостью структурных изменений легочной ткани. Поэтому лечение эмфиземы легких направлено в основном на борьбу с заболеванием, вызвавшим ее развитие (например, хроническим бронхитом, дыхательной недостаточностью, легочной гипертензией и хроническим декомпенсированным легочным сердцем). При наличии хронического обструктивного бронхита назначаются отхаркивающие и успокаивающие кашель средства (термопсис, муколитики, кодеин), аэрозольтерапия, трахеобронхиальные вливания антимикробных растворов, ферментов; при бронхоспазме - бронхоспазмолитики (эуфиллин); при декомпенсированном легочном сердце - сердечные гликозиды (коргликон), препараты, разгружающие систему легочной артерии (лазикс). Не следует применять стимуляторы дыхания, поскольку дыхательный центр у больных эмфиземой легких остается функционально сохранным. Эуфиллин наиболее эффективен при внутривенном введении (2,4 % раствор по 5 мл в изотоническом растворе натрия хлорида 2-3 раза в день повторными 10-дневными курсами). Лечение дыхательной недостаточности включает в себя прежде всего обязательный отказ от курения, употребления алкоголя, ограничение физической активности, обучение рациональному дыханию с участием диафрагмы. Рекомендуется работа в теплом помещении с хорошей вентиляцией и чистым воздухом. Большую пользу может принести лечебная физкультура, которая укрепляет дыхательную мускулатуру, обеспечивает

полноценный выдох. Особое внимание обращается на дыхательные упражнения. Назначаются также массаж грудной клетки, аэротерапия прогулки на свежем воздухе с постепенным удлинением маршрута. Показаны курсы оксигенотерапии, которые позволяют уменьшить гипоксемию и способствуют снижению давления в легочной артерии.

Литературы:

- 1.Терапия, Руководство для врачей, студентов. Перевод с англ., проф.А.Г.Чучалин, Москва.
- 2.Справочник врача общей практики. Дж. Мерта, М.,1998.
- 3.Семейная медицина (руководство) под ред. акад.А.Ф.Краснова, Самара.2009
4. Внутренние болезни, под ред. Г.Р.Харисона, руководство. 2007
5. Диагностика болезней внутренних органов, руководство. А.Н. Окорочков.
6. Charlton I, Charlton G, Broomfield J, Mullee MA. Evaluation of peak flow and symptoms only self management plans for control of asthma in general practice. BMJ 2009;301(6765):1355_9.
- 7.Cote J, Cartier A, Robichaud P, Boutin H, Malo JL, Rouleau M, et al. Influence on asthma morbidity of asthma education programs based on self_management plans following treatment optimization. Am J Respir Crit Care Med 2007;155(5):1509_14.

СИНДРОМ ОСАДКА МОЧИ. ВЕДЕНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ В АМБОЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

ТЕХНОЛОГИЯ ОБУЧЕНИЯ

Количество студентов -	Время – 2 часа
Форма учебного занятия	Лекция - визуализация
План лекции	<ol style="list-style-type: none"> 1.Представление о мочевом осадке, определение термина протеинурия, виды протеинурии. 2.Причины и факторы риска, приводящие к протеинурии, различные патогенетические механизмы возникновения протеинурии. 19. Клинические проявления и течение заболеваний протекающих протеинурией и патологией мочевого осадка. 20. Мочевой осадок: цилиндрурия, гематурия, лейкоцитурия при различных патологических состояниях. 21. Принципы лечения, профилактики и диспансеризации больных с протеинурией и патологией мочевого осадка
Цель учебного занятия: ознакомить студентов с этиологией, патогенезом заболеваний, сопровождающихся патологией мочевого осадка, протеинурией, обучить принципам дифференциальной диагностики, лечения, профилактики и диспансеризации заболеваний, сопровождающихся протеинурией, патологией мочевого осадка	
Педагогические задачи: 1. Укрепить и углубить знания студентов о заболеваниях, сопровождающихся протеинурией и патологией	Результаты учебного процесса: ВОП должен знать: 11. Заболевания, приводящие к изменению мочевого осадка, протеинурии 12. Принципы дифференциальной диагностики

мочевого осадка 2. Обучить студентов умению дифференцировать заболевания, сопровождающихся протеинурией и патологией мочевого осадка 4. Ознакомить студентов лечению, этапам профилактики больных с патологией мочевого осадка	заболеваний, сопровождающихся протеинурией и патологией мочевого осадка 13. Принципы лечения, проведения профилактики и диспансеризации больных с патологией мочевого осадка, протеинурией
Методика обучения	Текст лекции, видеофильмы, анкетирование, вопросы, техника “да-нет”
Форма обучения	Лазерный проектор, визуальные материалы, специальное техническое оборудование, показ тематических больных
Средства обучения	Коллектив
Условия проведения учебного процесса	Аудитория

ТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТА ЛЕКЦИИ

Этапы, время	Деятельность	
	Преподаватель	Студенты
<u>1 этап</u> Вводная часть (5 мин)	1. Рассказывает о теме лекции, её цели и плане	1. Слушают
<u>2 этап</u> Актуализация (повышение значимости) знаний (20 мин)	2.1. В целях повышения актуализации (повышения значимости) знаний студентов задаёт вопросы: 1. Дайте определение терминам протеинурия, гематурия, цилиндрурия, лейкоцитурия 2. Перечислите заболевания, сопровождающиеся протеинурией, патологией мочевого осадка 3. Перечислите основные дифференциально-диагностические признаки заболеваний, протекающих протеинуриями и патологией мочевого осадка? 4. Перечислите группы препаратов, применяющиеся для лечения заболеваний, сопровождающихся патологией мочевого осадка Проводит анкетирование 2.2. Показывая на экране, предлагает ознакомиться студентам с целями и задачами лекции. Слайд №1,2	2.1. Отвечают на заданные вопросы 2.2. Изучают слайд №1 2.3. Изучают слайд №2
<u>3 этап</u> Основная часть	3.1. Знакомит студентов с лекционным материалом, значимостью темы и	3.1. Совместно разбирают прослушанный

<p>(информационная) (55 мин)</p>	<p>принципами формирования интеллигентной культурной личности, в частности ВОП-педагога.</p> <p>В целях повышения актуализации знаний проводит быстрый опрос студентов:</p> <p>9. По 1 пункту плана лекции: перечислите заболевания, приводящие к изменению мочевого осадка, протеинурии</p> <p>10. По 2 пункту плана лекции: основные принципы дифференциальной диагностики заболеваний, сопровождающихся протеинурией и патологией мочевого осадка</p> <p>11. Принципы лечения, проведения профилактики и диспансеризации больных с патологией мочевого осадка, протеинурией</p> <p>Остановливаясь на важных моментах лекции, предлагает записать основные положения в тетрадь</p>	<p>лекционный материал, задают вопросы</p> <p>Основные моменты записывают в тетрадь</p>
<p><u>4 этап</u> заключительный (10 мин)</p>	<p>4.1. Задаёт вопросы:</p> <p>1. Перечислите наиболее часто встречающиеся заболевания, сопровождающиеся протеинурией и патологией мочевого осадка</p> <p>2. Расскажите основные дифференциально-дагностические признаки заболеваний, сопровождающихся патологией мочевого осадка и протеинурией</p> <p>3. Назовите основные принципы лечения, профилактики больных</p> <p>4.2. Дает задание для самостоятельной работы студентов: Наследственные тубулопатии</p>	<p>4.1. Отвечают на вопросы</p> <p>4.2. Слушают, записывают</p>

На сегодняшний день ряд заболеваний сопровождаются изменениями осадка мочи. В частности остановимся на заболеваниях, протекающих с патологией мочевого осадка и протеинурией.

Одним из заболеваний, протекающих выраженной протеинурией является миеломная болезнь для которой характерны следующие симптомы:

- ✓ Сопровождается продукцией патологических иммуноглобулинов одного клона, вызывающих обструкцию канальцев.
- ✓ При этом заболевании протеинурия может достигать до 20 г/сут;

Другие клинические признаки: боли в костях; спонтанные переломы обусловленные деструктивными процессами в костях; гепато - или спленомегалия; парестезии, анемия, кровоточивость; в крови: резкая диспротеинемия с М-градиентом, повышенный уровень патологических иммуноглобулинов; в стернальном пунктате - плазматические клетки, сопровождается продукцией патологических иммуноглобулинов одного клона, вызывающих обструкцию канальцев, при этом заболевании протеинурия может достигать до 20 г/сут; миеломная почка: заполнение почечных канальцев цилиндрами состоящие из κ и λ - цепей иммуноглобулинов, антител к ним, белка Тамма - Хорсфалла, отчасти из альбумина и фибриногена; острая почечная недостаточность

Макроглобулинемии Вальдестрема - заболевание при котором синтезируется и накапливается в крови патологический IgM. Происходит поражение почек, но редко (частота протеинурии 15 -20%), наиболее характерны другие клинические признаки: спленогепатомегалия, геморрагический синдром; резкое увеличение СОЭ; изолированное увеличение фракции IgM, иногда наблюдается остеопороз.

Внутрисосудистый гемолиз -переливание несовместимой крови; воздействие гемолитических ядов и токсинов; лекарственные, иммунологические и травматические повреждения эритроцитов.

При гемолизе свободный гемоглобин связывается с гаптоглобулином плазмы. При насыщение крови гаптоглобином гемоглобин начинает фильтроваться клубочками. Развивается клиническая картина ОПН. В моче: ПУ, ЭУ, ЛУ, свободный гемоглобин.

Рабдомиолиз (травматический краш- синдром) сопровождается ПУ, миоглобинурией, в крови повышение уровня: аминотрасферазы, креатинфосфокиназы, гиперкалиемия, гиперурикемия.

В клинической картине ведущими являются: отек и боль в поврежденных мышцах, олиго-, анурия с клинической картиной ОПН.

Клубочковая протеинурия (0,1-20 г/сут) - обусловлена поражением базальной мембраны. Белковая фракция представлена альбумином, трансферинном, β - микроглобулином, глобулином. Клубочковая протеинурия наблюдается: при остром и хроническом гломерулонефрите; амилоидозе; диабетическом гломерулосклерозе. Гломерулонефриты встречаются очень часто в связи с чем на них остановимся более подробно.

В практике врача гломерулонефриты (нефриты) встречаются не так часто, как, например, ишемическая болезнь сердца, ревматические болезни или хронические неспецифические заболевания легких. Однако их медицинское и социальное значение велико, что определяется следующими положениями.

Во-первых, лишь острые нефриты, сравнительно редкие в настоящее время, заканчиваются (и то не больше, чем в половине случаев) выздоровлением; хронический нефрит, особенно подострый, неуклонно прогрессирует по направлению к хронической почечной недостаточности (ХПН), сопровождаясь нередко отеками (нефротический синдром) и тяжелой гипертонией, приводящими к инвалидизации еще до развития ХПН.

Во-вторых, заболевают чаще (и болеют тяжелее) молодые, трудоспособные мужчины. В-третьих, хотя и существуют методы, позволяющие замещать нефункционирующие почки (так называемая заместительная почечная терапия) — диализ и трансплантация, но в России они доступны далеко не всем (потребность удовлетворяется примерно на 1/20), очень дороги и имеют свои сложности — привязанность к аппаратам, необходимость постоянной иммуносупрессии и др. Все это делает актуальной проблему консервативной терапии, направленной на подавление активности нефрита и торможение его прогрессирования.

Оговорим сразу, что термин “нефриты” в настоящее время полностью соответствует термину “гломерулонефриты” (ГН) и включает в себя группу морфологически разнородных иммуновоспалительных заболеваний с преимущественным поражением клубочков, а также с вовлечением канальцев и межпочечной (интерстициальной) ткани. ГН являются самостоятельными нозологическими формами, но могут встречаться и при

многих системных заболеваниях, таких как системная красная волчанка, геморрагический васкулит, инфекционный эндокардит и др.

Прогрессирование ГН после воздействия различных начальных факторов определяется достаточно стереотипными процессами, постепенно ведущими к склерозу. Это пролиферация мезангиальных клеток и накопление мезангиального матрикса, а также поражение стенки капилляров клубочка. В индукции ГН ведущее место отводится иммунным факторам повреждения, реакциям гуморального и/или клеточного иммунитета; в дальнейшем прогрессировании важную роль приобретают медиаторы воспаления и неиммунные механизмы — гемодинамические и метаболические. На всех этапах развития ведущую роль играет персистенция этиологического фактора, известного, к сожалению, лишь у 1/10 больных.

Этиология: • Инфекции: бактериальные (стрептококк, стафилококк и др.); вирусные (гепатит В, гепатит С и др.); паразитарные.

• Токсические вещества (органические растворители, алкоголь, свинец, ртуть, лекарства и др.).

• Экзогенные неинфекционные антигены, действующие с вовлечением иммунных механизмов, в том числе по типу атопии.

• Эндогенные антигены (редко): ДНК, опухолевые, мочевиная кислота.

Клинические синдромы

• Мочевой синдром (протеинурия и/или гематурия).

• Нефротический синдром (отеки, протеинурия выше 3,5 г в сутки, гипоальбуминемия, гиперлипидемия).

Артериальная гипертония.

• Нарушение функции почек.

Клинические типы гломерулонефритов. Основные клинические типы ГН — острый, хронический и быстро прогрессирующий.

Острый ГН развивается через 6—12 дней после инфекции, обычно стрептококковой (ангина, тонзиллит, пиодермия); наиболее нефритогенен β -гемолитический стрептококк группы А, особенно штаммы 12 и 49. Характерны гематурия (часто макрогематурия), отеки, олигурия, гипертония. У детей острый ГН обычно имеет циклическое течение, с бурным началом, в большинстве случаев заканчивается выздоровлением. У взрослых чаще встречается стертый вариант с изменениями мочи без общих симптомов, постепенно принимающий хроническое течение. Если доказана связь со стрептококковой инфекцией, повышены титры антистрептококковых антител и положителен посев из глотки, показано лечение антибиотиками в течение 8—12 дней. Хронический ГН чаще развивается медленно, с незаметным началом, реже отмечается четкая связь с перенесенным острым нефритом. В зависимости от клинических проявлений и течения различают следующие варианты хронического ГН: латентный, гематурический, нефротический, гипертонический и смешанный.

Латентный ГН — самая частая форма хронического ГН, проявляется лишь изменениями мочи (протеинурия до 2—3 г в сутки, незначительная эритроцитурия), иногда мягкой артериальной гипертонией. Течение обычно медленно прогрессирующее.

Гипертонический ГН — это латентный ГН с более выраженной гипертонией и минимальным мочевым синдромом.

Гематурический ГН проявляется постоянной гематурией, нередко с эпизодами макрогематурии, протеинурия не превышает 1 г в сутки, течение достаточно благоприятное.

Нефротический ГН характеризуется в первую очередь нефротическим синдромом (НС), имеющим обычно реци-дивизирующий характер. В отсутствие эритроцитурии и гипертонии (что обычно наблюдается у детей) прогноз относительно благоприятный. У взрослых изолированный НС редок, сочетание с эритроцитурией и/или гипертонией существенно ухудшает прогноз; при сочетании с гипертонией говорят о смешанном ГН.

Достаточно распространена клинико-морфологическая классификация хронического ГН, в основу которой положены морфологические изменения клубочков почек, она включает в себя 5 форм.

Минимальные изменения клубочков выявляются лишь при электронной микроскопии, при световой микроскопии клубочки кажутся интактными. Эта морфологическая форма наблюдается чаще у детей, но встречается и у взрослых. Характерен выраженный НС с массивными отеками; эритроцитурия и артериальная гипертензия редки. Именно при этой форме наиболее эффективны глюкокортикоиды, приводящие иногда за 1 нед к исчезновению отеков. Прогноз достаточно благоприятный, ХПН развивается редко. Фокально-сегментарный гломерулосклероз (ФСГС) иногда при световой микроскопии трудно отличим от предыдущей формы, однако в части клубочков выявляется склероз отдельных капиллярных петель; может развиваться при ВИЧ-инфекции, внутривенном введении наркотиков. Клиническая картина характеризуется персистирующей протеинурией или НС, обычно в сочетании с эритроцитурией и артериальной гипертензией. Течение прогрессирующее, прогноз серьезный, это один из самых неблагоприятных морфологических вариантов, достаточно редко отвечающий на активную иммунодепрессивную терапию.

Мембранозный ГН (мембранозная нефропатия) характеризуется диффузным утолщением стенок капилляров клубочков с их расщеплением и удвоением, массивным отложением иммунных комплексов на эпителиальной стороне клубочковой базальной мембраны. У трети больных удается установить связь с известными антигенами — вирусом гепатита В, опухолевыми, лекарственными. Поэтому больных с мембранозной нефропатией следует особенно тщательно обследовать с целью выявления опухоли или инфицирования вирусом гепатита. Заболевание чаще развивается у мужчин, характеризуется протеинурией или НС, у 15—30% наблюдаются гематурия и артериальная гипертензия. Течение относительно благоприятное, особенно у женщин, почечная недостаточность развивается лишь у половины больных.

Мезангиопролиферативный ГН— самый частый морфологический тип ГН, отвечающий (в отличие от предыдущих вариантов) всем критериям ГН, как иммуновоспалительно-го заболевания; характеризуется пролиферацией мезангиальных клеток, расширением мезангия, отложением иммунных комплексов в мезангии и под эндотелием. Клиническая картина характеризуется протеинурией и/или гематурией, в части случаев отмечаются НС и гипертония. Течение относительно благоприятное.

Как отдельный вариант выделяют мезангио-пролиферативный ГН с отложением в клубочках иммуноглобулина А: IgA-нефрит или болезнь Берже. Заболевание развивается в молодом возрасте, чаще у мужчин, ведущий симптом — гематурия. У 50% больных отмечается рецидивирующая макрогематурия, возникающая в первые дни или даже часы лихорадочных респираторных заболеваний. Прогноз благоприятный, однако значительно ухудшается при присоединении НС и/или гипертонии. В некоторых странах (например, в Японии) IgA-нефрит — преобладающий тип нефрита. Последний морфологический вариант хронического ГН — мезангиокапиллярный ГН, характеризующийся выраженной пролиферацией мезангиальных клеток с их распространением и проникновением в клубочек, что создает характерную дольчатость клубочков с удвоением базальных мембран. Может быть связан с вирусом гепатита С, а также с криоглобулинемией. Характерны протеинурия и гематурия, часты НС и гипертония. Это неблагоприятный вариант ГН с прогрессирующим течением и развитием ХПН, плохо отвечающий на терапию.

Помимо острого и хронического ГН, выделяют относительно редкий быстро прогрессирующий (подострый) ГН (БПГН) с “полулуниями” в клубочках и быстро прогрессирующей почечной недостаточностью. БПГН может развиваться после инфекций, контакта с органическими растворителями, однако чаще его причиной

являются системные васкулиты и системная красная волчанка. Прогноз очень серьезный, остановить прогрессирование может лишь массивная иммуносупрессивная терапия.

Таким образом, большинство форм ГН — это в той или иной степени прогрессирующие заболевания; наиболее надежно остановить прогрессирование можно лишь при выявлении и устранении этиологического фактора. При невозможности установления этиологии усилия должны быть направлены на подавление активности болезни и купирование обострения, что позволяет стабилизировать течение болезни.

Лечение. Для подавления активности применяется иммуносу-прессивная терапия: глюкокортикоиды, неселективные ци-тостатики и циклоспорин А.

Глюкокортикоиды (ГК), обладающие иммунодепрессив-ным и противовоспалительным действием, в течение нескольких десятилетий остаются основным средством патогенетической терапии нефритов. Чаще применяются внутрь — преднизолон в высоких (1—2 мг/кг в день) или умеренно высоких (0,6—0,8 мг/кг в день) дозах, ежедневно в 2—3 приема или однократно утром, длительно (1—4 мес), с последующим медленным снижением. Возможен и альтернирующий режим, когда больной принимает через день однократно утром двойную суточную дозу. При высокой активности почечного воспаления для быстрого достижения очень высоких концентраций ГК в плазме крови показана “пульс-терапия” — внутривенное введение сверхвысоких доз (0,8—1,2 г) метилпреднизолона или преднизолона.

Цитостатики при лечении нефритов используются несколько реже ГК из-за большей тяжести побочных эффектов. Как правило, используют алкилирующие соединения — циклофосфамид (в дозе 1,5—2 мг/кг в день) и хлорбутин (в дозе 0,1—0,2 мг/кг в день); антиметаболит азатиоприн менее эффективен, хотя и менее токсичен. Снижение числа лейкоцитов происходит в течение нескольких дней или недель. В этот период важно проверять число лейкоцитов в периферической крови каждые 2—3 дня, с тем чтобы при их снижении до нижнего допустимого уровня доза препарата могла быть снижена или отменена. Самыми серьезными побочными эффектами алкилиру-ющих цитостатиков являются супрессия костного мозга, развитие инфекций и недостаточность гонад. Другие осложнения: гепатит, алоpecia, геморрагический цистит, желудочно-кишечные расстройства и повышенный риск развития опухолей.

Очень интересен селективный иммунодепрессант циклоспорин А (ЦсА), применяемый давно в трансплантологии, а последние годы и в терапевтической нефрологии. Начальная доза ЦсА для взрослых в нефрологической клинике составляет 3—5 мг/кг, для детей — 6 мг/кг в день. В дальнейшем доза зависит от переносимости, наличия побочных эффектов и концентрации в сыворотке крови, которую следует регулярно проверять.

ЦсА показан в первую очередь больным с минимальными изменениями и ФСГС при частом рецидивировании НС или стероидорезистентном НС, при развитии осложнений стероидной и цитостатической терапии. Наиболее серьезными осложнениями лечения ЦсА являются артериальная гипертензия и нефротоксичность.

При назначении иммуносупрессивной терапии надо руководствоваться следующими положениями.

- При высокой активности ГН всегда показана иммуносупрессивная терапия.
- Впервые возникший НС, особенно без гематурии и гипертонии — всегда показание для лечения ГК.
- При быстро прогрессирующих формах нефрита (с быстрым нарастанием уровня креатинина) обязательно назначение иммунодепрессантов — большие дозы ГК и цитостатиков внутрь и/или в виде “пульсов”.

Стабилизировать течение ГН, затормозить его прогрес- сирование, а иногда даже привести к его обратному развитию может не только иммуносупрессивная терапия, но и так называемая неиммунная нефропротективная терапия, возможности которой значительно расширились за последнее десятилетие. На современном этапе можно говорить о четырех методах нефропротективной терапии, влияние которых на прогрессирование ГН доказано

или изучается. Это: ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента и блокаторы рецепторов к ангиотензину II; гепарин натрий; дипиридамол; гиплипидемические препараты, в первую очередь статины.

Следует подчеркнуть важность тщательного амбулаторного наблюдения за больными, диетических рекомендаций, своевременного выявления обострения, для чего терапевтам необходимо знание нефрологических проблем и своевременное направление больных к нефрологам.

Хронический пиелонефрит - это хронический неспецифический инфекционно-воспалительный процесс, протекающий в чашечно-лоханочной системе почек и тубулоинтерстициальной зоне.

Наиболее частыми возбудителями хронического пиелонефрита являются грамотрицательные бактерии кишечной группы - кишечная палочка, энтерококки, протей, синегнойная палочка, реже стафилококки, стрептококки. При хроническом течении болезни часто происходит смена возбудителей или их патологическое действие в составе микробных ассоциаций. Персистенция возбудителей в мочевых путях объясняется наличием L-форм бактерий, которые при неблагоприятных для организма условиях могут переходить в активные формы. Большинство грамотрицательных бактерий - основных возбудителей пиелонефрита - имеют своеобразные реснички (фимбрии), рецепторами для которых являются некоторые структуры мембран клеток мочевых путей. Это позволяет бактериям прикрепляться к клеткам мочевыводящих путей (феномен бактериальной адгезии).

Наиболее частым путем проникновения инфекции в мочевыводящие пути является урогенный, реже гематогенный. Важнейшим фактором патогенеза является нарушение уродинамики вследствие органических и функциональных факторов, препятствующих оттоку мочи и повышающих вероятность ее инфицирования. К органическим причинам относятся конкременты, аномалии развития мочевыводящих путей, патологические процессы в предстательной железе. У мужчин причины нарушения уродинамики практически всегда органические. У женщин преобладают функциональные причины - вследствие определенных изменений гормонального фона, в частности повышения эстрогенов, снижается тонус мочеточников, появляются их дискинетические расстройства. Вопрос о конкретных механизмах иммунологических нарушений окончательно не решен. Длительное, хроническое течение пиелонефрита, персистирование инфекции объясняют недостаточностью механизмов, как местного, так и общего иммунитета. В почечной ткани обнаруживаются иммунологические комплексы - антитела, соединенные с рецепторами фимбрий бактерий- возбудителей пиелонефрита. Эти иммунные комплексы могут вызывать иммунное воспаление в интерстиции и поражать канальцевый аппарат. Развивающийся интерстициальный нефрит объясняет многие проявления пиелонефрита, в частности, раннее снижение концентрационной функции почек, вовлечение в процесс клубочков и сосудов с постепенным развитием ХПН.

Основные клинические проявления пиелонефрита.

Различают клинические формы хронического пиелонефрита - самая частая - рецидивирующая, а также латентная. Фазы процесса - обострение, ремиссия.

В фазу обострения выражен в той или иной степени интоксикационный синдром, обусловленный активным воспалительным процессом в мочевыводящих путях и межпочечной ткани почек. Он проявляется лихорадкой, слабостью, снижением работоспособности, повышенной потливостью. Болевой синдром объясняется растяжением лоханки вследствие нарушений уродинамики, увеличением содержания в ткани почек медиаторов воспаления, нарушением питания почечной ткани. Боли обычно односторонние, тупые, ноющие, при мочекаменной болезни могут быть типа почечной колики. Синдром нарушенного диуреза проявляется как нарушениями мочевыделения, так и нарушениями мочеиспускания. Для пиелонефрита характерна умеренная полиурия вследствие поражения канальцев и уменьшения реабсорбции воды. Часто наблюдаются

дизурические расстройства - болезненное и учащенное мочеиспускание, которые частично объясняются рефлекторными влияниями с лоханки и мочеточников, частично сопутствующими пиелонефриту циститом, уретритом, простатитом.

Мочевой синдром - преобладает особенно при обострении процесса лейкоцитурия, могут быть умеренные протеинурия и гематурия. Лейкоцитурия обусловлена воспалительным процессом в мочевыводящих путях; протеинурия и гематурия - интерстициальным нефритом.

На любом из этапов течения процесса он может осложняться симптоматической артериальной гипертензией, которая объясняется с одной стороны повышением прессорной функции почек, с другой - снижением ее депрессорной функции. Закономерным финалом хронического пиелонефрита является развитие ХПН вследствие склеротических изменений в паренхиме почек и уменьшения массы действующих нефронов. Хронический пиелонефрит - данные лабораторных и инструментальных методов исследования. При исследовании мочи обычным рутинным методом наиболее важным симптомом является лейкоцитурия, а также гематурия и протеинурия. Лейкоциты обычно появляются в большом количестве в фазу обострения. В фазу невыраженного обострения, ремиссии количество лейкоцитов может не превышать норму. В этих ситуациях рекомендуется определять число форменных элементов за определенное время или в определенном объеме. Наиболее распространены пробы Аддиса-Каковского (число форменных элементов за сутки) и Нечипоренко (определение в 1 мл). При пиелонефрите количество лейкоцитов за сутки обычно более 2 млн., в 1 мл - более 2 тысяч. Большое значение имеет бактериологическое исследование мочи с определением т.н. микробного числа - при пиелонефрите диагностическое значение имеет микробное число 100000 и более. Радиоизотопная ренография - определяется асимметрия изменений.

При функциональном исследовании почек, в частности пробе Зимницкого, уже на ранних этапах может выявляться гипо- и изостенурия, как проявление нарушенной концентрационной функции канальцев при сохраненной суммарной функции почек, последняя нарушается на поздних этапах развития патологического процесса при развитии ХПН.

Особенно большое значение в диагностике хронического пиелонефрита придается визуализирующим методам - УЗИ, экскреторной урографии.

Эхографически выявляются аномалии развития почек, изменения лоханок, конкременты. Изменяется кортико-ренальный индекс. Рентгеноурологическое исследование условно может считаться решающим методом диагностики хронического пиелонефрита при достаточно длительном течении процесса. Основные рентгенологические признаки - расширение и деформация лоханок, спазм или расширение шеек, изменения структуры чашечек.

Биопсия почек - прямой метод диагностики пиелонефрита, но только при положительных результатах, поскольку патологический процесс в почках при пиелонефрите носит нередко очаговый характер.

Наиболее характерными морфологическими признаками пиелонефрита являются крупные рубцы, лимфоидные и гистиоцитарные инфильтраты в интерстиции, участки расширения канальцев, часть которых заполнена коллоидными массами - "тиреоидоподобная" трансформация канальцев. На поздних этапах закономерно поражаются клубочки.

АМИЛОИДОЗ. Амилоидоз - это сложное нарушение белково-углеводного обмена, которое приводит к образованию во внутренних органах и системах особого вещества - амилоида. Благодаря новейшим методам исследования довольно детально изучены физические, химические и антигенные свойства амилоидного вещества. Однако, несмотря на то, что с момента открытия амилоида прошло более 140 лет многие вопросы, касающиеся проблемы амилоидоза, все еще остаются неразрешенными. С помощью прижизненной пункционной биопсии и гистохимических исследований пунктатов, взятых из органов, пораженных амилоидозом, установлено, что амилоидное вещество является

сложным продуктом белковой природы - гликопротеидом, в котором белки прочно связаны с полисахаридами и по аминокислотному составу отличаются от тканевых и плазменных белков. Распространение амилоидоза среди населения разных стран имеет существенные различия. Так, по патологоанатомическим данным, в США и некоторых странах Европы амилоидоз почек выявляется в 0,7 %, тогда как в странах Азии он встречается реже - до 0,2 %, что объясняют особенностями питания населения этих стран, в частности низким содержанием в пищевом рационе животных белков и холестерина. Большая распространенность среди населения Испании (1,92 %) и Португалии (1,43 %) объясняется развитием в этих странах семейного амилоидоза. Он чаще поражает лиц мужского пола в возрасте 40-50 лет, однако описываются случаи амилоидоза почек у детей и даже новорожденных. Причины, вызывающие это заболевание, весьма разнообразны. Известно, что многие болезни могут осложняться развитием амилоидоза, но он может быть и самостоятельным заболеванием. С учетом этого выделяют первичный амилоидоз, когда причину его установить не удается, и вторичный, возникновение которого обусловлено рядом хронических заболеваний и патологических состояний.

В последние годы первичный амилоидоз встречается чаще. Вторичный амилоидоз развивается вследствие хронических нагноительных процессов либо инфекционно-аллергических заболеваний обычно спустя несколько лет от начала основной болезни. При этом отложение амилоида происходит прежде всего в пораженном органе, а затем уже он накапливается в других паренхиматозных органах. В зависимости от интенсивности отложения амилоида в том или ином органе выделяют нефропатический, гепатопатический, кардиопатический или смешанный тип амилоидоза.

Наиболее частой причиной вторичного амилоидоза является туберкулез легких. Такой рост амилоидоза можно объяснить увеличением продолжительности жизни больных туберкулезом, а также аутоиммунными реакциями, обусловленными как самим заболеванием, так и применением antimicrobных препаратов. Следует иметь в виду, что амилоидоз в ряде случаев возникает у людей с неактивным или излеченным туберкулезом легких, но с выраженным пневмосклерозом, эмфиземой.

Среди других заболеваний в развитии амилоидоза существенное значение придается гнойным процессам (бронхоэктатическая болезнь, абсцедирование легких, остеомиелит и др.). Второе место среди причин, ведущих к развитию амилоидоза, занимает ревматоидный артрит, который, в 20 % случаев осложняется амилоидозом. Примерно с такой же частотой амилоидоз встречается у больных с периодической болезнью, поражаются преимущественно почки. Его причиной могут быть лимфогранулематоз, опухоли, миеломная болезнь и другие заболевания. Для объяснения механизма развития амилоидоза предложен ряд теорий.

Согласно теории диспротеиноза, или органопропротеиноза, амилоидное вещество является продуктом извращенного белкового синтеза. В плазме крови происходит накопление глобулиновых фракций белка и аномальных белков (парапротеинов), которые, проникая из кровяного русла в ткани, образуют амилоидное вещество в клетках активной мезенхимы. Согласно этой теории, развитию амилоидоза, как правило, предшествует диспротеинемия, возникающая в результате любого хронического заболевания - туберкулеза, бронхоэктатической болезни, ревматоидного артрита, злокачественных новообразований и др. При этом наблюдается повышение содержания в крови глобулиновых фракций, особенно α_2 -глобулинов, и понижение уровня альбуминов.

Теория "клеточного локального генеза" объясняет образование амилоидоза извращением белково-синтетической функции клеток ретикулоэндотелиальной системы. При этом синтез амилоида происходит как бы в две фазы. В первую - активную, или предамилоидную, в результате пролиферации элементов ретикулоэндотелиальной системы появляются так называемые пиронинофильные клетки и повышается уровень углобулинов в сыворотке крови. Во вторую, собственно амилоидную, фазу происходит подавление клеточной трансформации ретикулоэндотелиальной системы и "истощение"

пиронинофильных клеток, снижение уровня у-глобулинов и повышение содержания а- и b-глобулинов в сыворотке крови.

Иммунологическая теория патогенеза амилоидоза связывает образование амилоидного вещества с аутоиммунными реакциями. Согласно этой теории, при многих первичных заболеваниях происходит накопление продуктов распада тканей, лейкоцитов, бактериальных токсинов, которые могут играть роль аутоантигенов с последующим формированием аутоантител. Реакция взаимодействия антигена с антителом приводит к развитию амилоидоза и отложению его в местах скопления антител, т. е. в элементах ретикулоэндотелиальной системы.

Общепризнанной классификации амилоидоза нет. Наиболее удобной для практического врача считается классификация В. В. Серова и И. А. Шамова. В ней амилоидоз группируется в зависимости от типов, формы и видов, а также от причин, ведущих к его развитию. Согласно этой классификации различают:

1. Идиопатический (первичный) амилоидоз: генерализованный (классический), нефропатический, нейропатический, кардиопатический, локализованный.
2. Наследственный (генетический) амилоидоз: периодическая болезнь (семейная средиземноморская лихорадка); семейный амилоидоз с лихорадкой, крапивницей и глухотой; семейный амилоидоз с аллергическими проявлениями, лихорадкой и нефропатией; семейный нейропатический амилоидоз; семейный кардиопатический амилоидоз.
3. Приобретенный (вторичный): амилоидоз как осложнение хронических инфекций, коллагеновых болезней и злокачественных опухолей; параамилоидоз (амилоидоз при парапротеинемических гемобластозах).
4. Старческий амилоидоз.
5. Локальный опухолевидный амилоидоз.

Клинические проявления амилоидоза почек весьма разнообразны: они зависят от локализации отложения амилоида в других органах, длительности заболевания, степени выраженности нарушения структуры и функции пораженного органа, а также от тяжести первичного заболевания, явившегося причиной развития амилоидоза.

Как уже отмечалось, в отличие от первичного, наследственного и старческого амилоидоза, вторичный развивается на фоне какого-либо хронического заболевания или после него. При этом, по имеющимся данным, появление его не зависит от длительности и выраженности основного заболевания. Все же вторичный амилоидоз чаще возникает спустя несколько или много лет после основного заболевания, хотя известны случаи развития амилоидоза через 3 месяца от начала основной болезни. Точно установить сроки окончания основного заболевания и начала развития амилоидоза в большинстве случаев невозможно, так как он обычно распознается в поздней стадии своего развития. Важное практическое значение имеет своевременное выявление амилоидоза на ранней стадии, когда можно добиться обратного развития этого патологического процесса, тогда как в поздних стадиях он практически необратим либо выздоровление наступает чрезвычайно редко. С этой точки зрения разграничение течения амилоидоза почек по стадиям представляется практически важным. Клинически различают четыре стадии амилоидоза почек: латентную, протеинурическую, нефротическую и азотемическую. Латентная стадия амилоидоза протекает почти бессимптомно. При ее диагностике необходимо обращать внимание на симптомы основного заболевания, которое может быть потенциально опасным в отношении развития амилоидоза. Возможность этого фактора возрастает в тех случаях, когда основное заболевание сопровождается периодическим возникновением небольшой протеинурии. Следует учитывать и такие симптомы, как увеличение размеров печени и селезенки.

Основным клинико-лабораторным признаком латентной стадии считается протеинурия, обычно преходящая, нестойкая и незначительная. Изредка может обнаруживаться незначительная микрогематурия и еще реже - минимальная лейкоцитурия. Характерна

устойчивая диспротеинемия, которая сохраняется даже при благоприятном течении основного заболевания и проявляется увеличением глобулиновых фракций, главным образом α_2 - и γ -глобулинов. Уровень гликопротеидов и мукополисахаридов, а также фибриногена повышен до верхней границы нормы. У большинства больных отмечается существенное и стойкое увеличение СОЭ при отсутствии признаков обострения основного заболевания. Функция почек в этой стадии не страдает. В биоптате почечной ткани, взятой с помощью прижизненной пункционной биопсии, находят амилоидное вещество, располагающееся по ходу базальных мембран прямых сосудов, канальцев, собирательных трубок, а в некоторых случаях и в клубочках.

Основное клиническое проявление протеинурической стадии амилоидоза почек - постоянная протеинурия, для которой характерны значительные колебания белка (от 0,1 до 3,0 г/л) в моче с микрогематурией, цилиндрурией и изредка лейкоцитурией. Наиболее выраженная протеинурия отмечается при вторичном амилоидозе, хотя она наблюдается при первичном и наследственном амилоидозе, но в меньшей степени. Постоянная потеря белка с мочой через желудочно-кишечный тракт, увеличение его распада в организме приводят к развитию гипопропротеинемии с гипоальбуминемией.

Отмечаются существенные сдвиги биохимических показателей крови: выраженная диспротеинемия с гипоальбуминемией (до 36,0 %) и гиперглобулинемия в виде увеличения фракций α_1 - (до 9,0 %), α_2 - (до 15,0-16,0%) и γ -глобулинов (до 23,0-25,0%); гиперфибриногенемия (до 5,5 г/л), повышение содержания сиаловых кислот (до 0,300) при нормальной либо даже пониженной концентрации холестерина. Значительно увеличивается СОЭ, появляется умеренная анемия. Изменяется электролитный баланс, снижается количество натрия и калия.

Основным клиническим проявлением нефротической стадии амилоидоза считается нефротический синдром, для которого характерны массивная протеинурия, выраженная гипо- (до 5,0-3,0 г/л) и диспротеинемия в виде значительной гипоальбуминемии (до 20-30 % и ниже), гиперальфа-2-глобулинемии (до 20-30 %) и гипергаммаглобулинемии (до 25 %); гиперлипидемия, в частности гиперхолестеринемия (до 12,0 ммоль/л и более), наличие у большинства больных (70-75 %) распространенных выраженных отеков, отличающихся большим упорством к мочегонным средствам. Характерна гипотензия, которую иногда связывают с поражением надпочечников амилоидозом. Отмечаются анемия и резко ускоренная СОЭ. Кроме протеинурии, нередко наблюдаются микрогематурия, цилиндрурия и лейкоцитурия. Нарушается электролитный баланс крови: снижается уровень натрия и калия; повышается содержание β -липопротеидов и фибриногена.

В нефротической стадии симптомы основного заболевания выражены слабо, на первый план выступает клиника нефротического синдрома. У половины больных отмечается гепатомегалия и гепатолиенальный синдром.

Азотемическая стадия амилоидоза соответствует клинике хронической почечной недостаточности, которая существенно не отличается от таковой при других первичных и вторичных заболеваниях почек. Финалом ХИН считается азотемическая уремия, которая является основной причиной летальных исходов при этом заболевании.

При амилоидозе почек может отсутствовать параллелизм между выраженностью хронической почечной недостаточности и морфологической картиной амилоидно-сморщенной почки. Нередко у больных, умерших от уремии, отсутствуют признаки амилоидно-сморщенной почки. Почечная недостаточность может развиваться и вызвать смерть в протеинурической, нефротической и даже латентной стадии амилоидоза. Чаще всего причинами быстрого прогрессирования почечной недостаточности при амилоидозе могут быть обострение основного заболевания, присоединение интеркуррентной инфекции или такие осложнения, как тромбоз почечных вен, резкое падение артериального давления, а следовательно, и клубочковой фильтрации, например при амилоидозе надпочечников, и др.

Установить диагноз амилоидоза почек в ранний период заболевания довольно сложно, несмотря на то, что в последнее время диагностические возможности значительно возросли. В распознавании вторичного амилоидоза несомненную роль играют природа, клиническая картина, течение и продолжительность предшествующего амилоидозу основного заболевания. Следует иметь в виду, что в некоторых случаях первичная болезнь может протекать латентно или наступить выздоровление. Первостепенное значение придается правильной интерпретации мочевого синдрома. При этом важнейшим начальным диагностическим признаком амилоидоза является протеинурия, которая по мере прогрессирования амилоидоза неуклонно нарастает. Лейкоцитурия при амилоидозе обнаруживается довольно часто без клинической картины пиелонефрита, что считается ценным диагностическим признаком, особенно в латентной стадии. Микрогематурия при амилоидозе, по данным Е. М. Тареева, встречается в 11,5 % случаев. Частота и выраженность цилиндрурии зависят от наличия и выраженности протеинурии. Гиалиновые цилиндры обнаруживаются чаще зернистых. В далеко зашедшей стадии вторичного амилоидоза в моче выявляются двоякопреломляющиеся липиды. Диспротеинемия при вторичном амилоидозе является характерным признаком и зависит как от основного заболевания, так и от самого амилоидоза. Для амилоидоза характерно увеличение содержания α_2 -глобулинов. При вторичном амилоидозе наблюдается закономерное повышение фибриногена по мере прогрессирования этого заболевания. Установлена даже определенная зависимость между уровнем фибриногена и стадией амилоидоза: чем выше уровень фибриногена, тем больше оснований думать о поздней стадии амилоидоза. Гиперфибриногенемия - характерный признак для некоторых форм наследственного амилоидоза, особенно для амилоидоза при периодической болезни, когда высокий уровень фибриногена находят независимо от фазы болезни. Гиперлипидемия выявляется при первичном, вторичном и наследственном амилоидозе. Выраженная гиперхолестеринемия в нефротической и азотемической стадиях вторичного амилоидоза считается одним из критериев диагностики поздних стадий амилоидоза.

Отеки возникают в нефротической стадии амилоидоза почек. Однако в некоторых случаях они могут возникнуть и на более ранней стадии. Так, обнаружение их в протеинурической стадии связывают с развитием легочно-сердечной недостаточности, обусловленной основным заболеванием (при поражении легких). В отличие от отеков нефротического типа при гломерулонефрите, которые быстро развиваются в начале заболевания, при амилоидозе почек отеки нарастают медленно. Возникновение отечного синдрома на ранней стадии амилоидоза почек может быть спровоцировано также присоединением интеркуррентной инфекции, лекарственной непереносимостью и другими причинами. При всех формах амилоидоза почек, и особенно часто при вторичном, обнаруживаются гепато- и спленомегалия. Увеличение печени выявляется у 60 % , селезенки - у 24 % больных. Гепатомегалия при амилоидозе обусловлена рядом факторов, в том числе отложением амилоидного вещества и застойными явлениями. В ранней стадии амилоидной гепатомегалии отложение амилоидного вещества в печени происходит лишь в минимальных количествах, поэтому не наблюдается и нарушения ее функциональной способности. В далеко зашедших стадиях амилоидное вещество откладывается в значительных количествах и нарушает структурно-функциональную способность печени с последующим развитием печеночной недостаточности. Печень при этом становится плотной, болезненной, иногда развиваются желтуха, асцит. Увеличение селезенки обнаруживается лишь в далеко зашедшей стадии амилоидоза. Для диагностики амилоидоза применяется реакция связывания комплемента (РСК) с сывороткой крови больных, при этом в качестве антигена используется амилоидный белок. РСК с амилоидным антигеном считается высокочувствительным диагностическим тестом. Определенное значение в диагностике амилоидоза имеют и специальные красочные пробы (с конго красным, с метиленовым синим, с краской Эванса). Наиболее информативный и надежный метод диагностики амилоидоза - прижизненная биопсия

органов и тканей. Выявление амилоида в органах дает возможность не только подтвердить диагноз, но и определить стадию амилоидоза. Этот метод позволяет в 87-100 % случаев установить амилоидоз почек. Особенно ценна биопсия почки для выявления природы нефротического синдрома: вызван ли он амилоидозом почек, гломерулонефритом или другими заболеваниями, что весьма важно знать при выборе метода лечения и определении прогноза заболевания. Высокую диагностическую ценность при системном амилоидозе имеет прижизненная биопсия печени. Биопсия селезенки не получила широкого распространения из-за возможности кровотечения. Биопсия слизистой оболочки толстой кишки подтверждает диагноз первичного и вторичного амилоидоза примерно в 70 % случаев.

Биопсия слизистой десны - наиболее доступный метод диагностики амилоидоза, кроме того, он не дает осложнений. Однако диагностическая ценность ее признается не всеми; положительные результаты при наличии амилоидоза получают лишь в 40 % случаев.

Амилоидоз почек может протекать по-разному. Это зависит от локализации и степени отложения амилоида, вовлечения в процесс других органов и систем, от природы и тяжести основного заболевания. Однако амилоидоз почек практически всегда имеет хроническое прогрессирующее течение, которое в итоге приводит к нарушению функции почек, развитию хронической почечной недостаточности и ее финальной фазы - азотемической уремии с летальным исходом.

Продолжительность жизни больных с амилоидозом почек колеблется от 1 года до 3 лет с момента установления диагноза. Описаны случаи, когда больные жили до 10 лет и более. Летальный исход во многом зависит от течения основного заболевания, в ряде случаев смерть наступает от основного заболевания, явившегося причиной развития амилоидоза. Исход амилоидоза зависит от различных осложнений: кровоизлияния, тромбозы, интеркуррентные инфекции и т. д. Выздоровление от амилоидоза возможно крайне редко при установлении диагноза в начальных (ранних) стадиях заболевания, своевременно начатом активном лечении и полном излечении основного заболевания, обусловившего развитие амилоидоза.

При амилоидозе почек лечение до сих пор остается малоэффективным, особенно при поздней его диагностике. Научно, теоретически и экспериментально обоснованное лечение направлено главным образом на отдельные звенья патогенеза амилоидоза, т. е. на устранение тех факторов, которые способствуют образованию амилоида, на использование средств, тормозящих выработку и стимулирующих резорбцию амилоида.

При вторичном амилоидозе первостепенное значение принадлежит методам и средствам, направленным на устранение основных симптомов либо на полное излечение заболевания, следствием которого он является. С этой целью используются как консервативные, так и радикальные (хирургические) методы лечения.

В комплексной терапии амилоидоза почек существенное место занимает диета. В начальной стадии амилоидоза рекомендуют малобелковую диету (из расчета 0,7 г белка на 1 кг массы тела) с повышенным содержанием углеводов, богатую витаминами. Показано включение в пищевой рацион фруктов, ягод, особенно содержащих много витамина С (черная смородина, отвар шиповника, земляника), а также продуктов, богатых солями калия (неочищенный картофель, рис, капуста, абрикосы, урюк, изюм, апельсины, бананы, инжир и др.). Суточную потребность в белках животного происхождения целесообразно осуществлять путем включения в диету сырой печени. Рекомендуются кабачки, морковь, арбузы, дыни, огурцы. В целях повышения калоража пищи разрешается мармелад, пастила, масло сливочное и подсолнечное. Ограничивают употребление таких продуктов, как мясо, яйца, фасоль, горох, бобы, какао, халва, сыр. В нефротической стадии в связи со значительной потерей белка с мочой рекомендуется диета с содержанием белка до 1,5 г на 1 кг массы тела. При наличии отеков ограничивается поваренная соль, при массивных отеках до 2-3 г в сутки и жидкости до 800-1000 мл с учетом жидких блюд. Жиры разрешаются в обычных количествах.

Из средств патогенетической терапии амилоидоза используют десенсибилизирующие средства (димедрол, пипольфен, супрастин и др.), аскорбиновую кислоту, препараты печени и сырую печень. С этой же целью назначаются препараты 4-аминохинолинового ряда (делагил, хингамин, резохин, хлорохин, плаквенил), которые тормозят образование мукополисахаридов и нуклеиновых кислот, ингибируют ферментные системы ретикулоэндотелиальных клеток, изменяют содержание сульфгидрильных групп, т. е. влияют на некоторые звенья патогенеза амилоидоза путем снижения синтеза амилоида. Назначают эти препараты по 0,25-0,5 г в сутки после еды на протяжении многих месяцев. Однако следует помнить, что при длительном приеме их могут развиваться такие побочные явления, как диспепсия, аллергические кожные реакции, лейкопения, помутнение роговицы, усиление гематурии. Одновременно назначают витамины группы В, аскорбиновую кислоту, антигистаминные препараты.

В качестве лечебного средства применяется и унитиол - 5 % раствор по 5 мл внутримышечно, 1 раз в сутки. Курс лечения 30-40 инъекций. Полагают, что он вызывает торможение агрегации белковых субстанций амилоида в фибриллярных структурах и обладает конкурентным действием по отношению к SH-группам. Такое представление основывается на экспериментальных данных (В. С. Рукосуева, 1975), согласно которым в организме имеется особый фактор, стимулирующий выработку клетками ретикулоэндотелиальной системы особого растворимого белка - предшественника амилоида. Дальнейшее превращение этого белка в амилоидные фибриллы происходит с участием дисульфидных связей, на которые и воздействует унитиол.

При лечении периодической болезни нефропатического типа, осложненной амилоидозом, рекомендуют колхицин (колхамин) по 0,5-0,2 мг в сутки в течение 4-6 месяцев. Этот препарат предупреждает приступы периодической болезни и уменьшает протеинурию.

В настоящее время глюкокортикостероидные гормоны не рекомендуется применять для лечения амилоидоза. Анаболические стероиды (неробол, метандростенолон, дианабол и др.) оказывают терапевтический эффект главным образом путем положительного влияния их на азотистый обмен. Клиническое действие их проявляется повышением аппетита, увеличением массы тела, улучшением общего состояния больных.

Левамизол оказывает иммуностимулирующее действие, в частности стимулирует гуморальный и клеточный иммунитет; в эксперименте задерживает прогрессирование амилоидоза. Рекомендуют принимать левамизол по 150 мг 3 раза в неделю. Однако его назначают в сочетании с другими усиливающими резорбцию амилоида препаратами, так как самостоятельно он не может изменить течение болезни.

Установлено, что препараты печени и сырая печень предупреждают развитие амилоидоза в эксперименте и дают хороший клинический эффект. Поэтому при амилоидозе рекомендуется принимать длительное время (годами) сырую печень, а при плохой переносимости - после кулинарной обработки. Печень содержит мощную антиоксидантную систему, поэтому положительный эффект, возможно, связан с введением в организм полного набора антиоксидантов, близких эндогенным (2 мл сирепара соответствует 40 г сырой печени). Лечение проводят по следующей схеме: прием сырой печени 1-2 месяца (100-150 г в день), 2-3 месяца внутримышечные инъекции сирепара по 5 мл 2 раза в неделю, 2-3 месяца прием печени после кулинарной обработки, месяц печеночный "коктейль", и снова повторение цикла.

В литературе имеются сообщения об успешном применении хронического гемодиализа и пересадки почки в терминальной стадии амилоидоза почек. Описаны случаи, когда с помощью гемодиализа удавалось продлить жизнь больным до 4 лет и более.

Для борьбы с нефротическим синдромом используют такие симптоматические средства, как переливание нативной и сухой плазмы, плазменного альбумина, назначают диуретические средства. При отсутствии эффекта от обычных диуретиков используют осмоуретики - 20 % раствор маннитола по 200-400 мл, полиглюкин по 500 мл ежедневно. При появлении сердечной недостаточности назначают сердечные гликозиды.

Больные с амилоидозом почек должны постоянно находиться под диспансерным наблюдением. При благоприятном течении с сохраненной функцией почек диспансерное обследование осуществляется 1-2 раза в год с выполнением того же объема исследований, что и при хроническом гломерулонефрите. При наличии нефротического синдрома - один раз в квартал.

Санаторно-курортное лечение (Байрам-Али, Бухара) рекомендуют лишь в латентной и протеинурической стадиях при отсутствии противопоказаний со стороны других органов и систем.

Синдром Фанкони-генерализованная тубулопатия проксимального типа, включает в себе: проксимальный канальцевый ацидоз с бикарбонатурией; протеинурия тубулярного типа; полиурия; почечная глюкозурия; фосфатурия; гипофосфатемия; остеомаляция.

Первичный синдром Фанкони – наследственное заболевание.

Клиника: отставание в физическом и умственном развитии, гипотрофия, боли в костях, рахитоподобные изменения скелета, полиурия, полидипсия, почечная глюкозурия. Вторичный синдром Фанкони- развивается при амилоидозе, гиперпаратиреозе, миеломной болезни и тд. Клиника: ПУ, деформация костей скелета, боли в костях, переломы, остеопороз, полиурия, жажда, гипокалиемическая миастения. Постренальная (внепочечная, ложная) Протеинурия обусловлена попаданием богатого белком воспалительного экссудата в мочу при заболеваниях мочевыводящих путей (простатит), при распаде спермы, при длительном застоя мочи.

По величине это незначительна (до 1,0 г/сутки).

Минимальная протеинурия-Потеря белка от 300 мг до 1 г/сут. Отмечается при: обструктивной уропатии, тубулопатии, нефролитиазе, поликистозе, хроническом интерстициальном нефрите.

Умеренная ПУ (от 1 г/сут до 3 г/сут) при: острой инфекции мочевых путей, пузырно- мочеточниковом рефлюксе, остром канальцевом некрозе, хроническом интерстициальном нефрите с артериальной гипертонией, гепаторенальном синдроме, отторжении трансплантата, первичном и вторичном гломерулонефритах (без нефротического синдрома), протеинурической стадии амилоидоза,

Высокая или нефротическая протеинурия (более 3 г/сут)

В случае сочетания высокой протеинурии с гипоальбуминемией говорят о неполном нефротическом синдроме.

При выявлении гиперлипидемии, гипоальбуминемии, диспротеинемии, отеков и протеинурии более 3,5 г/сут говорят о полном нефротическом синдроме.

По составу выделяют селективную и неселективную протеинурию.

Селективная протеинурия - выделение с мочой белка с низкой молекулярной массой, в основном альбумина. При высокоселективной протеинурии в моче выявляются низкомолекулярные фрагменты альбумина, глобулина. Гистологические исследования почек выявляют минимальные изменения.

При селективном типе - определяются те же белки плюс гаптоглобины.

Гематурия (эритроцитурия)- это выделение с мочой эритроцитов больше физиологической нормы, а именно выше 1 эритроцита в поле зрения микроскопа при исследовании утренней порции мочи после соответствующего туалета. Более точно гематурия определяется при использовании количественных методов оценки клеточного состава мочи:

проба Нечипоренко (более 1 тыс. эритроцитов в 1 мл мочи),

Аддиса-Каковского (более 1 млн. эритроцитов за сутки).

По интенсивности выделение эритроцитов различают:

- микрогематурию (до 100 эритроцитов в поле зрения)
- макрогематурию (свыше 100 эритроцитов в поле зрения)

По своему характеру гематурия подразделяется на:

■ инициальную (в начале акта мочеиспускания)

■ терминальную (в конце акта)

Причины гематурии:

Болезни паренхимы почек:

А. Гломерулярные болезни:

1. Первичные: острые и хронические гломерулонефриты (в том числе алкогольный), IgA-нефрит-болезнь Бержа;

2. Вторичные: при СКВ, геморрагическом васкулите, гранулематозе Вегенера, узелковом периартериите, хроническом активном гепатите и др.

Б. Инфекционные (инфекционный эндокардит).

В. Опухоли паренхимы почек (злокачественные и доброкачественные).

Г. Наследственные заболевания (синдром Альпорта).

Аномалия развития сосудов почек (гематурия бессимптомная, обусловлена почечной веной гипертензией, возможные артериовенозные шунты, васкулиты).

3. Нефроптоз.

4. Внепочечные причины гематурии (болезни крови, дефект коагуляции, ДВС-синдром, передозировка антикоагулянтов, при лечении цитотоксическими лекарственными средствами, а также системные заболевания, обычно проявляющиеся гематурией, протеинурией, возможными эритроцитарными цилиндруриями).

Болевая форма гематурии: - травма почек, мочекаменная болезнь, серповидноклеточной анемии, поликистозе

Безболевая форма гематурии: гломерулонефриты (в этом случае возможно сочетание ее с ПУ и ЦУ); опухоли.

Боли в боку или верхней половине живота обычно указывают на происхождение гематурии из верхней половины мочевого тракта.

Боли иррадирующие из области живота в наружные половые органы отмечаются при обструкции мочеточника сгустками крови, образующимися при кровоточащем раке почки или серповидноклеточной анемии, а также папиллярном некрозе при сахарном диабете, туберкулезе и тд.

-Изолированная гематурия наблюдается при IgA- нефрите у детей и взрослых моложе 30 лет, чаще у мужчин, сопровождается тупыми болями в поясничной области и может рецидивировать на фоне фарингита. В крови повышается уровень IgA.

-При инфекционном эндокардите в 20% случаев гематурия обусловлена развитием гломерулонефрита, 30 -60 % -инфарктом почки. При этом гематурия сочетается с лихорадкой правильного типа, положительная гемокультура, формирование порока сердца, тромбоэмболические осложнения, спленомегалия, увеличение СОЭ. Гематурия (эритроцитурия) .

Патогенез гематурии при различных заболеваниях почек и мочевых путей неодинаков. Так, у больных гломерулонефритом появление микрогематурии связано с повышением проницаемости базальных мембран клубочковых капилляров, увеличением диаметра пор в них, в результате эритроциты свободнее и в превышающем норму количестве проходят per diapedesis через клубочковый фильтр. При тяжелом и бурном течении острого и обострении хронического гломерулонефрита выраженная гематурия (иногда в виде макрогематурии) может быть обусловлена разрывом в отдельных участках стенок клубочковых капилляров и поступлением из них крови в полость капсулы Шумлянско-Боумана, а затем в просвет канальцев, где эритроциты не реабсорбируются и выделяются в большом количестве с мочой. При мочекаменной болезни появление гематурии связано с повреждением слизистой оболочки мочеточника или мочевого пузыря конкрементом, особенно если он имеет неровную поверхность и острые края. У больных туберкулезом почек, с опухолями почек и мочевого пузыря она возникает вследствие разрушения ткани почки и повреждения расположенных в ней сосудов. Развитие ее при капилляротоксикозе обусловлено повышением ломкости и проницаемости стенки клубочковых капилляров.

Гематурия бывает кратковременной и преходящей, может появляться периодически и иметь перемежающееся течение (интермиттирующая гематурия). Она может быть и стойкой, упорной, сохраняться в течение многих месяцев и лет. Эти особенности гематурии представляют большое диагностическое значение и должны оцениваться в комплексе с другими клиническими и лабораторными признаками при постановке диагноза.

Лейкоцитурия. Под лейкоцитурией понимают экскрецию с мочой лейкоцитов, количество которых превышает норму: при общем анализе мочи - более 5-6 в поле зрения, при исследовании мочи по Ничипоренко - свыше 2,5-106/л, а в пробе Каковского - Аддиса - более 4,0-106 сут.

Это патологическое явление, характеризующееся избыточным (превышающим норму) выделением с мочой эритроцитов. Как и протеинурия, гематурия относится к наиболее важным и частым признакам различных заболеваний почек и мочевых путей. Она почти постоянно встречается при остром и хроническом гломерулонефрите и служит одним из важнейших диагностических критериев этого заболевания. Во многих случаях гломерулонефрита гематурия занимает ведущее место среди других клинико-лабораторных признаков, а иногда может быть единственным проявлением этого заболевания, что дает основание выделять в клинической классификации гломерулонефрита гематурическую форму.

В некоторых классификациях (Г. Маждраков, 1980 и др.) в качестве самостоятельных нозологических форм выделены так называемые первичные гематурии, в частности хронический рецидивирующий гематурический нефрит (очаговый гематурический нефрит или доброкачественный гематурический нефрит), идиопатическая рецидивирующая гематурия с IgA-мезангиальными отложениями (IgA-нефропатия) или рецидивирующий гематурический синдром.

Гематурия различной степени выраженности может встречаться при заболеваниях почек и мочевых путей, например при остром и хроническом, особенно калькулезном, при пиелонефрите (хотя и реже, чем при гломерулонефрите), геморрагической лихорадке, туберкулезе и опухолях почек, геморрагических циститах, мочекаменной болезни, форникальном кровотечении, травмах, инфарктах почек вследствие эмболии, при вторичных поражениях почек у больных с системными васкулитами (болезнь Шенлейна-Геноха, узелковый периартериит, синдром Гудпасчера, болезнь Вегенера), гемолитико-уремическом и люмбалгическо-гематурическом синдромах, СКВ, подостром бактериальном эндокардите, тромбоцитопениях различного генеза (болезнь Верльгофа, гемофилия, тяжелые поражения печени и др.), а также вследствие передозировки антикоагулянтов. Гематурия является характерным признаком интерстициального нефрита. Причиной ее могут быть многие лекарственные средства, в том числе и прежде всего сульфаниламиды, стрептомицин, гентамицин, а также анальгетики (аспирин, анальгин, фенацетин), бутадиион и др.

О гематурии (эритроцитурии) можно говорить в тех случаях, когда количество эритроцитов, экскретируемых с мочой в течение суток, превышает $2 \cdot 10^6$ и достигает 5-15-100-106 и более. В зависимости от интенсивности экскреции эритроцитов различают микрогематурию, при которой цвет мочи макроскопически не изменяется, и макрогематурию, при которой моча приобретает цвет мясных помоев или становится темно-красной.

При микрогематурии количество эритроцитов колеблется от единичных до 10-15-100 в поле зрения, иногда эритроциты покрывают тонким слоем все поля зрения, однако цвет мочи при этом еще не изменен. Важно, что наличие в моче более 1-3 эритроцитов в поле зрения почти всегда свидетельствует о патологии в почках или мочевых путях либо о снижении свертывающей способности крови (если, конечно, моча для анализа собирается после тщательного туалета наружных половых органов, особенно у женщин, и при отсутствии у них во время сбора мочи месячных).

При макрогематурии эритроциты не поддаются подсчету и под микроскопом густо покрывают все поля зрения. Макрогематурия наиболее часто встречается и долго сохраняется при опухолях почек и мочевого пузыря. Она может быть следствием туберкулезного процесса в почках, но при этом носит нестойкий, преходящий характер; наблюдается при геморрагическом васкулите, передозировке антикоагулянтов, во время или после приступа почечной колики в результате повреждения конкрементом слизистой оболочки мочеточника, реже обнаруживается у больных острым и хроническим гломерулонефритом и пиелонефритом.

Обнаружение ЛУ всегда свидетельствует о наличии воспалительного процесса в почках или мочевыводящих путях: тубулоинтерстициальный нефрит, пиелонефрит, реакции отторжения трансплантированной почки, инфекция мочевых путей, цистит и т.д. Лейкоцитурией сопровождаются также простатит, туберкулез почек, гидронефроз, мочекаменная болезнь и другие урологические заболевания почек и мочевых путей.

Цилиндрурия - это экскреция с мочой цилиндров, которые представляют собой “слепок”, образующийся в просвете канальцев из белка или клеточных элементов. В зависимости от того, какие частицы и в каком количестве покрывают белковый слепок цилиндра, различают:

Гиалиновые - при всех заболеваниях почек, сопровождается с протеинурией, состоит из свернувшийся сывороточного белка.

Зернистые - образуются из перерожденных клеток эпителия проксимальных отделов канальцев.

Восковидные - образуются в просвете дистальных отделов канальцев в результате гибели (дистрофии, атрофии) канальцевого эпителия этих отделов.

Эритроцитарные - при выраженной гематурии различного происхождения.

Лейкоцитарные – при пиурии у больных с острым и особенно, гнойным хр. пиелонефритом в фазе обострения и др.

Пигментные – при различного рода гемоглобинуриях (воздействие токсических веществ и др.).

Список использованной литературы:

1. Мерта Дж. Справочник врача общей практики. М., Практикум, 1998г.
2. Диагностика внутренних болезней в 10 -ти томах Окорочков А. Н. М.: Мед. лит., 2000-2007гг
3. Textbook of Internal Medicine Editor-in-Chief William N. Kelley 1997
4. Internal Medicine Edward D. Frohlich 1996
5. [www.nedug.ru/.../мочевой осадок](http://www.nedug.ru/.../мочевой_осадок)
6. www.spruce.ru/diagnostics/urine/
7. www.medkarta.com/?...Россия
8. www.biosensoran.ru/Bios.../osadok_m

ТЕМА ЛЕКЦИИ:

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ СУСТАВНОМ СИНДРОМЕ. ТАКТИКА ВОП. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ТЕРАПИИ И ПРОФИЛАКТИКА.

Количество студентов -	Время – 2 часа
Форма учебного занятия	Лекция – визуализация
План лекции	22. Особенности суставного синдрома 23. Основные заболевания, сопровождающиеся суставным синдромом 24. Особенности течения заболеваний, протекающие с суставным синдромом 25. Диагностика болезней, сопровождающихся

	суставным синдромом. 26. Принципы лечения, профилактики и диспансеризации больных с суставным синдромом в практике ВОП.
Цель учебного занятия: ознакомить студентов с этиологией, патогенезом заболеваний, сопровождающихся суставным синдромом, обучить принципам диагностики, лечения, профилактики и диспансеризации заболеваний, сопровождающихся суставным синдромом.	
Педагогические задачи: 1. Укрепить и углубить знания студентов о заболеваниях, сопровождающихся суставным синдромом 2. Научить студентов правильно устанавливать диагноз в соответствии с современной классификацией болезней 3. Обучить студентов умению дифференцировать заболевания, сопровождающихся суставным синдромом 4. Ознакомить студентов с особенностями течения болезней, сопровождающихся суставным синдромом, 5. Обучить студентов ведению больных с суставным синдромом в практике ВОП.	Результаты учебного процесса: ВОП должен знать: 1) Особенности суставного синдрома 2) Основные заболевания, сопровождающиеся суставным синдромом 3) Особенности течения заболеваний, протекающие с суставным синдромом 4) Диагностика болезней, сопровождающихся суставным синдромом. 5) Принципы лечения, профилактики и диспансеризации больных с суставным синдромом в практике ВОП.
Методика обучения	Текст лекции, видеофильмы, анкетирование, вопросы, техника “да-нет”
Форма обучения	Лазерный проектор, визуальные материалы, специальное техническое оборудование, показ тематических больных, рентген снимков больных
Средства обучения	Коллектив
Условия проведения учебного процесса	Аудиторный зал

ТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТА ЛЕКЦИИ

Этапы, время	Деятельность	
	Преподаватель	Студенты
<u>1 этап</u> Вводная часть (5 мин)	1. Рассказывает о теме лекции, её цели и плане	1. Слушают
<u>2 этап</u> Актуализация (повышение значимости) знаний студентов (20 мин)	2.1. В целях повышения актуализации (повышения значимости) знаний студентов задаёт вопросы: 1) Перечислите заболевания, которые могут сопровождаться с суставным синдромом? 2) Перечислите объективные	2.1. Отвечают на заданные вопросы

	<p>признаки, которые могли указать на наличие суставного синдрома?</p> <p>3) Перечислите заболевания, которые сопровождаются значительной утренней скованностью?</p> <p>Проводит анкетирование (или проводит опрос)</p> <p>2.2. Показывая на экране, предлагает ознакомиться студентам с целями и задачами лекции.</p> <p>Слайд №1, №2</p>	2.2. Изучают слайд №1
<p><u>3 этап</u> Основная часть (информационная) (55 мин)</p>	<p>3.1. Знакомит студентов с лекционным материалом, значимостью темы и принципами формирования интеллигентной культурной личности, в частности ВОП.</p> <p>В целях повышения актуализации знаний проводит быстрый опрос студентов:</p> <p>1) По 1 пункту плана лекции: расскажите особенности суставного синдрома</p> <p>2) По 2 пункту плана лекции: Перечислите основные заболевания, сопровождающиеся суставным синдромом</p> <p>3) По 3 пункту плана лекции: Особенности течения заболеваний, протекающие с суставным синдромом</p> <p>4) По 4 пункту плана лекции: Диагностика болезней, сопровождающихся суставным синдромом.</p> <p>5) По 5 пункту плана лекции: Принципы лечения, профилактики и диспансеризации больных с суставным синдромом в практике ВОП.</p> <p>Остановившись на важных моментах лекции предлагает записать основные положения в тетрадь</p>	<p>3.1. Совместно разбирают прослушанный лекционный материал, задают вопросы</p> <p>Основные моменты записывают в тетрадь</p>
<p><u>4 этап</u> Заключительный (10 мин)</p>	<p>4.1. Задает вопросы:</p> <p>1. Перечислите наиболее часто встречающиеся заболевания, суставным синдромом</p>	4.1. Отвечают на вопросы

	<p>2. Расскажите основные ключевые моменты клинического течения различных заболеваний сопровождающихся суставным синдромом</p> <p>4. Назовите основные принципы лечения, профилактики и реабилитации больных с суставным синдромом.</p> <p>4.2. Дает задание для самостоятельной работы студентов: Основные принципы первичной профилактики заболеваний с суставным синдромом, связанные с инфекцией.</p>	<p>4.2. Слушают, записывают</p>
--	---	---------------------------------

Дифференциальная диагностика суставного синдрома

Суставный синдром-практически универсальное проявление ревматических заболеваний; его дифференциальный диагноз лежит в основе определения нозологической формы, а значит, служит обоснованием выбора терапевтического подхода. В развернутых стадиях заболевания, когда налицо органические изменения органов и тканей, диагностическая проблема значительно упрощается. Серьезный анализ требуется в дебюте, часто представленном исключительно артралгиями.

В настоящее время ревматологи пользуются следующей классификацией, где все формы ревматических болезней распределены на следующие:

- I. Ревматизм
- II. Диффузные заболевания соединительной ткани
- III. Системные васкулиты
- IV. Ревматоидный артрит
- V. Ювенильный артрит
- VI. Анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Бехтерева)
- VII. Артриты, сочетающиеся со спондилоартритом
- VIII. Артриты, сочетающиеся с инфекцией
- IX. Микрористаллические артриты
- X. Остеоартроз
- XI. Другие болезни суставов
- XII. Артропатии при неревматических заболеваниях
- XIII. Болезни внесуставных мягких тканей
- XIV. Болезни костей, хряща и остеохондропатии

Обследование больных, жалующихся на артралгии, имеет целью выявить, какие именно структуры костно-мышечной системы являются источником боли или дисфункции. Суставы состоят из поверхностей суставного хряща, кости, связок и синовиальной оболочки. Суставная щель не является незаполненным пространством, как это нам кажется при рассматривании рентгенограмм, а представлена суставным хрящом, прозрачным для рентгеновских лучей, следовательно, можно оценить степень деструкции хряща рентгенологически путем измерения расстояния между двумя костными поверхностями. Хрящ отличается от кости более эластичным составом, имеет меньший коэффициент трения и, что самое важное, не обладает восстановительными способностями кости. Следовательно, нужно рассматривать повреждение хряща как необратимый процесс.

Дефект или потеря хряща может происходить двумя путями:

- механическая абразия, как это бывает при остеоартрозе;

- эрозирование как следствие воспалительного синовита при ревматоидном артрите или других ревматических заболеваниях.

Синовия распространяется между костно-хрящевыми границами с обеих сторон, в норме она не покрывает суставный хрящ. Поверхность ее представлена одним или двумя слоями синовиоцитов, способных к морфологической адаптации, отражающей функцию, выполняемую клеткой в данный момент, — синтетическую либо фагоцитарную. Гистологическая картина начальной стадии воспалительного синовита сходна при большинстве заболеваний. Например, нельзя отличить анкилозирующий спондилит от ревматоидного артрита при биопсии синовиальных оболочек. Только в некоторых ситуациях, например в случае туберкулезного артрита, диагноз может базироваться на данных биопсии.

С течением ревматоидного артрита процесс приобретает следующие характерные черты: развивается эрозивный синовит, разъедающий и хрящ и кость. Гипертрофированные в ходе воспалительного процесса синовиальные ворсинки прикрепляются к смежному краю суставного хряща, наполняя на его поверхность. Такая воспалительно измененная ткань замещает хрящ. Эта замещающая хрящ ткань известна как паннус и образована фиброзной тканью, инфильтрованной клетками хронического воспаления, включая тучные клетки. У края суставного хряща паннус замещает костную ткань, обуславливая возникновение эрозий, выявляемых при рентгенологическом исследовании. Паннус может также проникать через субхондральную костную пластинку и разрастаться в субхондральной кости.

Поскольку хрящ разрушается быстрее, на рентгенограмме прогрессирующий эрозивный синовит проявляется вначале как потеря хряща, затем как периартикулярная эрозия кости. Важно отметить, что персистирующий синовит препятствует образованию остеофитов по соседству с убывающей хрящевой тканью. Итак, рентгенологическими признаками хронического персистирующего синовита являются:

- утрата хряща;
- узурация кости, примыкающей к местам истончения хрящевых пластинок;
- отсутствие признаков остеофитов.

По мере прогрессирования заболевания уменьшается васкуляризация синовии (по сравнению с более ранними стадиями), что, с одной стороны, связано с фиброзом как этапом эволюции заболевания, а с другой — с развивающейся вследствие фиброза неподвижностью. Формируется так называемый «выгоревший ревматоидный артрит». Выражение это можно считать неудачным, так как, хотя физическое обследование выявляет отсутствие гипертермии, выпота и гиперемии, у больных сохраняется утренняя скованность, повышение СОЭ и, что более важно, при динамическом рентгенологическом наблюдении увеличивается узурация кости.

Дегенеративные заболевания суставов имеют совершенно другие характеристики.

- ◆ Отсутствие синовита. (Этим, кстати, объясняется низкая эффективность противовоспалительных препаратов при данном заболевании.)
- ◆ Дефект хряща локализуется в местах механических повреждений. Нередко наблюдается соседство практически нормального хряща с участками, где хрящ совершенно изношен.
- ◆ Появление остеофитов по соседству с участками хрящевых дефектов.

Только на поздних стадиях остеоартрозов болевой синдром может возникать и при нагрузке и в покое и нарушать ночной сон. Так как хрящ не обладает регенеративной способностью, однажды возникший симптомокомплекс имеет тенденцию к прогрессированию. Однако в случаях обычных бытовых нагрузок хрящ изнашивается очень постепенно и ухудшение нарастает исподволь, годами. Симптомы же синовита сохраняются в покое и лишь акцентируются при нагрузке.

Утренняя скованность, характерная для ревматоидного артрита, анкилозирующего спондилита и других системных заболеваний, продолжается обычно не менее двух часов.

Этот симптом связывают с физиологическим падением уровня кортикостероидов в крови в предутренние часы и с аккумуляцией цитокинов из воспалительной жидкости во время сна. Утренняя скованность при остеоартрозах скоропреходяща, длится не более 20 минут и не совпадает с объективными симптомами. Длительность утренней скованности при системных ревматических заболеваниях находится в прямой зависимости от выраженности воспалительных реакций. Например, одним из важных критериев ремиссии ревматоидного артрита является полное исчезновение утренней скованности.

За исключением подагры, синовит представляет собой проявление системных заболеваний, у больных выявляются признаки генерализованного процесса. Остеопороз, напротив, формируется из-за местных механических воздействий и, естественно, не сопровождается системностью.

Остеоартроз поражает почти исключительно суставы, испытывающие весовую нагрузку, — тазобедренный, коленный, первый плюснефаланговый. Полиартроз, как правило, носит семейный характер и обусловлен генетической неполноценностью хряща и связочного аппарата. Появление же деформаций в локтях, пястно-фаланговых, лучезапястных суставах следует рассматривать как проявление воспалительных реакций.

Как только дегенеративное поражение сустава начинает проявляться клинически, типичные его признаки можно обнаружить и на рентгенограмме. В то же время начальные стадии синовитарентгеногегативны. Узурация костей видна лишь при далеко зашедшем процессе. Дифференциально-диагностические характеристики суставного синдрома при остеоартрозе и системных синовитах представлены в таблице.

При многих системных заболеваниях диагноз становится очевидным только через несколько месяцев, когда формируется классический симптомокомплекс. На ранних стадиях всегда возникают значительные диагностические трудности. Однако существуют определенные характерные варианты дебютов:

- острый моноартрит,
- мигрирующий артрит,
- интермитирующий артрит,
- распространяющийся артрит.

Острый моноартрит чаще всего встречается при септических поражениях и синовитах, при микрокристаллических артритах. Оба диагноза верифицируются довольно легко с помощью диагностической пункции культуральным или кристаллогическим анализом синовиальной жидкости.

Термин «мигрирующий» артрит используется в тех случаях, когда в первоначально пораженном суставе воспаление полностью стихает и процесс возобновляется в следующих. Это вариант встречается довольно редко и характерен для ревматизма и гонококкового артрита.

Интермитирующие вспышки артрита после продолжительного периода ремиссии встречаются при подагре, спондилите, псориатическом артрите и артритах, связанных с кишечной инфекцией.

Наиболее неспецифичен распространяющийся артрит: в этом случае при сохраняющемся воспалении в первоначально пораженном суставе в процесс вовлекаются все новые суставы.

При постановке диагноза очень важно учитывать данные семейного анамнеза, например сведения о наличии в семье узелков Гебердена, подагры, спондилита, СКВ, гемохроматоза.

При физикальном обследовании суставов необходимо принимать во внимание три параметра: болезненность (чувствительность), припухлость, подвижность. Для синовитов характерна болезненность (чувствительность) на всем протяжении сустава. Если боль локализуется лишь в определенном участке (точке) сустава, следует думать о местной, локальной причине ее возникновения, такой как бурсит, тендовагинит или перелом. Костная крепитация и образование остеофитов есть кардинальная черта дегенеративного

заболевания суставов. Тогда как выпот и утолщение синовии типичны для синовита. Важно помнить, что припухание мягких тканей не обнаруживается при физикальном обследовании осевых суставов и редко выявляется в проксимальных суставах, таких как плечевой или бедренный. В дополнение к протоколу изучения амплитуды движения можно отметить, есть ли значительная разница между пассивным и активным объемом движения. Такая разница указывает на то, что поражение связано с мышечной слабостью, разрывом сухожилия или неврологической патологией, но не с костной блокадой.

Анализ вовлечения в процесс конкретного сустава может быть очень важен, так как некоторые суставы никогда не поражаются при определенных заболеваниях и, наоборот, для многих нозологий есть типичные локализации.

Височно-нижнечелюстной сустав, например, часто вовлекается в процесс при ревматоидном артрите, но никогда не поражается при подагре. Шейный отдел позвоночника часто бывает поражен при РА, спондиллоартрите и остеоартрозах, но никогда при гонококковом артрите или подагре. Суставы гортани поражаются в трети всех случаев ревматоидного артрита и крайне редко при других типах воспалительных поражений суставов. Характерные симптомы воспаления суставов гортани — боли в горле, локализованные в области гортани и сопровождающиеся изменением голоса. Оба признака могут быть выражены только в течение нескольких часов утром. Синовиты обычно развиваются в ненагруженных весом суставах верхних конечностей, тогда как остеопороз не наблюдается в локтевых, метакарпальных или лучезапястных суставах. Спондилит, как правило, прогрессирует с сакроилеального сустава вверх по позвоночнику, локализация поражения которого может быть различной. Ревматоидный артрит, в свою очередь, поражает только шейный отдел и не вызывает болей в пояснице.

Было замечено, что некоторые суставы никогда не поражаются в дебюте ревматоидного артрита. Это так называемые суставные исключения — дистальные межфаланговые, пястнофаланговый сустав большого пальца, проксимальный межфаланговый пятого пальца кисти.

Изучение области олекранона часто бывает очень плодотворным при оценке ревматических заболеваний, так как здесь чаще всего локализуются ревматоидные узелки, подагрические тофи или псориазические бляшки. Ревматоидные узелки часто также располагаются в области подвздошных костей, на ушах, вдоль позвоночника и при физикальном обследовании могут быть неотличимы от тофи. Однако ревматоидные узелки могут определяться уже на ранних этапах заболевания, весьма характерны для первоначальной вспышки и имеют обыкновение уменьшаться в размерах с течением времени. Тофусы же нередко возникают раньше чем через несколько лет после того, как пациенту поставлен клинически явный диагноз. Иногда для проведения специфической диагностики требуется биопсия узелка или аспирация содержимого тофуса для идентификации кристаллов. Подагра четко диагностируется при выявлении кристаллов мочевой кислоты в синовиальной жидкости, аспирированной из воспаленного сустава. Уровень мочевой кислоты в сыворотке может указать лишь на предрасположенность к подагре.

При проведении рентгенологического исследования следует помнить, что:

- 1) остеопороз неспецифичен и часто является следствием неподвижности, связанной с болью;
- 2) сужение суставной щели свидетельствует о потере хряща;
- 3) новые костные разрастания указывают на остеосклероз, являются признаком остеофитов и отсутствия синовита;
- 4) отек мягких тканей лучше всего диагностируется при физикальном обследовании.

Важно помнить, что рентгенологическое исследование демонстрирует состояние костей, а не хряща или синовиальной оболочки и, так как разрушение хряща требует времени, обычно рентгенологическая картина отстает от клинической на несколько недель. Более специфическая информация появляется через три-четыре года, когда

возникает эрозирование(узурация) суставного хряща грануляционной соединительной тканью — паннусом.

Наиболее информативным лабораторным тестом при ревматоидном артрите является латекс-тест, направленный на выявление ревматоидного фактора.

Какова диагностическая ценность латекс-теста?

Примерно у 5% здоровых молодых людей и у 15% пожилых латекс-тест положителен. Так как ревматоидным артритом болеет примерно 1% населения, можно констатировать, что только 15-20% людей из числа серопозитивных страдают ревматоидным артритом. Только 85% больных с установленным диагнозом серопозитивны. Таким образом, очевидно, что латекс-тест не подтверждает и не исключает наличия заболевания. Латекс-тест также часто положителен при других системных заболеваниях соединительной ткани, а также при некоторых хронических воспалениях, таких как туберкулез, подагра, бактериальный эндокардит.

Выявленный однажды положительный титр ревматоидного фактора сохраняется в течение всего заболевания. Следовательно, нет особенной нужды в повторных исследованиях у больных с очевидным ревматоидным артритом. Однако на начальных этапах серологические тесты бывают, как правило, отрицательными, и становятся положительными по мере развития заболевания.

Данная реакция имеет прогностическое значение. В целом у серопозитивных больных процесс течет неблагоприятно, часто вовлекаются подкожные ревматоидные узелки. Следует отметить, что выявляемость ревматоидного фактора увеличивается с возрастом. Вообще классический дебют заболевания, проявляющийся типичным симптомокомплексом, высоким титром ревматоидного фактора свойствен больным 55-65 лет. У данной группы больных процесс быстро прогрессирует, рано развивается эрозирование суставных поверхностей.

Отрицательные результаты исследования ревматоидного фактора при длительном наблюдении тяжело болеющего пациента заставляют искать другое заболевание, протекающее с ревматоидоподобным суставным синдромом.

ТАКТИКА ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

Диагностика в ревматологии, как и в любой другой клинической дисциплине, основывается на анализе всего комплекса клинических, лабораторных и инструментальных данных. Однако зачастую в арсенале семейного врача нет оснащенной современными методиками лаборатории и возможности проведения необходимых рентгенологических исследований. Поэтому именно первичный этап диагностического поиска приобретает столь важное значение. И первым шагом в правильной интерпретации суставного синдрома является тщательный опрос и осмотр больного. Здесь необходимо умение «активно» выявлять жалобы и симптомы, группировать их в синдромы, формировать последующую программу лабораторных и инструментальных методов обследования. Врачу общей практики следует помнить, что отдельные нозологические формы имеют определенные особенности суставного синдрома. Так, при первичном осмотре пациента необходимо обратить внимание на следующие моменты:

- Пол, возраст, профессия, образ жизни пациента.
- Суточная динамика болевого синдрома.
- Распространенность (моноартрит, полиартрит) и локализация (крупные и/или мелкие), симметричность поражения суставов.
- Предшествующие состояния (перенесенные инфекция, травма, прием лекарств, гастрономические излишества, наличие увеита, иридоциклита).
- Общее состояние кожи, ногтей (признаки псориаза), ушных раковин (наличие тофусов), признаки нарушенного обмена веществ, гипотиреоза, климактерического синдрома и т. д.

ПОЛ, ВОЗРАСТ, ПРОФЕССИЯ, ОБРАЗ ЖИЗНИ ПАЦИЕНТА

По мнению многих авторов, среди основных гендерных различий выделяют следующие особенности. Лица мужского пола, согласно статистике, более подвержены заболеванию подагрой (соотношение мужчин и женщин по данным разных авторов составляет 2—7:1), реактивными артритами, ассоциированными с урогенитальной инфекцией. Периферической формой анкилозирующего спондилоартрита мужчины заболевают в три раза чаще, чем женщины. Для женщин более часта встречаемость ревматоидного артрита, артрита при системных заболеваниях соединительной ткани, полиостеоартроза, дисгормональных артропатий. Псориатический артрит чаще дебютирует в возрасте

от 20 до 50 лет, причем мужчины и женщины заболевают одинаково часто. При развитии артрита в молодом возрасте следует в первую очередь обратить внимание на наличие в анамнезе инфекций (тонзиллогенных, урогенитальных). В то же время пик заболеваемости ревматоидным артритом приходится на женщин в возрасте 40-50 лет. Женщины болеют ревматоидным артритом значительно чаще, чем мужчины (по обобщенным статистическим данным - в 3-5 раз). При обращении к врачу лиц пожилого возраста с суставным синдромом в первую очередь необходимо исключать дегенеративное поражение суставов-полиостеоартроз, частота которого резко увеличивается с возрастом. Так, рентгенологические проявления полиостеоартроза имеют место у 100 % лиц старше 75 лет, в то время как клинические проявления болезни могут отсутствовать. Необходимо помнить о таком участвующем в последние годы заболевании, как ревматическая полимиалгия. Данная патология также поражает людей только во второй половине жизни, характеризуется сильными болями стереотипной локализации (область шеи, плечевой и тазовый пояс), нарушениями движений, значительным повышением лабораторных показателей воспаления, а также наступлением ремиссии при назначении кортикостероидов в небольших дозах. Профессия и образ жизни могут косвенно влиять на предрасположенность к различным видам болезней суставов. По и данным некоторых авторов, водители колесного транспорта более подвержены заболеванию анкилозирующим спондилоартритом, а ревматоидный артрит чаще встречается у лиц, занятых физическим трудом, нередко подверженных переохлаждению и другим неблагоприятным факторам внешней среды. Гиподинамия, избыточный вес, гастрономические излишества, ведущие к метаболическим нарушениям, могут сочетаться с подагрой и остеоартрозом. У больных подагрой частота метаболического синдрома достигает 70 %, а степень гиперурикемии нарастает в связи с увеличением выраженности его отдельных признаков, например, избытка веса. У больных подагрой без метаболического синдрома уровень гиперурикемии достоверно ниже, чем при его наличии. Ожирение может также являться независимым фактором риска раннего развития и быстрого прогрессирования остеоартроза.

СУТОЧНАЯ ДИНАМИКА БОЛЕВОГО СИНДРОМА

Важным этапом в дифференциальной диагностике суставного синдрома является анализ зависимости интенсивности боли от времени суток и физической нагрузки. И здесь необходимо учитывать, какой именно («воспалительный» или «дегенеративный», механический) характер боли преобладает у пациента. Большинство заболеваний суставов можно условно разделить на две группы: воспалительные (артриты) и невоспалительные (артрозы). При артритах воспаление максимально выражено в наиболее васкуляризированной части сустава — синовиальной оболочке, при отсутствии лечения процесс переходит на хрящ. При артрозах дегенеративные изменения начинаются с хряща, а синовиальная оболочка вовлекается в патологический процесс вторично в виде реактивного синовита. Основным различием «механических» и «воспалительных» болей является их изменение по отношению к периодам покоя и нагрузки суставов. «Механические» боли, характерные для артрозов, появляются или усиливаются после нагрузки и уменьшаются или исчезают после периодов отдыха, а у «воспалительных» болей, характерных для артритов, противоположный ритм. Примерами такого рода

артритов могут служить реактивный, ревматоидный, подагрический и псориатический артриты. Боли при артритах больше беспокоят больных в утреннее время, после ночного сна, уменьшаются или проходят после разминки, к вечеру. Однако необходимо акцентировать внимание на разницу между утренней скованностью, характерной для артритов, и так называемыми «стартовыми» болями, то есть кратковременными болями при начале движения большого артрозом, находившегося в состоянии покоя в зависимости от времени суток. Утренняя скованность — хоть и субъективный, но очень ценный диагностический симптом, свойственный всем артритам, особенно ревматоидному. Однако, следует отметить, что не все больные правильно понимают, что такое утренняя скованность. Некоторые больные принимают за неограничение подвижности суставов, «стартовые» боли первых движений при остеоартрозе. Поэтому роль врача в активном выявлении жалоб больного велика. Выявлению данного симптома помогают уточняющие вопросы: «Утром после пробуждения движения в суставах более ограничены и затруднены, чем днем или вечером?»; «Какое время после пробуждения Вы чувствуете боли и затруднение движений?»; «Утром Вы чувствуете себя особенно плохо, есть чувство одеревеневших, налитых рук, можете ли Вы сжать пальцы в кулак после пробуждения?». Больные зачастую достаточно характерно описывают свое состояние: «По утрам большим трудом и только после приема лекарства/или разминки пальцы приобретают чувствительность и сжатие в кулак становится возможным». Продолжительность утренней скованности при ревматоидном артрите, как правило, более 30 мин, и временные градации утренней скованности в совокупности с другими симптомами могут быть использованы для определения степени активности ревматоидного артрита: до 1 ч — I степень, до полудня — II степень, позже 12 ч дня — III степень активности.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ (МОНОАРТРИТ, ПОЛИАРТРИТ), ЛОКАЛИЗАЦИЯ (КРУПНЫЕ И/ИЛИ МЕЛКИЕ), СИММЕТРИЧНОСТЬ ПОРАЖЕНИЯ СУСТАВОВ

Следующим этапом, при условии возникновения предположения об артрите, является анализ локализации поражения. Необходимо помнить, что особенности клинических проявлений зависят от стадии заболевания: при обнаружении начальных изменений постановка правильного диагноза может быть затруднена, необходимо динамическое наблюдение. При разворачивании клинической картины проявления болезни наиболее типичны, при далеко зашедшем процессе диагноз можно поставить по отдельным типичным признакам.

Если у больного обнаружено осевое поражение всех трех суставов одного пальца с характерным «сосискообразным» изменением формы сустава из-за сливающейся отечности тканей или поражение дистальных межфаланговых суставов, то следует заподозрить псориатический артрит.

Псориатический артрит — тяжелый эрозивный артрит с хроническим прогрессирующим течением, нередко вовлечением в патологический процесс позвоночника, или осакральных сочленений. Постановка диагноза не вызывает затруднений, если у пациента найдены псориатические кожные бляшки, имеются поражения ногтей в виде «наперстка», а также поперечная и продольная исчерченность помутневших ногтевых пластин. Нередко псориатические бляшки могут находиться в «скрытых» для больного местах (волосистая часть головы, ягодичные складки, пупочное кольцо). Поэтому, заподозрив по особенностям суставного синдрома псориатический артрит, врачу следует активно расспросить больного о кожных высыпаниях (особенно с шелушением), наличии псориаза у близких родственников и мотивировать себя к тщательному последующему осмотру возможных мест локализации бляшек. Вовлечение в патологический процесс новых суставов происходит по осевой линии и не симметрично.

Даже при симметричном поражении суставов (в отличие от ревматоидного артрита) их деформация отличается беспорядочностью: оси суставов хаотично направлены в разные стороны. При таком расположении пораженных суставов и отсутствии видимых бляшек их следует активно искать, особенно на коже головы. При иммунологическом обследовании ревматоидный фактор, как правило, не выявляется.

Начальные проявления заболевания в виде моноартрита часто наблюдаются после травмы. Анамнестические данные помогают быстро решить вопрос о нозологической принадлежности артрита, а проведение магнитно-резонансной томографии сустава — уточнить целостность внутрисуставных образований, связок, менисков, сухожилий.

Выявление острого моноартрита, особенно крупных суставов, требует проведения дифференциальной диагностики с инфекционными артритами специфической природы (туберкулезной, гонококковой). Необходимо целенаправленное проведение опроса с привлечением специалистов узкого профиля (фтизиатра, уролога и венеролога).

При асимметричном поражении крупных и средних суставов нижних конечностей и мелких суставов стоп можно заподозрить один из серонегативных артритов. Особенно если при этом имеются сопутствующие «воспалительные» боли в пояснично-крестцовом или грудном отделе позвоночника.

В случае симметричного поражения проксимальных (в отличие от дистальных при псориазе) межфаланговых, пястнофаланговых и плюснефаланговых суставов врач может предположить острый ревматоидный артрит.

Чаще всего приходится решать вопрос об этиологии острого артрита у мужчин. Такие жалобы, как выраженная интенсивность боли и особенно внезапность появления среди полного здоровья, часто ночью боли в I плюснефаланговом суставе делают закономерным предположение о наличии у пациента подагрического артрита. Как показывает наш клинический опыт, большинство ошибок в диагностике подагры происходит, когда пациент

обращается на прием с артритом суставов другой локализации (голеностопного, коленного, суставов верхних конечностей). Помогают в постановке диагноза данные анамнеза, если пациент вспомнит, что подобный артрит был и ранее, но быстро (в течение 3-10 дней) заканчивался полным выздоровлением.

ПРЕДШЕСТВУЮЩЕЕ СОСТОЯНИЕ

При расспросе больного необходимо обращать внимание на факторы, предшествующие развитию артрита, поскольку некоторые из них могут самостоятельно вызывать данную патологию.

При развитии артрита у молодых людей следует исключить наличие тонзиллогенной инфекции (после перенесенной ангины, скарлатины, стрептококкового фарингита). Предварительный диагноз острой ревматической лихорадки возможен у подростков и молодых людей при мигрирующем характере поражения суставов, чаще крупных, проходящем спонтанно или с хорошим эффектом при приеме нестероидных противовоспалительных препаратов. Суставной синдром сочетается с симптомокомплексом кардиального поражения (изменчивые шумы, симптомы клапанного поражения сердца). Характерно исчезновение артрита без остаточных изменений. Подтверждают диагноз повышение и последующая динамика уровня стрептококковых антител.

Риск заболевания ревматоидным артритом увеличивается в первые 3 месяца после родов или абортов, что объясняется повышением уровня пролактина в этот период. Пролактин связывается с рецепторами Т-лимфоцитов и активирует клетки, которым отводится важная роль в развитии ревматоидного артрита.

Предшествовать развитию приступа подагры может чрезмерное питание, особенно при употреблении дичи, мясных и жирных блюд, прием алкоголя, а также длительный прием мочегонных и комбинированных с мочегонными гипотензивных препаратов.

Приступ подагры может быть спровоцирован оперативным вмешательством, длительной ходьбой, ношением тесной обуви.

При наличии у больного с суставным синдромом патологии глаз в виде увеита, иридоциклита, конъюнктивита; воспалительного процесса в мочеполовом тракте, энтероколита необходимо в первую очередь исключить анкилозирующий или реактивный спондилоартрит. Также следует уточнить у пациента наличие контакта с больными туберкулезом, возможного употребления в пищу молока и молочных продуктов от больных бруцеллезом коров. При выявлении указанных признаков врач должен помнить о возможности развития у пациента одного из серонегативных спондилоартритов (реактивного артрита, спондилоартрита при болезни Крона и язвенном колите).

ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ КОЖИ, НОГТЕЙ, ПРИЗНАКИ НАРУШЕННОГО ОБМЕНА ВЕЩЕСТВ

Безусловно важным моментом в дифференциальной диагностике суставного синдрома является тщательный общий осмотр и физикальное обследование больного, включающее оценку не только состояния суставов, но и состояния кожи, ногтей, волосяного покрова, слизистых оболочек, аускультацию сердца и легких, пальпацию печени и селезенки.

Поражение слизистых оболочек (конъюнктивит, уретрит, кольцевидный баланит, безболезненные эрозии в полости рта) в сочетании с кератодермией подошвенной части стоп и ладоней и поражениями энтезисов в области пяток (места прикрепления сухожилий и связок к костям возле суставов) является диагностическими критериями реактивного артрита, ассоциированного с урогенитальной или кишечной инфекцией.

Следует помнить о трудностях диагностики хронической подагры, особенно формы, протекающей без повышения уровня мочевой кислоты. У ряда больных подагра может протекать без гиперурикемии, но в то же время выявление гиперурикемии не делает правомочным диагноз подагры без характерного синдрома поражения суставов. Основным диагностическим признаком хронической подагры являются тофусы. Тофусы представляют собой скопления солей мочевой кислоты в виде образований твердой консистенции размером от пшеничного зерна до грецкого ореха.

Характерной локализацией тофусов является раковина уха, область локтя, пальцы на уровне дистальных фаланг. Однако тофусы могут иметь самые разнообразные локализации, к примеру, в нашей клинической практике встречалось наличие их в области передней брюшной стенки.

Нередко причиной суставного синдрома служат заболевания внесуставных мягких тканей (скелетных мышц, сухожилий, связок, фасций, апоневрозов, синовиальных сумок и энтезисов) вследствие метаболических и эндокринных заболеваний. Важность диагностики данных заболеваний обусловлена их высокой распространенностью. В таких случаях необходимо тщательное обследование с привлечением смежных специалистов для исключения сахарного диабета, патологии щитовидной железы, гормональных нарушений климактерического периода и других заболеваний, способных вызвать болевые ощущения в суставах. Главной особенностью такого рода артралгий является отсутствие лабораторных и рентгенологических признаков патологии суставов. Лечение данной категории больных прежде всего направлено на терапию основного заболевания.

Отметим, что универсальных схем дифференциальной диагностики суставного синдрома не существует, однако от своевременной правильной интерпретации суставного синдрома будет в дальнейшем зависеть индивидуальная схема лечения больного. В случае с подагрическим артритом это коррекция метаболических нарушений и прием антигиперурикемической терапии, с реактивными артритами - этиотропная антибактериальная терапия, ревматоидным артритом - терапия базисными противовоспалительными препаратами, остеоартрозом - препаратами, содержащими хондроитин сульфат и глюкозамин сульфат. И чем ранее больному будет подобрана схема лечения и осуществлен переход от симптоматического лечения (купирования боли

нестероидными противовоспалительными препаратами) к этиотропной и патогенетической терапии, тем больше вероятность избежать стойкой утраты трудоспособности, улучшить качество жизни пациента. Также это позволит предотвратить риск таких грозных осложнений, как поражение почек при подагре, развитие висцеритов при ревматоидном артрите, поражение клапанного аппарата сердца при анкилозирующих других видах серонегативных спондилоартритов. Таким образом, учитывая все многообразие форм суставного синдрома, следует отметить, что в практике семейного врача первичный контакт с больным, тщательный сбор анамнеза, жалоб, прицельный физикальный осмотр приобретают особую важность, которую трудно переоценить. И правильная трактовка полученных на первичном этапе диагностического поиска данных позволит в последующем адекватно подобрать диагностические и лечебные схемы каждому конкретному больному, добиться успехов проводимой терапии.

ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Барскова В.Г., Елисеев М.С., Насонов Е.Л. и др. Применение метформина (сиофора) у пациентов с подагрой и инсулинорезистентностью // Тер. архив. — 2005. — №12. — С. 44—48.
2. Гадаев А. // Умумий амалиёт в раҷлари учун маърузалар туплами // Тошкент, 2012.
3. Клинические рекомендации. Ревматология / Под ред. Е.Л. Насонова. — М.: ГЭОТАР — Медиа, 2006. — 288 с.
4. Морозов А.В. // Ревматические болезни, Мн: ВШ, 2008.
5. Ревматоидный артрит. Диагностика и лечение / Под ред. В.Н. Коваленко. — К.: МОРИОН, 2001. — 271 с.
6. Ревматология: Национальное руководство / Под ред. Е.Л. Насонова, В.А. Насоновой. — М.: ГЭОТАР_Медиа, 2008. — 720 с.
7. Руководство по остеопорозу / Под ред. Л.И. Беневоленской. — М.: БИНОМ, 2003. — 216 с.
8. Сигидин Я.А., Гусева Н.Г., Иванова М.М. Диффузные болезни соединительной ткани (Системные ревматические заболевания): Руководство для врачей. — М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2004. — 640 с.
9. Becker M.A. Clinical manifestations and diagnosis of gout // Up To Date. — 2004. — Vol. 13(1).
10. Campion E.W., Glynn R.J., DeLabry L.O. Asymptomatic hyperuricemia. Risks and consequences in the Normative Aging Study // Am. J. Med. — 1987. — Vol. 82. — P. 421.
11. Felson D.T. Epidemiology of hip and knee osteoarthritis // Epidemiol. Rev. — 1988. — Vol. 10. — P. 1—28.
12. Felson D.T., Zhang Y., Anthony J.M. et al. Weight loss reduced the risk for symptomatic knee osteoarthritis in women. The Framingham study // Ann. Intern. Med. — 1992. — Vol. 116. — P. 535—539.
13. Khaodhjar L., McCowen K.C., Blackburn G.L. Obesity and comorbid conditions // Clin. Cornestone. — 1999. — Vol. 2. — P. 17—31.
14. Kvien T.K., Glennaas A., Melby K. et al. Reactive arthritis: incidence, triggering agents and clinical presentation // J. Rheumatol. — 1994. — Vol. 21. — P. 115—122.
15. Lawrence R.C., Helmick C.G., Arnett F.C. et al. Estimates of the prevalence of arthritis and selected musculoskeletal disorders in the United States // Arthritis Rheum. — 1998. — Vol. 41. — P. 778.
16. Salvarani C., Lo Scocco G., Macchioni P. Prevalence of psoriatic arthritis in Italian psoriatic patients // J. Rheumatol. — 1995. — Vol. 22. — P. 1499—1503.
17. Shbeeb M., Uramoto K.M., Gibson L.E. et al. The epidemiology of psoriatic arthritis in Olmsted County, Minnesota, USA, 1982—1991 // Ibid. — 2000. — Vol. 27. — P. 1247.

18. Zhand W., Doherty M., Leeb B.F., Alekseeva L. et al. EULAR evidence_based recommendations for the diagnosis of hand osteoarthritis: report of a task force of ESCISIT //Annals of Rheumatic Diseases. — 2009. — Vol. 68, N 1. —P. 8—17.
19. <http://www.mif-ua.com/archive/issue-207/article-233/>
20. http://www.digest-for-ours.ru/article/?article_id=502
21. <http://support-doctor.narod.ru/DDSS.htm>
22. <http://old.consilium-medicum.com/media/consilium/n5/192.shtml>

Материалы практических занятий

Кардиология

Практическое занятие №8

Тема: «Аритмии. Дифференциальная диагностика миграции водителя ритма, синдрома слабости синусового узла, экстрасистолии, а также синусовой тахикардии, брадикардии, синусовой аритмии, Виды экстрасистол. Тактика ВОП. Показания для направления к узкому специалисту или госпитализации в профильное отделение. Принципы лечения, диспансерного наблюдения, контроля и реабилитации в условиях СВП или СП. Принципы профилактики. Принципы преподавания темы»

Технология обучения

Учебное время: 4 час	
Структура учебного занятия	<ol style="list-style-type: none"> 1. Учебный тематический кабинет. 2. Учебные пособия, муляжи, фантомы 3. Больничные палаты. 4. Телевизор, видео аппаратура 5. Учебные пособия, фантомы, муляжи, раздаточный материал, сборник ситуационных задач и тестов
<p>Цель учебного занятия: Научить ВОП вопросам своевременной диагностики и дифференциальной диагностики, выбору оптимального варианта лечебной тактики при суправентрикулярных нарушениях ритма, обусловленных различными заболеваниями, а также принципам ведения больных в условиях первичного звена здравоохранения, предусмотренных требованиями "Квалификационной характеристики врача общей практики»</p>	
<p>Педагогические задачи: Рассмотреть вопросы диагностики и дифференциальной диагностики суправентрикулярных нарушений ритма. 2. Продемонстрировать больных с суправентрикулярными аритмиями. 3. Обсудить данные клинико-лабораторно-инструментальных исследований при суправентрикулярных нарушениях ритма.</p>	<p>Результаты учебной деятельности: ВОП должен знать:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Механизм возникновения синусовой тахикардии, брадикардии, синусовой аритмии, синдрома слабости синусового узла, миграции водителя ритма. 2. Клинические проявления синусовой тахикардии, брадикардии, синусовой аритмии, синдрома слабости синусового узла, миграции водителя ритма. 3. Дифференциальную диагностику

<p>4. Провести дифференциальную диагностику суправентрикулярных аритмий.</p> <p>5. Обучить ВОП оказанию дифференцированного лечения суправентрикулярных нарушений ритма.</p> <p>6. Обсудить вопросы касательно тактики ведения в рамках квалификационной характеристики ВОП.</p> <p>7. Обсудить принципы лечения (немедикаментозные и медикаментозные).</p> <p>8. Обсудить принципы ведения, наблюдения и мониторинга больных в условиях СВП или СП.</p> <p>9. Обсудить принципы первичной, вторичной и третичной профилактики при данных состояниях.</p>	<p>суправентрикулярных нарушений ритма.</p> <p>4. Медикаментозные препараты, используемые при лечении суправентрикулярных аритмий, их фармакодинамику и дозировку.</p> <p>5. Принципы диспансерного наблюдения и мониторинга больных в условиях СВП или СП.</p> <p>6. Принципы первичной, вторичной и третичной профилактики при данных заболеваниях.</p> <p><u>ВОП должен уметь:</u></p> <p>1. Диагностировать, дифференцировать по данным клиники и ЭКГ различные виды суправентрикулярных аритмий сердца;</p> <p>2. Правильно выбрать медикаментозные средства при синусовой тахикардии, брадикардии, синусовой аритмии, синдроме слабости синусового узла, миграции водителя ритма.</p> <p>3. Консультировать по немедикаментозным методам лечения.</p> <p>4. Провести мониторинг в условиях СВП или СП.</p> <p>5. Технику регистрации ЭКГ</p>
Методы обучения	Метод “ мозговой штурм ”, графический органайзер – концептуальная таблица, демонстрация, видео просмотр, дискуссия, беседа, решение тестов и ситуационных задач
Формы организации учебной деятельности	Индивидуальная работа, работа в группах, коллективная, аудиторная, внеаудиторная.
Средства обучения	Раздаточные учебные материалы визуальные материалы, видеофильмы, муляжи, графические органайзеры, истории болезни, таблицы, стенды.
Способы и средства обратной связи	Блиц-опрос, тестирование, презентация результатов выполнения учебного задания, заполнение истории болезни, выполнение практического навыка «профессиональный респрос»

Технологическая карта занятия

Тема: «Аритмии. Дифференциальная диагностика миграции водителя ритма, синдрома слабости синусового узла, экстрасистолии, а также синусовой тахикардии, брадикардии, синусовой аритмии, Виды экстрасистол. Тактика ВОП. Показания для направления к узкому специалисту или госпитализации в профильное отделение. Принципы лечения, диспансерного наблюдения, контроля и реабилитации в условиях СВП или СП. Принципы профилактики. Принципы преподавания темы»

№	Этапы практического занятия	Форма занятия Место проведения	Длит-ть занятия 225
1	Вводная часть (обоснование темы)		10

2	Обсуждение темы практического занятия с применением новых педагогических технологий (метод «тур по галерее»), а также демонстрационного материала (истории болезни, таблицы, плакаты, рентгенограммы), определение исходного уровня.	Опрос, обсуждение Учебная комната, палаты отделения	40
3	Вывод обсуждения		10
4	Определение задания для выполнения практической части - профессиональный расспрос. Объяснение положений и рекомендаций для выполнения задания по заполнению истории болезни.	Обсуждение В палатах отделения	20
5	Освоение практической части занятия под руководством преподавателя.	Проф. расспрос. Беседа с больными и заполнение истории болезни, ситуационные задачи.	20
6	Интерпретация данных обследования больных- жалобы, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация больных, а также исследования ОАМ, ОАК и биохимические анализы и постановка диагноза	Истории болезни, лабораторные данные ситуационные задачи	25
7	Обсуждение теоретических, практических знаний студентов, закрепление материала, определение уровня усвоения оценкой знаний.	Устный опрос, тесты, обсуждение, определение практических навыков Учебная комната	75
8	Определение вывода по теме практического занятия, оценка по 100 бальной системе и объявление оценок. Домашнее задание следующего практического занятия (сборник вопросов).	Информация, вопросы для самостоятельной работы. Учебная комната	25

2. Мотивация.

Известно, что синдром слабости синусового узла (СССУ) это нарушение функции синусового узла проявляющееся брадикардией и сопровождающимися её аритмиями. Состоит в урежении сердечных сокращений из-за нарушения формирования импульса синусовым узлом, или нарушения его проведения к предсердиям. Таким образом, синдром включает как собственно синусовую брадикардию, так и синоатриальную блокаду II степени. Проявления и условия возникновения этих состояний схожи, поэтому их обычно не разделяют. Брадикардия при СССУ часто сопровождается аритмиями возникающими в результате активизации нижележащих отделов проводящей системы сердца, которые перестают контролироваться импульсами синусового узла. Миграция водителя ритма - способность к автоматическому образованию импульсов, как известно, зависит от клеток, расположенных в проводящей системе сердца (Р-клетки), в которых происходит спонтанная медленная деполяризация клеточной мембраны в период диастолы. В результате по достижении определенного критического уровня возникает потенциал действия. Частота генерации импульсов зависит от максимального диастолического потенциала этих клеток, уровня того критического потенциала на мембране, после которого возникает потенциал действия и скорости медленной диастолической

деполяризации. Экстрасистолами называют преждевременные комплексы (преждевременные сокращения), выявляемые на ЭКГ. По механизму возникновения преждевременные комплексы подразделяются на экстрасистолы и парасистолы. Различия между экстрасистолией и парасистолией являются чисто электрокардиографическими или электрофизиологическими. Клиническое значение и лечебные мероприятия при экстрасистолии и парасистолии абсолютно одинаковы. По локализации источника аритмии экстрасистолы разделяют на наджелудочковые и желудочковые.

3. Межпредметная и внутрипредметная взаимосвязь

Преподавание данной темы базируется на знании студентами основ нормального ритма сердца, анатомии сердца, гистологии, нормальной физиологии и патофизиологии (где можно использовать знания, полученные во время занятия, их взаимосвязь с другими предметами).

Существует тесная взаимосвязь между клиническими проявлениями миграции водителя ритма, синдрома слабости синусового узла, экстрасистолии с другими заболеваниями. В частности ВОП должен дифференцировать эти состояния от других эндокринологических заболеваний (тиреотоксикоз), кардиохирургией (синдром WPW), неврологическими (функциональная пароксизмальная тахикардия).

4. Содержание занятия:

4.1. Теоретическая часть

СИНДРОМ СЛАБОСТИ СИНУСОВОГО УЗЛА

Синдром слабости синусового узла (СССУ) - нарушение функции синусового узла проявляющееся брадикардией и сопровождающимися её аритмиями.

Сущность синдрома состоит в урежении сердечных сокращений из-за нарушения формирования импульса синусовым узлом, или нарушения его проведения к предсердиям. Таким образом, синдром включает как собственно синусовую брадикардию, так и синоатриальную блокаду II степени. Проявления и условия возникновения этих состояний схожи, поэтому их обычно не разделяют. Брадикардия при СССУ часто сопровождается аритмиями возникающими в результате активизации нижележащих отделов проводящей системы сердца, которые перестают контролироваться импульсами синусового узла.

Причины нарушения ритмопродуцирующей активности синусового узла можно разделить на первичные, обусловленные органическим поражением самого узла, и вторичные обусловленные экстракардиальными процессами.

Первичное поражение СУ чаще всего возникает при ИБС, артериальных гипертензиях, пороках, миокардитах, гемохроматозе, операциях на сердце, особенно с использованием искусственного кровообращения. Есть данные, что СССУ возникает при инфаркте миокарда в 5% случаев, чаще при инфаркте задней стенки, коронарной артерии, как и СУ, правой коронарной артерией.

К **вторичным** причинам нарушения деятельности СУ относят:

Повышение активности блуждающего нерва или чувствительности к его влиянию которые могут возникнуть у спортсменов тренирующихся на выносливость, а также при заболеваниях гортани, пищевода, повышенном внутричерепном давлении, эмоциях таких как страх, боль.

Нарушения гемостаза: повышение в крови уровня К, Са, механическая желтуха, гипотериоз, анемия.

Применение лекарственных средств урежающих сердечные сокращения: β -блокаторов, блокаторов кальциевых каналов, сердечных гликозидов.

Клинические проявления СССУ возникают в результате резкого снижения минутного объема сердца возникающем при выраженной брадикардии. Так как

головной мозг является наиболее чувствительным к гипоксии органом и первым реагирует на неё, то клиника остро возникших брадикардий и асистолий исчерпывается проявлениями мозговой ишемии в виде головокружений, обмороков, вплоть до развития синдрома Морганьи - Адамса - Стокса (бессознательного состояния с судорогами) часто приводящего к смерти. Выраженность этих симптомов зависит от исходного уровня мозгового кровоснабжения. Известны случаи когда у больных отсутствовали всякие симптомы при полной асистолии в течение 15 секунд и появлялось лишь лёгкое головокружение при асистолии длившейся 30 секунд. При длительной постоянной брадикардии возможно возникновение коронарной недостаточности, олигоурии, активизация эктопических очагов ритма.

Из дополнительных исследований применяют:

Суточное мониторирование ЭКГ (особенно когда выявлены и клинические признаки, и признаки синусовой брадикардии, но не установлена связь между ними)

Ритмография с ортостатической пробой (графическая визуализация интервалов RR в виде штрихов разной длины)

Массаж каротидного синуса, проба Вальсальвы.

Пробу с физической нагрузкой (у страдающих СССУ ЧСС повышается ограничено, до 60 - 70 уд. в минуту)

Измерение времени восстановления функции синусового узла, показывающее время необходимое для восстановления собственного ритма после прекращения частой стимуляции предсердий. У здоровых это время составляет 1,2 - 1,49 сек. , а у страдающих СССУ оно может увеличиваться до 3 - 5 секунд.

Лечение при отсутствии клинических проявлений можно ограничить терапией основного заболевания, что иногда даёт хорошие результаты, например противовоспалительная терапия при миокардите.

При доказанной связи клинических проявлений с брадикардией, удлинении времени восстановления функции синусового узла до 3 - 5 секунд, развитии хронической сердечной недостаточности, рефрактерных наджелудочковых тахикардиях показано вживление кардиостимулятора работающего в режиме "demand" т.е. генерирующем импульсы только при падении ЧСС до критического уровня.

Лекарственная терапия малоэффективна. При повышенной активности блуждающего нерва и отказе больного от кардиостимуляции применяют эуфилин 0,45 - 0,9 г./сут., апрессин 50 - 150 мг/сут. При осложнении брадикардии мерцанием предсердий, внутривенно вводят сердечные гликозиды с помощью которых купируют приступ, или, хотя бы контролируют ЧСС. Верапамил и обзидан в этом случае применять нельзя так как они приводят к ещё большему угнетению синусового узла.

Миграция водителя ритма Способность к автоматическому образованию импульсов, как известно, зависит от клеток, расположенных в проводящей системе сердца (Р-клетки), в которых происходит спонтанная медленная деполяризация клеточной мембраны в период диастолы. В результате по достижении определенного критического уровня возникает потенциал действия. Частота генерации импульсов зависит от максимального диастолического потенциала этих клеток, уровня того критического потенциала на мембране, после которого возникает потенциал действия и скорости медленной диастолической деполяризации.

Изменение уровня максимального диастолического потенциала, критического потенциала или скорости диастолической деполяризации в ту или другую сторону ведет к изменению частоты генерации импульсов или к появлению других источников импульсации, если эти изменения возникают в иных, способных к возбуждению участках сердца и приводят к появлению там потенциалов действия. При уменьшении уровня

максимального диастолического потенциала клеток синусно-предсердного узла, при приближении к нему порогового критического потенциала или увеличении скорости медленной диастолической деполяризации импульсы генерируются чаще, развивается **тахикардия**. Это наблюдается под влиянием повышенной температуры тела, растяжения области синусно-предсердного узла, симпатического медиатора. Наоборот, уменьшение скорости медленной диастолической деполяризации, гиперполяризация в диастоле и отдаление критического порогового потенциала, как это наблюдается при раздражении блуждающего нерва, сопровождаются замедленной генерации импульсов, а следовательно, и сокращений сердца — **брадикардией**. Колебания тонуса блуждающего нерва во время акта дыхания могут вызвать **дыхательную аритмию** (учащение сердцебиения при вдохе, замедление — при выдохе). Дыхательная аритмия в норме бывает у детей, но изредка может наблюдаться и у взрослых.

В патологических условиях может проявиться собственный автоматизм нижележащих отделов проводящей системы сердца (потенциальных водителей ритма). Такие условия могут возникнуть при снижении автоматизма синусно-предсердного узла или при повышении способности к генерации импульсов в других участках миокарда. В этих случаях частота импульсов, генерируемых нормальным водителем ритма, оказывается недостаточной для подавления автоматизма других отделов, что приводит к появлению добавочных импульсов из эктопически расположенных очагов возбуждения.

Другим механизмом, приводящим к появлению эктопических очагов возбуждения, может быть возникновение разности потенциалов между расположенными рядом миоцитами вследствие, например, одновременного окончания реполяризации в них, что может вызвать возбуждение в волокнах, которые уже вышли из фазы рефрактерности.. Это явление наблюдается при локальной ишемии миокарда и при отравлении сердечными гликозидами.

Во всех указанных случаях возникает внеочередное сокращение сердца или только желудочков — **экстрасистола**.

В зависимости от локализации очага, из которого исходит внеочередной импульс, различают несколько видов экстрасистол: синусную (или номотопную), предсердную, предсердно-желудочковую и желудочковую. Поскольку волна возбуждения, возникшая в необычном месте, распространяется в измененном направлении, это отражается на структуре электрического поля сердца и находит отражение на электрокардиограмме. Каждый вид экстрасистолы имеет свою электрокардиографическую картину, которая позволяет определить место эктопического очага возбуждения.

Синусная экстрасистола возникает вследствие преждевременного возбуждения части клеток синусно-предсердного узла. Электрокардиографически она не отличается от нормального сокращения за исключением укорочения диастолического интервала Т—Р. Вследствие укорочения диастолы и уменьшения наполнения желудочков пульсовая волна при экстрасистоле уменьшена.

Предсердная экстрасистола наблюдается при наличии очага эктопического возбуждения в разных участках предсердий. Характеризуется искажением формы зубца Р (сниженный, двухфазный, отрицательный), при сохраненном комплексе QRST и некоторым удлинением диастолического интервала после экстрасистолы. Это обусловлено тем, что направляющееся ретроградным путем возбуждение преждевременно разряжает нормальный синусовый импульс, который совпадает с возбуждением желудочков. Следующий предсердный импульс, возникающий через нормальный интервал, оказывается несколько отстоящим во времени от момента окончания возбуждения желудочков — неполная компенсаторная пауза.

Предсердно-желудочковая экстрасистола наблюдается при возникновении добавочного импульса в предсердно-желудочковом узле. Волна возбуждения, исходящая из верхней и средней части узла, распространяется в двух направлениях — в желудочках — в нормальном, в предсердиях — ретроградном. При этом отрицательный зубец Р может

предшествовать комплексу QRS или накладываться на него. Диастолический интервал после экстрасистолы несколько удлинен. Экстрасистола может сопровождаться также одновременным сокращением предсердий и желудочков. При предсердно-желудочковой экстрасистоле, исходящей из нижней части узла, возникает компенсаторная пауза, такая же, как и при желудочковой экстрасистоле, а отрицательный зубец P следует за комплексом QRS.

Для **желудочковой экстрасистолы** характерно наличие полной компенсаторной паузы после внеочередного сокращения. Она возникает вследствие того, что возбуждение, охватившее желудочки, не передается через предсердно-желудочковый узел на предсердие и очередной нормальный импульс возбуждения, идущий из синусно-предсердного узла, не распространяется на желудочки, находящиеся в фазе рефрактерности. Следующее сокращение желудочков возникает только после прихода к ним очередного нормального импульса. Поэтому длительность компенсаторной паузы вместе с предшествующим ей интервалом равна длительности двух нормальных диастолических пауз. Однако если сокращения сердца настолько редки, что к моменту прихода очередного нормального импульса желудочки успевают выйти из состояния рефрактерности, то компенсаторной паузы не бывает. Внеочередное сокращение попадает в интервал между двумя нормальными и в этом случае носит название вставочной экстрасистолы. Поскольку волна возбуждения при желудочковой экстрасистоле распространяется по желудочкам как в прямом, так и в ретроградном направлении, то это сопровождается значительным искажением формы комплекса QRS.

Внеочередные сокращения могут возникать поодиночке или группами. При возникновении группы быстро повторяющихся экстрасистол, полностью подавляющих физиологический ритм, развивается **пароксизмальная тахикардия**. При этом нормальный ритм сердца внезапно прерывается приступом сокращений частотой от 140 до 250 ударов в 1 мин. Длительность приступа может быть различной — от нескольких секунд до нескольких минут, после чего он так же внезапно прекращается и устанавливается нормальный ритм.

Чаще всего наблюдается предсердная форма пароксизмальной тахикардии. А так как длительность потенциалов действия и продолжительность рефрактерных периодов увеличиваются по ходу проводящей системы, то дистально расположенные участки ее не всегда способны воспроизвести частоту импульсации, исходящую из проксимальных отделов. Поэтому большая часть импульсов при предсердной тахикардии не может проводиться предсердно-желудочковым узлом. Поскольку длительность рефрактерных периодов и потенциалы действия в волокнах правой ножки предсердно-желудочкового пучка больше, чем в левой, чаще нарушается при высокой частоте импульсов проведение возбуждения к правому желудочку.

ЭКСТРАСИСТОЛИЯ: клиническое значение, диагностика и лечение

Экстрасистолами называют преждевременные комплексы (преждевременные сокращения), выявляемые на ЭКГ. По механизму возникновения преждевременные комплексы подразделяются на экстрасистолы и парасистолы. Различия между экстрасистолией и парасистолией являются чисто электрокардиографическими или электрофизиологическими. Клиническое значение и лечебные мероприятия при экстрасистолии и парасистолии абсолютно одинаковы. По локализации источника аритмии экстрасистолы разделяют на наджелудочковые и желудочковые.

Экстрасистолы, несомненно, являются самым распространенным нарушением ритма сердца. Они часто регистрируются и у здоровых лиц. При проведении суточного мониторирования ЭКГ статистической «нормой» экстрасистол считается примерно до 200 наджелудочковых экстрасистол и до 200 желудочковых экстрасистол в сутки. Экстрасистолы могут быть одиночными или парными. Три и более экстрасистолы подряд

принято называть тахикардией («пробежки» тахикардии, «короткие эпизоды неустойчивой тахикардии»). Неустойчивой тахикардией называют эпизоды тахикардии продолжительностью менее 30 с. Иногда для обозначения 3–5 экстрасистол подряд используют определение «групповые», или «залповые», экстрасистолы. Очень частые экстрасистолы, особенно парные и рецидивирующие «пробежки» неустойчивой тахикардии, могут достигать степени непрерывно-рецидивирующей тахикардии, при которой от 50 до 90% сокращений в течение суток составляют эктопические комплексы, а синусовые сокращения регистрируются в виде единичных комплексов или коротких кратковременных эпизодов синусового ритма.

В практической работе и научных исследованиях основное внимание уделяют желудочковой экстрасистолии. Одной из наиболее известных классификаций желудочковых аритмий является классификация В. Lown и М. Wolf (1971).

Редкие одиночные мономорфные экстрасистолы — менее 30 в час. Частые экстрасистолы — более 30 в час. Полиморфные экстрасистолы. Повторные формы экстрасистол: 4А — парные, 4Б — групповые (включая эпизоды желудочковой тахикардии). Ранние желудочковые экстрасистолы (типа «R на T»).

Предполагалось, что высокие градации экстрасистол (классы 3–5) являются наиболее опасными. Однако в дальнейших исследованиях было установлено, что клиническое и прогностическое значение экстрасистолии (и парасистолии) практически целиком определяется характером основного заболевания, степенью органического поражения сердца и функциональным состоянием миокарда. У лиц без признаков поражения миокарда с нормальной сократительной функцией левого желудочка (фракция выброса больше 50%) экстрасистолия, включая эпизоды неустойчивой желудочковой тахикардии и даже непрерывно-рецидивирующей тахикардии, не влияет на прогноз и не представляет опасности для жизни. Аритмии у лиц без признаков органического поражения сердца называют идиопатическими. У больных с органическим поражением миокарда (постинфарктный кардиосклероз, дилатация и/или гипертрофия левого желудочка) наличие экстрасистолии считается дополнительным прогностически неблагоприятным признаком. Но даже в этих случаях экстрасистолы не имеют самостоятельного прогностического значения, а являются отражением поражения миокарда и дисфункции левого желудочка.

В 1983 г. J. T. Bigger предложил прогностическую классификацию желудочковых аритмий.

Безопасные аритмии — любые экстрасистолы и эпизоды неустойчивой желудочковой тахикардии, не вызывающие нарушений гемодинамики, у лиц без признаков органического поражения сердца. Потенциально опасные аритмии — желудочковые аритмии, не вызывающие нарушений гемодинамики, у лиц с органическим поражением сердца. Опасные для жизни аритмии («злокачественные аритмии») — эпизоды устойчивой желудочковой тахикардии, желудочковые аритмии, сопровождающиеся нарушениями гемодинамики, или фибрилляция желудочков. У больных с опасными для жизни желудочковыми аритмиями, как правило, имеется выраженное органическое поражение сердца (или «электрическая болезнь сердца», например синдром удлиненного интервала Q–T, синдром Бругада).

Однако, как было отмечено, независимого прогностического значения желудочковая экстрасистолия не имеет. Сами по себе экстрасистолы в большинстве случаев безопасны. Экстрасистолию даже называют «косметической» аритмией, подчеркивая этим ее безопасность. Даже «пробежки» неустойчивой желудочковой тахикардии тоже относят к «косметическим» аритмиям и называют «энтузиастическими выскальзывающими ритмами» (R. W. Campbell, K. Nimkedar, 1990). В любом случае лечение экстрасистолии с помощью антиаритмических препаратов (ААП) не улучшает прогноз. В нескольких крупных контролируемых клинических исследованиях было выявлено заметное повышение общей смертности и частоты внезапной смерти (в 2–3 раза и более) у больных

с органическим поражением сердца на фоне приема ААП класса I, несмотря на эффективное устранение экстрасистол и эпизодов желудочковой тахикардии. Наиболее известным исследованием, в котором впервые было выявлено несоответствие клинической эффективности препаратов и их влияния на прогноз, является исследование CAST. В исследовании CAST («исследование подавления аритмий сердца») у больных, перенесших инфаркт миокарда, на фоне эффективного устранения желудочковой экстрасистолии препаратами класса I C (флекаинид, энкаинид и морицизин) выявлено достоверное увеличение общей смертности в 2,5 раза и частоты внезапной смерти в 3,6 раза по сравнению с больными, принимавшими плацебо. Результаты исследования заставили пересмотреть тактику лечения не только пациентов с нарушениями ритма, но и кардиологических больных вообще. Исследование CAST является одним из основных в становлении «медицины, основанной на доказательствах». Только на фоне приема β -адреноблокаторов и амиодарона отмечено снижение смертности больных с постинфарктным кардиосклерозом, сердечной недостаточностью или реанимированных пациентов. Однако положительное влияние амиодарона и особенно β -адреноблокаторов не зависело от антиаритмического действия этих препаратов.

Выявление экстрасистолии (как и любого другого варианта нарушений ритма) является поводом для обследования, направленного, прежде всего на выявление возможной причины аритмии, заболевания сердца или экстракардиальной патологии и определения функционального состояния миокарда.

ААП не излечивают от аритмии, а только устраняют ее на период приема препаратов. При этом побочные реакции и осложнения, связанные с приемом практически всех препаратов, могут быть гораздо более неприятными и опасными, чем экстрасистолия. Таким образом, само по себе наличие экстрасистолии (независимо от частоты и «градации») не является показанием для назначения ААП. Бессимптомные или малосимптомные экстрасистолы не требуют проведения специального лечения. Таким больным показано диспансерное наблюдение с проведением эхокардиографии примерно 2 раза в год для выявления возможных структурных изменений и ухудшения функционального состояния левого желудочка. Л. М. Макаров и О. В. Горлицкая (2003) при длительном наблюдении за 540 больными с идиопатической частой экстрасистолией (более 350 экстрасистол в час и более 5000 в сутки) выявили у 20% больных увеличение полостей сердца («аритмогенная кардиомиопатия»). Причем более часто увеличение полостей сердца отмечалось при наличии предсердной экстрасистолии.

Показания для лечения экстрасистолии:

очень частые, как правило, групповые экстрасистолы, вызывающие нарушения гемодинамики; выраженная субъективная непереносимость ощущения перебоев в работе сердца; выявление при повторном эхокардиографическом исследовании ухудшения показателей функционального состояния миокарда и структурных изменений (снижение фракции выброса, дилатация левого желудочка).

Лечение экстрасистолии:

Необходимо объяснить больному, что малосимптомная экстрасистолия безопасна, а прием антиаритмических препаратов может сопровождаться неприятными побочными эффектами или даже вызвать опасные осложнения. Прежде всего необходимо устранить все потенциально аритмогенные факторы: алкоголь, курение, крепкий чай, кофе, прием симпатомиметических препаратов, психоэмоциональное напряжение. Следует немедленно приступить к соблюдению всех правил здорового образа жизни.

При наличии показаний для назначения ААП у больных с органическим поражением сердца используют β -адреноблокаторы, амиодарон и соталол. У больных без признаков органического поражения сердца, кроме этих препаратов, применяют ААП класса I: Этацизин, Аллапинин, Пропафенон, Кинидин Дурулес. Этацизин назначают по 50 мг 3 раза в день, Аллапинин — по 25 мг 3 раза в день, Пропафенон — по 150 мг 3 раза в день, Кинидин Дурулес — по 200 мг 2–3 раза в день.

Лечение экстрасистолии проводят методом проб и ошибок, последовательно (по 3–4 дня) оценивая эффект приема антиаритмических препаратов в средних суточных дозах (с учетом противопоказаний), выбирая наиболее подходящий для данного больного. Для оценки антиаритмического эффекта амиодарона может потребоваться несколько недель или даже месяцев (применение более высоких доз амиодарона, например по 1200 мг/сут, может сократить этот период до нескольких дней).

Эффективность амиодарона в подавлении желудочковых экстрасистол составляет 90–95%, соталола — 75%, препаратов класса I C — от 75 до 80% (B. N. Singh, 1993).

Критерий эффективности ААП — исчезновение ощущения перебоев, улучшение самочувствия. Многие кардиологи предпочитают начинать подбор препаратов с назначения β -адреноблокаторов. У больных с органическим поражением сердца при отсутствии эффекта от β -адреноблокаторов применяют Амиодарон, в том числе в комбинации с первыми. У больных с экстрасистолией на фоне брадикардии подбор лечения начинают с назначения препаратов, ускоряющих ЧСС: можно попробовать прием пиндолола (Вискен), эуфиллина (Теопек) или препаратов класса I (Этацизин, Аллапинин, Кинидин Дурулес). Назначение холинолитических препаратов типа белладонны или симпатомиметиков менее эффективно и сопровождается многочисленными побочными явлениями.

В случае неэффективности монотерапии оценивают эффект комбинаций различных ААП в уменьшенных дозах. Особенно популярны комбинации ААП с β -адреноблокаторами или амиодароном.

Есть данные, что одновременное назначение β -адреноблокаторов (и амиодарона) нейтрализует повышенный риск от приема любых антиаритмических средств. В исследовании CAST у больных, перенесших инфаркт миокарда, которые наряду с препаратами класса I C принимали β -адреноблокаторы не было отмечено увеличения смертности. Более того, было выявлено снижение частоты аритмической смерти на 33%!

Особенно эффективна комбинация β -адреноблокаторов и амиодарона. На фоне приема такой комбинации наблюдалось еще большее снижение смертности, чем от каждого препарата в отдельности. Если ЧСС превышает 70–80 уд./мин в покое и интервал P–Q в пределах 0,2 с, то проблемы с одновременным назначением амиодарона и β -адреноблокаторов нет. В случае брадикардии или АВ-блокады I–II степени для назначения амиодарона, β -адреноблокаторов и их комбинации необходима имплантация кардиостимулятора, функционирующего в режиме DDD (DDDR). Есть сообщения о повышении эффективности антиаритмической терапии при сочетании ААП с ингибиторами АПФ, блокаторами рецепторов ангиотензина, статинами и препаратами омега-3-ненасыщенных жирных кислот.

Некоторые противоречия существуют в отношении применения амиодарона. С одной стороны, некоторые кардиологи назначают амиодарон в последнюю очередь — только при отсутствии эффекта от других препаратов (считая, что амиодарон довольно часто вызывает побочные явления и требует длительного «периода насыщения»). С другой стороны, возможно, более рационально начинать подбор терапии именно с амиодарона как наиболее эффективного и удобного для приема препарата. Амиодарон в малых поддерживающих дозах (100–200 мг в день) редко вызывает серьезные побочные явления или осложнения и является скорее даже более безопасным и лучше переносимым, чем большинство других антиаритмических препаратов. В любом случае при наличии органического поражения сердца выбор небольшой: β -адреноблокаторы, амиодарон или соталол. При отсутствии эффекта от приема амиодарона (после «периода насыщения» — как минимум по 600–1000 мг/сут в течение 10 дней) можно продолжить его прием в поддерживающей дозе — 0,2 г/сут и, при необходимости, оценить эффект последовательного добавления препаратов класса I C (Этацизин, Пропафенон, Аллапинин) в половинных дозах.

У больных с сердечной недостаточностью заметное уменьшение количества экстрасистол может отмечаться на фоне приема ингибиторов АПФ и Верошпирона.

Следует отметить, что проведение суточного мониторирования ЭКГ для оценки эффективности антиаритмической терапии утратило свое значение, так как степень подавления экстрасистол не влияет на прогноз. В исследовании CAST выраженное увеличение смертности отмечено на фоне достижения всех критериев полного антиаритмического эффекта: уменьшения общего количества экстрасистол более чем на 50%, парных экстрасистол — не менее чем на 90% и полное устранение эпизодов желудочковой тахикардии. Основным критерием эффективности лечения является улучшение самочувствия. Это обычно совпадает с уменьшением количества экстрасистол, а определение степени подавления экстрасистолии не имеет значения.

В целом последовательность подбора ААП у больных с органическим заболеванием сердца, при лечении рецидивирующих аритмий, включая экстрасистолию, можно представить в следующем виде:

- β -адреноблокатор, амиодарон или соталол.
- Амиодарон + β -адреноблокатор.
- Комбинации препаратов:
- β -адреноблокатор + препарат класса I;
- амиодарон + препарат класса I C;
- соталол + препарат класса I C;
- амиодарон + β -адреноблокатор + препарат класса I C.

У больных без признаков органического поражения сердца можно использовать любые препараты, в любой последовательности или использовать схему, предложенную для больных с органическим заболеванием сердца.

Краткая характеристика ААП:

β -адреноблокаторы. После исследования CAST и опубликования результатов метаанализа исследований по применению ААП класса I, в котором было показано, что практически все ААП класса I способны увеличивать смертность у больных с органическим поражением сердца, β -адреноблокаторы стали самыми популярными антиаритмическими препаратами.

Антиаритмический эффект β -адреноблокаторов обусловлен именно блокадой β -адренергических рецепторов, т. е. уменьшением симпатико-адреналовых влияний на сердце. Поэтому β -адреноблокаторы наиболее эффективны при аритмиях, связанных с симпатико-адреналовыми влияниями — так называемые «катехоламинзависимые» или «адренергические аритмии». Возникновение таких аритмий, как правило, связано с физической нагрузкой или психоэмоциональным напряжением.

Катехоламинзависимые аритмии в большинстве случаев одновременно являются «тахизависимыми», т. е. возникают при достижении определенной критической частоты сердечных сокращений, например во время физической нагрузки частая желудочковая экстрасистолия или желудочковая тахикардия возникают только при достижении частоты синусового ритма 130 сокращений в минуту. На фоне приема достаточной дозы β -адреноблокаторов больной не сможет достичь частоты 130 уд./мин при любом уровне физической нагрузки, таким образом предотвращается возникновение желудочковых аритмий.

β -адреноблокаторы являются препаратами выбора для лечения аритмий при врожденных синдромах удлинения интервала Q–T.

При аритмиях, не связанных с активацией симпатической нервной системы β -адреноблокаторы гораздо менее эффективны, но добавление β -адреноблокаторов нередко значительно увеличивает эффективность других антиаритмических препаратов и снижает риск аритмогенного эффекта ААП класса I. Препараты класса I в сочетании с β -

адреноблокаторами не увеличивают смертность у больных с им поражением сердца (исследование CAST).

При так называемых «вагусных» аритмиях β -адреноблокаторы оказывают аритмогенное действие. «Вагусные» аритмии возникают в состоянии покоя, после еды, во время сна, на фоне урежения ЧСС («брадикардиальные» аритмии). Вместе с тем в некоторых случаях при брадикардиальных аритмиях эффективно применение пиндолола (Вискен) — β -адреноблокатора с внутренней симпатомиметической активностью (ВСА). Кроме пиндолола к β -адреноблокаторам с ВСА относятся окспренолол (Тразикор) и ацебутолол (Сектраль), однако в максимальной степени внутренняя симпатомиметическая активность выражена именно у пиндолола.

Дозы β -адреноблокаторов регулируют в соответствии с антиаритмическим эффектом. Дополнительным критерием достаточной β -блокады является снижение ЧСС до 50 уд./мин в состоянии покоя. В прежние годы, когда основным β -адреноблокатором был пропранолол (Анаприлин, Обзидан), известны случаи эффективного применения пропранолола при желудочковых аритмиях в дозах до 960 мг/сут и более, например до 4 г в день! (R. L. Woosley et al., 1979).

Амиодарон. Амиодарон таблетки 0,2 г (оригинальным препаратом является Кордарон) обладает свойствами всех четырех классов ААП и, кроме того, оказывает умеренное α -блокирующее действие. Амиодарон, несомненно, является самым эффективным из существующих антиаритмических препаратов. Его даже называют «аритмолитическим препаратом».

Основным недостатком амиодарона является высокая частота экстракардиальных побочных эффектов, которые при длительном приеме наблюдаются у 10–75% больных. Однако необходимость в отмене амиодарона возникает у 5–25% (J. A. Johus et al., 1984; J. F. Best et al., 1986; W. M. Smith et al., 1986). К основным побочным эффектам амиодарона относятся: фотосенсибилизация, изменение цвета кожи, нарушение функции щитовидной железы (как гипотиреоз, так и гипертиреоз), повышение активности печеночных трансаминаз, периферические нейропатии, мышечная слабость, тремор, атаксия, нарушения зрения. Большинство этих побочных эффектов обратимы и исчезают после отмены или при уменьшении дозы амиодарона. Гипотиреоз можно контролировать с помощью приема левотироксина. Наиболее опасным побочным эффектом амиодарона является поражение легких («амиодароновое поражение легких») — возникновение интерстициального пневмонита или, реже, легочного фиброза. У большинства больных поражение легких развивается только при длительном приеме сравнительно больших поддерживающих доз амиодарона — более 400 мг/сут. Такие дозы крайне редко применяют в России. Поддерживающая доза амиодарона в России обычно составляет 200 мг/сут или даже меньше (по 200 мг в день 5 дней в неделю). В. Clarke и соавторы (1985) сообщают лишь о трех случаях из 48 наблюдений возникновения этого осложнения на фоне приема амиодарона в дозе 200 мг в сутки.

В настоящее время изучается эффективность дронедарона, деривата амиодарона без йода. Предварительные данные свидетельствуют об отсутствии экстракардиальных побочных эффектов у дронедарона.

Соталол. Соталол (Соталекс, Сотагексал) таблетки 160 мг применяется в средней суточной дозе 240–320 мг. Начинают с назначения 80 мг 2 раза в день. При рефрактерных аритмиях иногда используют прием соталола до 640 мг/сут. β -адреноблокирующее действие соталола проявляется начиная с дозы 25 мг.

На фоне приема соталола имеется повышенный риск развития желудочковой тахикардии типа «пируэт». Поэтому прием соталола желательно начинать в стационаре. При назначении соталола необходимо тщательно контролировать величину интервала Q–T, особенно в первые 3 дня. Корригированный интервал Q–T не должен превышать 0,5 с. В этих случаях риск развития тахикардии типа «пируэт» менее 2%. С увеличением дозы соталола и степени удлинения интервала Q–T значительно увеличивается риск развития

тахикардии типа «пируэт». Если скорректированный интервал Q–T превышает 0,55 с — риск тахикардии типа «пируэт» достигает 11%. Поэтому при удлинении интервала Q–T до 0,5 с необходимо уменьшить дозу соталола или отменить препарат.

Побочные эффекты соталола соответствуют типичным побочным эффектам β-адреноблокаторов.

Этацизин. Этацизин таблетки 50 мг. Наиболее изученный отечественный препарат (создан в СССР). Для лечения аритмий применяется с 1982 г. Быстрое достижение клинического эффекта позволяет с успехом использовать Этацизин у лиц без органического поражения сердца для лечения желудочковых и наджелудочковых нарушений ритма: экстрасистолии, всех вариантов пароксизмальных и хронических тахиаритмий, в том числе мерцательной аритмии, при синдроме Вольфа–Паркинсона–Уайта. Наиболее эффективен Этацизин у пациентов с ночными аритмиями, а также при желудочковой экстрасистолии. Средняя суточная доза Этацизина составляет 150 мг (по 50 мг 3 раза в день). Максимальная суточная доза — 250 мг. При назначении этацизина для предупреждения рецидивирования мерцательной аритмии, наджелудочковых и желудочковых тахикардий его эффективность, как правило, превосходит эффективность других АПП класса I. Препарат хорошо переносится, необходимость в отмене возникает примерно у 4% больных. Основные побочные эффекты: головокружение, головная боль, «онемение» языка, нарушение фиксации зрения. Обычно побочные реакции наблюдаются сравнительно редко, и их выраженность уменьшается после первой недели приема Этацизина.

Аллапинин. Отечественный препарат Аллапинин, таблетки 25 мг (создан также в СССР) применяется в клинической практике с 1986 г. Назначают по 25–50 мг 3 раза в день. Максимальная суточная доза составляет 300 мг. Аллапинин довольно эффективен при наджелудочковых и желудочковых аритмиях. Основные побочные явления — головокружение, головная боль, нарушение фиксации зрения. Необходимость в отмене возникает примерно у 6% больных. Одной из особенностей аллапинина и теоретически его недостатком является наличие β-адреностимулирующего действия.

Пропафенон (Ритмонорм, Пропанорм), таблетки 150 мг, ампулы 10 мл (35 мг). Назначают по 150–300 мг 3 раза в день. При необходимости дозу увеличивают до 1200 мг/сут. Пропафенон, кроме замедления проведения, слегка удлиняет рефрактерные периоды во всех отделах сердца. Кроме того, пропафенон обладает небольшим β-адреноблокирующим действием и свойствами антагонистов кальция.

К основным побочным эффектам пропафенона относятся головокружение, нарушение фиксации зрения, атаксия, тошнота, металлический вкус во рту.

Хинидин. В настоящее время в России используют в основном Кинидин Дурулес, табл. по 0,2 г. Разовая доза составляет 0,2–0,4 г, средняя суточная доза — от 0,6 до 1,0 г. Максимальная суточная доза хинидина в прежние годы (когда хинидин был основным антиаритмическим препаратом) достигала 4,0 г! В настоящее время такие дозы не используются и примерной максимальной суточной дозой хинидина можно считать 1,6 г.

В небольших дозах (600–800 мг/сут) хинидин хорошо переносится. Побочные явления возникают обычно при более высоких дозах. К наиболее частым побочным эффектам при приеме хинидина относятся нарушения функции желудочно-кишечного тракта: тошнота, рвота, понос. Реже отмечают головная боль, головокружения, ортостатическая гипотония. Самое опасное осложнение от приема хинидина — возникновение желудочковой тахикардии типа «пируэт». По данным литературы, это осложнение наблюдается у 1–3% больных, принимающих хинидин.

№	Оценка	отлично	хорошо	удовл	неуд	плохо
	Усвоение в %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% и ниже
1	Теоретическая часть	20-17,2	17-14,2 балл	14-11	10,8-7,4	7,2 балл

		балл		балл	балл	
--	--	------	--	------	------	--

4.2. Аналитическая часть

4.2.1. Ситуационные задачи:

ЗАДАЧА № 1

Мужчина 37 лет.

Жалобы на одышку при незначительной физической нагрузке (ходьба по ровной поверхности), сердцебиение, приступы удушья по ночам, купирующиеся в положении сидя и после приема 2 таблеток нитроглицерина. Вышеописанные жалобы появились полгода назад вскоре после перенесенного гриппа, осложненного постгриппозной пневмонией.

Объективно: Состояние средней тяжести. Акроцианоз, кожные покровы бледные. ЧД = 20 в мин. АД = 110\70 мм рт ст. Границы сердца расширены влево на 3 см. Тоны сердца глухие, ритмичные, ритм галопа. В легких на фоне ослабленного дыхания мелкопузырчатые влажные хрипы в нижних отделах. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, слегка болезненная при пальпации. Пастозность голеней и стоп.

ЭКГ: Ритм синусовый 97 в мин.. Одиночная желудочковая экстрасистолия. Блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса. Признаки ГЛЖ.

ВОПРОСЫ:

1. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза и их ожидаемые результаты?
2. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
3. Тактика лечения пациента

Ответ: Осн: ИБС Аритмическая форма.

Соп: Хроническая пневмония.

Осл: НК II Б.

ЗАДАЧА № 2

Мужчина 75 лет.

В течение 2 лет отмечает появление головокружения, слабости, эпизодов «потемнения в глазах», пошатывание при ходьбе. Ухудшение самочувствия за последние 2 месяца: появились кратковременные синкопальные состояния. Дважды по «скорой» регистрировались приступы мерцания предсердий, купирующиеся самостоятельно.

При осмотре: ЧСС 50 уд\мин., АД 160\70 мм рт ст.

ЭКГ: Синусовая брадиаритмия 50-58 уд\мин. Диффузные изменения миокарда.

ВОПРОСЫ:

1. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза?
2. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
3. Тактика лечения пациента.

ЗАДАЧА № 3

Мужчина 61 лет.

В течение 2 лет отмечает появление головокружения, слабости, эпизодов «потемнения в глазах», пошатывание при ходьбе. Ухудшение самочувствия за последние 2 месяца: появились кратковременные синкопальные состояния. Дважды по «скорой» регистрировались приступы мерцания предсердий, купирующиеся самостоятельно.

При осмотре: ЧСС 50 уд\мин., АД 160\70 мм рт ст.

ЭКГ: Синусовая брадиаритмия 50-58 уд\мин. Диффузные изменения миокарда.

ВОПРОСЫ:

1. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза?
2. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
3. Тактика лечения пациента.

ЗАДАЧА № 4

Мужчина 43 лет.

В течение 2 лет отмечает появление головокружения, слабости, эпизодов «потемнения в глазах», пошатывание при ходьбе. Ухудшение самочувствия за последние 3 месяца: появились кратковременные синкопальные состояния. Дважды по «скорой» регистрировались приступы мерцания предсердий, купирующиеся самостоятельно.

При осмотре: ЧСС 50 уд\мин., АД 160\70 мм рт ст.

ЭКГ: Синусовая брадиаритмия 50-58 уд\мин. Ишемические поражения верхушечной области и перегородки. Диффузные изменения миокарда.

ВОПРОСЫ:

1. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза?
2. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
3. Тактика лечения пациента.

ЗАДАЧА № 5

Мужчина 45 лет.

В течение 1 года отмечает перебои в работе сердца, Дважды по «скорой» регистрировались приступы мерцания предсердий, купирующиеся самостоятельно.

При осмотре: ЧСС 50 уд\мин., АД 160\70 мм рт ст.

ЭКГ: Синусовая брадиаритмия 50-58 уд\мин. Диффузные изменения миокарда.

ВОПРОСЫ:

1. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза?
2. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
3. Тактика лечения пациента.

ЗАДАЧА № 6.

Мужчина 37 лет.

Жалобы на одышку при незначительной физической нагрузке (ходьба по ровной поверхности), сердцебиение, приступы удушья по ночам, купирующиеся в положении сидя и после приема 2 таблеток нитроглицерина. Вышеописанные жалобы появились полгода назад вскоре после перенесенного гриппа, осложненного постгриппозной пневмонией.

Объективно: Состояние средней тяжести. Акроцианоз, кожные покровы бледные. ЧД = 20 в мин. АД = 110\70 мм рт ст. Границы сердца расширены влево на 3 см. Тоны сердца глухие, ритмичные, ритм галопа. В легких на фоне ослабленного дыхания мелкопузырчатые влажные хрипы в нижних отделах. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, слегка болезненная при пальпации. Пастозность голеней и стоп.

ЭКГ: Ритм синусовый 97 в мин.. Одиночная желудочковая экстрасистолия.

Блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса. Признаки ГЛЖ.

ВОПРОСЫ:

1. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза и их ожидаемые результаты?
2. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
3. Тактика лечения пациента

ЗАДАЧА № 7

Мужчина 75 лет.

В течение 2 лет отмечает появление головокружения, слабости, эпизодов «потемнения в глазах», пошатывание при ходьбе. Ухудшение самочувствия за последние 2 месяца: появились кратковременные синкопальные состояния. Дважды по «скорой» регистрировались приступы мерцания предсердий, купирующиеся самостоятельно.

При осмотре: ЧСС 50 уд\мин., АД 160\70 мм рт ст.

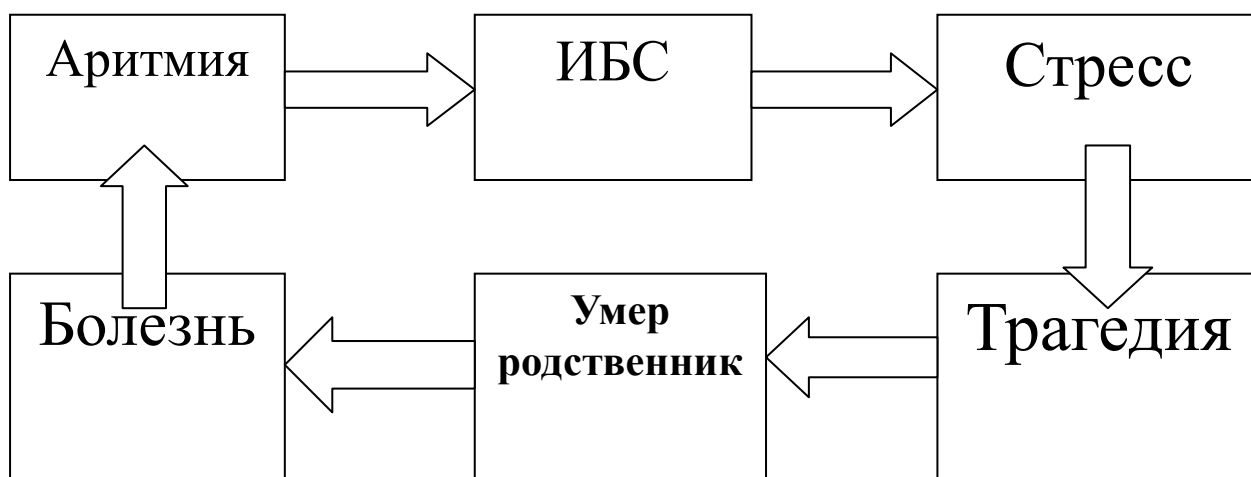
ЭКГ: Синусовая брадиаритмия 50-58 уд\мин. Диффузные изменения миокарда.

№	Оценка	отлично	хорошо	удовл	неуд	плохо
	Усвоение в %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% и ниже
2	Ситуационная задача	50-43 балл	42,5- 35,5 балл	35- 27,5 балл	27-18,5 балл	18 балл

№	Оценка	отлично	хорошо	удовл	неуд	плохо
	Усвоение в %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% и ниже
3	Тест	15-12,9 балл	12,7-10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5 балл	5,4 балл

4.2.2 графический органайзер: «Почему?»

1. Это целая цепочка рассуждений по выявлению исходной причины проблемы.
2. Развивает и активизирует системное, творческое, аналитическое мышление.
3. Знакомятся с правилами построения схемы «Почему?»
4. Индивидуально / в парах формируют проблему. Рисуют стрелку с вопросом «Почему?» и пишут ответ на этот вопрос. Этот процесс продолжается до тех пор. Пока не будет установлена исходная причина проблемы.
5. объединяются в мини группы. Сравнивают и дополняют свои схемы. Сводят в общую.
6. презентация результатов.



4.3. Практическая часть.

Перечень навыков, которым ВОП должен владеть после завершения занятий по

данной тематике

№ этапа	Показатели/ интерпретация	Не выполнено	Выполнено полностью
	Курация больного	0	50
	ЭКГ		
	Холтеровское мониторирование		
	ЭхоКС		
	Дифференциальная диагностика	0	20
	Обоснование диагноза	0	10
	Назначение лечения	0	10
	Рекомендации	0	10
ИТОГО		0	100

№	Оценка	отлично	хорошо	удовл	неуд	плохо
	Усвоение в %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% и ниже
4	Практическая часть	15-12,9 балл	12,75-10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5-балл	5,4 балл

5. Формы контроля знаний, навыков, умений:

- устный
- письменный
- решение ситуационных задач
- демонстрация освоенных практических навыков

5.1. Критерии оценок знаний и умение практических навыков студентов.

№	Оценка	отлично	хорошо	удовл	неуд	плохо
	Усвоение в %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% и ниже
1	Теоретическая часть	20-17,2 балл	17-14,2 балл	14-11 балл	10,8-7,4 балл	7,2 балл
2	Ситуационные задачи	50-43 балл	42,5- 35,5 балл	35- 27,5 балл	27-18,5 балл	18 балл
3	Тест	15-12,9 балл	12,7-10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5 балл	5,4 балл
4	Практическая часть	15-12,9 балл	12,75-10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5-балл	5,4 балл

6. Критерии оценки текущего контроля

Уровни оценок	Рейтинг баллы	Характеристика работы студента
	20	Балл присутствия на практическом занятии. Полное отсутствие уровня знаний и не умение выполнить практический навык – студент абсолютно не готов к практическому занятию.
Не удовлетворительно	20 - 54,9	Студент отвечает неудовлетворительно. Студенты не владеет базовыми уровнями знаний и навыков, хотя бы одного из нижеперечисленных:

		<ul style="list-style-type: none"> • Не знает клинические проявления синусовой тахикардии. • Не знает клинические признаки дыхательной аритмии. • Не знает клинические признаки экстрасистолии. • Не знает механизм возникновения синусовой тахикардии, дыхательной аритмии, экстрасистолии. • Не способен собрать рациональный анамнез во время приема больных с сердцебиением. • Во время приема не способен объективно оценить состояние больных с сердцебиением. • Не способен рационально составлять план обследования больных с сердцебиением в условиях СВП или СП.
Обеспечение базового уровня знаний и навыков		
Удовлетворительно 55-70,9%	55-60,9	Удовлетворительный ответ низкого качества. Студент старается владеть базовыми уровнями знаний и навыков (см.ниже), но при ответе или выполнении навыков допускают серьезные ошибки.
	61-65,9	Удовлетворительный ответ средней степени. Студент владеет базовыми уровнями знаний и навыков (см.ниже), но при ответе или выполнении навыков допускают ошибки (возможны отдельные погрешности)
	66-70,9	Удовлетворительный ответ высокого качества. Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков: <ul style="list-style-type: none"> • Знает клинические признаки синусовой тахикардии, дыхательной аритмии, экстрасистолии. • Знает механизм возникновения синусовой тахикардии, дыхательной аритмии и экстрасистолии. • Знает дифференциальную диагностику нарушений ритма. • Знает медикаментозные препараты, используемые для лечения аритмии, их фармакодинамику и дозировку.
Продвинутый уровень знаний		
Хорошо 71-85,9%	71-75,9	Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (указанные в пункте «66-70,9») + владеет следующими знаниями и навыками: <ul style="list-style-type: none"> • Знает клиническую диагностику аритмии • Знает классификацию аритмий
	76-80	Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «71-75,9», а также владеет следующими знаниями и навыками: <ul style="list-style-type: none"> • Знает клинические и ЭКГ диагностику синусовой тахикардии, дыхательной аритмии и экстрасистолии. • Знает принципы первичной, вторичной и

		третичной профилактики нарушений ритма.
	81-85,9	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «71-75,9» и «76-80», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Может правильно подобрать медикаментозные препараты для лечения нарушений ритма, с учетом индивидуального подхода. • Принципы ведения, наблюдения и мониторинга больных с нарушением ритма в условиях СВП или СП.
Отлично 86-100%	86-90	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «81-85,9», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Умеет провести консультацию по вопросам немедикаментозных и медикаментозных советов с использованием навыков МЛЮ.
	91-95	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «86-90», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Принципы диспансеризации и реабилитации больных с нарушением ритма в условиях СВП или СП • Умеет предоставлять достоверную информацию о нарушениях ритма на основании интернет данных
	96-100	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «91-95», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Предоставил научные данные на основе литературы (статьи и интернет)

Примечание: Базовый уровень знаний и навыков – это минимум знаний, который обеспечивает принцип «безопасности» для пациента.

7. Контрольные вопросы:

1. Критерии диагноза при миграции водителей ритма.
2. Критерии диагноза при слабости синусового узла.
3. Критерии диагноза при экстрасисталии.
4. Дифференциальная диагностика миграции водителей ритма, слабости синусового узла и экстрасисталии.
5. Медикаментозное лечение при миграции водителей ритма, слабости синусового узла и экстрасисталии.

6. Показания и противопоказания сердечных гликозидов при аритмии.
7. Картина ЭКГ при экстрасистолии.
8. Медикаментозное лечение при слабости синусового узла.
9. Медикаментозное лечение при экстрасистолии.
10. Тактика ВОП (направление на обследование и госпитализацию).

8. Рекомендуемая литература

Основные

1. Ички касалликлар, Шарапов У.Ф. Т: Ибн Сино, 2003
2. Ички касалликлар, Бобожанов С. Т: Янги аср авлод, 2008
3. Внутренние болезни, том 1 Мухин Н.А. М.: ГЭОТАР - Медиа, 2009
6. Гериатрия в деятельности врача общей практики Насреддинова Н.Н. Т: Шарк, 2004
7. Textbook of Internal Medicine Editor-in-Chief William N. Kelley 1997

Дополнительные

1. Умумий амалиёт врачлар учун маърузалар туплами , Гадаев А.Г., Т., 2012
2. Сборник практических навыков для врачей общей практики. Гадаев А., Ахмедов Х.С. Т., 2010.
3. Умумий амалиёт врачлар учун амалий куникмалар туплами Гадаев А.Г., Ахмедов Х.С., 2010. Т.
4. Терапевтический справочник Вашингтонского Под ред. М.Вудли М.: Практика, 2000.
5. 2007.
6. Диагностика болезней внутренних органов. Окороков А.Н. Все томы. 2005.
7. Лечение болезней внутренних органов. Окороков А.Н. Все томы. 2005.
8. Дифференциальный диагноз внутренних болезней. Виноградов А.В. М.: Медицинское информационное агенство, 2009.
9. Внутренние болезни: учебник.- в 2-х т. (1т) Под ред. Мартынова и др. М.: ГЭОТАР - Медиа, 2005:

9. Хронологическое содержание занятия

Время	Мероприятия	Содержание	Материалы	Продолжительность занятия
8.30– 9.30	Утренняя конференция	Доклад дежурных врачей и субординаторов по дежурству.	Истории болезни, кодоскоп.	1 час
9.15-10.00	Клинический аудит выписывающихся больных.	Подробный доклад студентов о выписываемых больных.		45 минут

10.05-10.45	Теоретический разбор темы	Проверка исходного уровня подготовленности студентов с применением метода «мозговой штурм». Опрос студентов по теме занятия. Студентам раздаются ЭКГ, которые они должны анализировать, расшифровать и дать заключение. Решение ситуационных задач по данной теме.	Ситуационные задачи, таблицы, соответствующие теме занятия, учебные доски.	40 минут
10.45 -11.05.	Проработка практических навыков.	Студент под надзором преподавателя должен выполнить минимум два практического навыка.	Больной или волонтер.	20 минут
11.05-11.45	Курация больных в отделении.	Каждый студент курирует больных определенной палаты.	Больной, фонендоскоп, тонометр, история болезни (с данными клинико-лабораторных исследований).	40 минут
11.45-12.15	Перерыв			30 мин
12.20-13.20	Разбор тематического больного	Проводится полный осмотр больного по теме занятия или пациентов, готовящихся к выписке, анализ данных лабораторно-инструментального исследования, обоснованием предварительного диагноза. Определяется план лечения с дозами препаратов.	Больной, фонендоскоп, тонометр, история болезни (с данными клинико-лабораторных исследований).	1 час

Практическое занятие №9

Тема: «Аритмии. Дифференциальная диагностика мерцания, трепетания предсердий и желудочков (постоянной и пароксизмальной), пароксизмальной тахикардии, синдрома преждевременного возбуждения желудочков. Тактика ВОП. Принципы профилактики.»

Технология обучения.

Учебное время: 6 час	
Структура учебного занятия	1. Учебный тематический кабинет кафедры. Кабинет ЭКГ. 2. Учебные пособия, раздаточный материал, сборник ситуационных задач и тестов

	<p>3. Больничные палаты в отделениях кардиологии и кардиореанимации</p> <p>4. Телевизор, видео аппаратура, мультимедиа</p>
<p>Цель учебного занятия: Научить ВОП вопросам своевременной диагностики и дифференциальной диагностики, выбору оптимального варианта лечебной тактики при нарушениях ритма, обусловленных различными заболеваниями, а также принципам ведения больных в условиях первичного звена здравоохранения, предусмотренных требованиями "Квалификационной характеристики врача общей практики»</p>	
<p>Педагогические задачи:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Рассмотреть вопросы диагностики и дифференциальной диагностики нарушений ритма. 2. Продемонстрировать больных с аритмиями. 3. Обсудить данные клинико-лабораторно-инструментальных исследований при нарушениях ритма. 4. Провести дифференциальную диагностику различных аритмий. 5. Обучить ВОП оказанию дифференцированного лечения нарушений ритма. 6. Обсудить вопросы касательно тактики ведения в рамках квалификационной характеристики ВОП 7. Обсудить принципы лечения (немедикаментозные и медикаментозные). 8. Обсудить принципы ведения, наблюдения и мониторинга больных в условиях СВП или СП. 9. Обсудить принципы первичной, вторичной и третичной профилактики при данных состояниях. 	<p>Результаты учебной деятельности:</p> <p><u>ВОП должен знать:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Механизм возникновения пароксизмальных тахикардий, экстрасистолии, мерцания и трепетания предсердий (постоянной и пароксизмальной) и желудочков, синдрома преждевременного возбуждения желудочков. 2. Клинические проявления различных нарушений ритма. 3. Дифференциальную диагностику суправентрикулярных и желудочковых нарушений ритма. 4. Медикаментозные препараты, используемые при лечении суправентрикулярных и желудочковых аритмий, их фармакодинамику и дозировку. 5. Принципы диспансерного наблюдения и мониторинга больных в условиях СВП или СП. 6. Принципы первичной, вторичной и третичной профилактики при данных состояниях. <p><u>ВОП должен уметь:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Диагностировать, дифференцировать по данным клиники и ЭКГ различные виды аритмий сердца; 2. Выбрать препараты с доказанной эффективностью 3. Консультировать по немедикаментозным методам лечения. 4. Провести мониторинг в условиях СВП или СП.
<p>Методы обучения</p>	<p>Метод "мозговой штурм", графический органайзер – концептуальная таблица, демонстрация, видео просмотр, дискуссия, беседа, решение тестов и ситуационных задач</p>
<p>Формы организации учебной деятельности</p>	<p>Индивидуальная работа, работа в группах, коллективная, аудиторная, внеаудиторная.</p>
<p>Средства обучения</p>	<p>Раздаточные учебные материалы визуальные материалы, видеофильмы, муляжи, графические органайзеры, истории болезни, таблицы, стенды, учебные пособия, учебные материалы, ЭКГ больных</p>
<p>Способы и средства обратной связи</p>	<p>Блиц-опрос, тестирование, презентация результатов выполнения учебного задания, заполнение истории болезни, выполнение практического навыка «профессиональный респрос»</p>

Технологическая карта занятия

Тема: «Аритмии. Дифференциальная диагностика мерцания, трепетания предсердий и желудочков (постоянной и пароксизмальной), пароксизмальной тахикардии, синдрома преждевременного возбуждения желудочков. Тактика ВОП. Принципы профилактики.»

№	Этапы практического занятия	Форма занятия Место проведения	Длит-ть занятия 225
1	Вводная часть (обоснование темы)		10
2	Обсуждение темы практического занятия с применением новых педагогических технологий (метод “мозговой штурм”), а также демонстрационного материала (истории болезни, таблицы, плакаты, рентгенограммы), определение исходного уровня.	Опрос, обсуждение Учебная комната, палаты	40
3	Вывод обсуждения		10
4	Определение задания для выполнения практической части - профессиональный расспрос. Объяснение положений и рекомендаций для выполнения задания по заполнению историй болезни.	Обсуждение	20
5	Освоение практической части занятия под руководством преподавателя.	Проф. расспрос. Беседа с больными и заполнение истории болезни, ситуационные задачи. Осмотр больных в палатах	20
6	Интерпретация данных обследования больных- жалобы, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация больных, а также исследования ОАМ, ОАК и биохимические анализы и постановка диагноза	Истории болезни, лабораторные данные ситуационные задачи	25
7	Обсуждение теоретических, практических знаний студентов, закрепление материала, определение уровня усвоения оценки знаний.	Устный опрос, тесты, обсуждение, определение практических навыков Учебная комната	75
8	Определение вывода по теме практического занятия, оценка по 100 бальной системе и объявление оценок. Домашнее задание следующего практического занятия (сборник	Информация, вопросы для самостоятельной работы. Учебная комната	25

вопросов).		
------------	--	--

2.Мотивация.

На сегодняшний день аритмия является наиболее частой причиной внезапной смерти и прогрессирующей недостаточности кровообращения, поэтому знание разновидностей аритмий, диагностики их, тактики экстренной помощи и дальнейшей терапии являются обязательными для ВОП и способствует снижению случаев смерти при жизнеопасных нарушениях ритма снижению инвалидности при тяжелых нарушениях ритма и улучшению качества жизни.

3. Межпредметная и внутрипредметная взаимосвязь

Преподавание данной темы базируется на знании студентами основ нормального ритма сердца, анатомии сердца, гистологии, нормальной физиологии и патофизиологии (где можно использовать знания, полученные во время занятия, их взаимосвязь с другими предметами).

Существует тесная взаимосвязь между клиническими проявлениями мерцания трепетания предсердий, пароксизмальной тахикардии, синдрома WPW с другими заболеваниями. В частности ВОП должен дифференцировать эти состояния от других эндокринологических заболеваний (тиреотоксикоз), кардиохирургией, неврологическими (функциональная пароксизмальная тахикардия).

4.Содержание занятия:

4.1. Теоретическая часть

Мерцание и трепетание предсердий (мерцательная аритмия) - хаотичное сокращение отдельных групп мышечных волокон, при котором предсердия в целом не сжимаются, а желудочки работают неритмично, обычно с частотой от 100 до 150 ударов в минуту. Мерцание предсердий может быть стойким или приступообразным. Наблюдается при митральных пороках сердца, ишемической болезни сердца, тиреотоксикозе, алкоголизме.

Симптомы и лечение. Мерцательная аритмия может не ощущаться больным или ощущаться как сердцебиение. Пульс неправильный, звучность тонов сердца изменчива. Частый ритм сокращения желудочков способствует появлению или нарастанию сердечной недостаточности. Отмечается склонность к образованию тромбов.

Лечение. В большинстве случаев цель - не восстановление правильного ритма, а его урежение. Для этого используют дигоксин (внутривенно и внутрь). Лечение основного заболевания - тиреотоксикоза, миокардита, оперативное устранение пороков сердца, прекращение приема алкоголя. Для восстановления правильного ритма применяют хинидин, новокаинамид, верапамил, дизопирамид (ритмилен, норпасе). Проводят частую внутрисердечную или чрезпищеводную стимуляцию предсердий, электроимпульсную терапию.

Пароксизмальная тахикардия

Пароксизмальная тахикардия – это приступ резко учащенного сердцебиения с частотой сердечных сокращений от 130 до 200 и более в минуту. Обычно приступ начинается внезапно и также внезапно заканчивается. Длительность приступа от нескольких секунд до нескольких часов и суток.

При **пароксизмальной тахикардии** в каком либо из отделов проводящей системы сердца возникает очаг возбуждения, генерирующий электрические импульсы большой

частоты. Такой очаг может возникнуть в клетках проводящей системы предсердий или желудочков.

Соответственно, **пароксизмальная тахикардия** бывает:

- предсердная
- желудочковая.

Предсердная пароксизмальная тахикардия характеризуется обычно правильным сердечным ритмом. Причина ее преходящее кислородное голодание сердечной мышцы, эндокринные нарушения, нарушения количества электролитов (кальция, хлора, калия) в крови. Чаще всего источник повышенного производства электрических импульсов – предсердно-желудочковый узел. Больной жалуется на частые сердцебиения, неприятные ощущения в грудной клетке. Иногда появляются боли в сердце, одышка. Часто приступ тахикардии сопровождается головокружением, слабостью. Если приступ **пароксизмальной тахикардии** вызван нарушениями работы вегетативной нервной системы, у пациента может появиться повышение артериального давления, озноб, чувство нехватки воздуха, ощущение кома в горле, обильное и учащенное мочеиспускание после приступа. Диагноз ставится на основании прослушивания у больного частых сердцебиений. Вид пароксизмальной тахикардии уточняется при анализе электрокардиограммы. Иногда такие приступы бывают кратковременными и их невозможно увидеть на обычной электрокардиограмме. Тогда проводят суточное мониторирование – постоянную запись электрокардиограммы в течение суток. Больные с предсердной формой пароксизмальной тахикардии должны быть хорошо обследованы, так как лечение во многом зависит от вызвавшего пароксизм заболевания.

Желудочковые формы пароксизмальной тахикардии возникают, когда очаг возбуждения генерирующий частые электрические импульсы находится в желудочках или межжелудочковой перегородке. Желудочковая пароксизмальная тахикардия может быть опасной, потому, что у нее есть склонность к превращению в фибрилляцию желудочков. При этом сокращается не вся мышца желудочков, а отдельные ее волокна в беспорядочном ритме. Тогда сердце не может выполнять свою работу, так как собственно фазы систолы и диастолы отсутствуют. Возникают тяжелые нарушения кровообращения, шок, отек легких. Причиной **желудочковой пароксизмальной тахикардии** бывают в основном острые и хронические формы ишемической болезни сердца (ИБС), реже это кардиомиопатия, воспалительные заболевания мышцы сердца, пороки сердца. У 2% больных желудочковые формы пароксизмальной тахикардии возникают на фоне приема сердечных гликозидов. Это один из признаков передозировки сердечных гликозидов. А у небольшого количества больных причину выяснить не удастся. На электрокардиограмме определяются характерные для желудочковой пароксизмальной тахикардии комплексы.

Лечение пароксизмальной тахикардии.

Для борьбы с приступом **пароксизмальной тахикардии** сначала используют простые методы:

- Проба Вальсальвы. Пациент натуживается (напрягает мышцы живота, конечностей) в течение 15 секунд с интервалом 1-2 минуты.
- Проба Чермика-Геринга – массаж области разветвления общей сонной артерии на шее в течение 15 секунд. Сначала слева, затем справа, с интервалом 1-2 минуты.

Такой метод опасен у пожилых больных и при выраженном атеросклерозе сосудов.

При выполнении этих методик желательна постоянная запись электрокардиограммы. Иногда приступ заканчивается после приема корвалола, валокордина или одной таблетки реланиума.

Если все это не помогает, назначается прием одной таблетки этацизина, этмозина, анаприлина, финоптина, новокаинамида или соталекса.

Если и после этого пароксизм сохраняется, вводят внутривенно один из антиаритмических препаратов (новокаинамид, финоптин, ритмилен, кордарон или ритмонорм). При отсутствии эффекта проводят электроимпульсную терапию.

При лечении желудочковой формы пароксизмальной тахикардии чаще всего используют препарат лидокаин. Он наиболее эффективен. Вводят лидокаин внутримышечно и внутривенно. В случае неудачи назначается новокаинамид, ритмилен, кордарон.

Если ритм восстановить не удалось, используется электроимпульсная терапия.

Если приступ пароксизмальной тахикардии возник у пациента впервые, больной обязательно должен быть обследован. Под контролем холтеровского мониторирования пациенту подбирают противоаритмический препарат. При редких пароксизмах (1-2 раза в месяц) противоаритмическое лечение назначают на 3-4 недели. При частых приступах лечение длительное – месяцы и годы.

Синдром WPW

При синдроме WPW встречается несколько вариантов наджелудочковых тахикардий. Наибольшую опасность представляет мерцательная аритмия с антероградным проведением через дополнительный путь. Она может приводить к обмороку, а в редких случаях даже к внезапной смерти. При подозрении на обмороки, обусловленные проведением возбуждения через дополнительный путь или повторным входом возбуждения в АВ-узел, проводят электрофизиологическое исследование. Оно позволяет установить механизм тахикардии и выбрать тактику лечения.

Синдромом WPW называют наличие электрокардиографических признаков предвозбуждения желудочков в сочетании с пароксизмальными тахиаритмиями. Это самый частый из синдромов предвозбуждения желудочков. Анатомическим субстратом его служит дополнительный путь проведения от предсердий к желудочкам - так называемый пучок Кента.

Гистологически пучок Кента состоит из клеток, напоминающих кардиомиоциты предсердий. Расположение пучка по отношению к клапанным кольцам может быть любым, пучков может быть сразу несколько.

Синдром WPW нередко сочетается с врожденными пороками сердца, в частности с аномалией Эбштейна.

Электрокардиографические признаки предвозбуждения желудочков включают укорочение интервала PQ (меньше 0,12 с), расширение комплекса QRS и деформацию начальной его части (дельта-волна). Это результат слияния двух волн возбуждения: одна идет по дополнительному пути, другая - как обычно, через АВ-узел и систему Гиса-Пуркинье. Их взаимодействие и определяет степень предвозбуждения желудочков.

Пароксизмальная наджелудочковая тахикардия при синдроме WPW обычно ортодромная (с узкими комплексами QRS): импульс от предсердий к желудочкам идет через АВ-узел, а обратно - по дополнительному пути (см. "Ортодромная тахикардия с участием скрытых путей проведения"). Существенно реже (5% случаев) встречается антидромная тахикардия (с широкими комплексами QRS): импульс от предсердий к желудочкам идет по дополнительному пути, а обратно - через АВ-узел.

При синдроме WPW по невыясненным причинам существенно чаще, чем у здоровых людей, встречаются мерцательная аритмия и трепетание предсердий, а поскольку в дополнительных путях в отличие от АВ-узла не происходит задержки проведения, ЧСС может во время пароксизмов быть очень высокой, что чревато фибрилляцией желудочков.

Задачи электрофизиологического исследования сердца при подозрении на синдром WPW таковы:

- подтвердить диагноз;
- определить количество дополнительных путей и их локализацию;
- выяснить роль дополнительных путей в возникновении аритмий;

- оценить, насколько для данного больного опасны мерцательная аритмия и трепетание предсердий ;
- выбрать метод лечения.

ЛЕЧЕНИЕ. Цель медикаментозного лечения - воздействовать на электрофизиологические свойства (рефрактерность и скорость проведения) одного или нескольких участков контура повторного входа возбуждения. Чтобы повлиять на антероградное АВ-проведение, чаще всего используют бета-адреноблокаторы или антагонисты кальция (верапамил , дилтиазем), а чтобы замедлить проведение по дополнительным путям - хинидин или флекаинид .

Купируют пароксизмы наджелудочковой тахикардии при синдроме WPW также, как при ортодромией тахикардии с участием скрытых дополнительных путей проведения. Учащающаяся предсердная или желудочковая ЭКС почти всегда купирует пароксизмы наджелудочковой тахикардии, но из-за риска того, что она может вызвать мерцательную аритмию, ее при синдроме WPW не применяют.

При мерцательной аритмии с высокой, угрожающей жизни ЧСС показана экстренная электрическая кардиоверсия . Если ситуация не столь опасна, то, чтобы снизить ЧСС, в/в вводят лидокаин (3-5 мг/кг в течение 2-3 мин) или прокаионамид (15 мг/кг в течение 15-20 мин). Сердечные гликозиды и верапамил в/в противопоказаны, так как они укорачивают рефрактерный период дополнительных путей проведения, что может привести к дальнейшему увеличению ЧСС и фибрилляции желудочков ; постоянный прием верапамила внутрь таким действием, однако, не обладает. Бета-адреноблокаторы в данном случае ЧСС не снижают, так как импульсы проводятся в обход АВ-узла по дополнительному пути.

Оперативное рассечение дополнительных путей проведения позволяет полностью устранить пароксизмальные наджелудочковые тахикардии и сильно уменьшить риск мерцательной аритмии , но сейчас этот метод применяют только при невозможности или неуспехе катетерной деструкции - другого радикального метода лечения. При гемодинамически значимых тахиаритмиях катетерная деструкция дополнительных путей - метод выбора. Вероятность успеха - 90% (оперативное лечение дает те же результаты), а число осложнений и стоимость катетерной деструкции существенно ниже.

№	Оценка	отлично	хорошо	удовл	неуд	плохо
1	Усвоение в %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% и ниже
2	Теоретическая часть	20-17,2 балл	17-14,2 балл	14-11 балл	10,8-7,4 балл	7,2 балл

4.2 Аналитическая часть

4.2.1 Ситуационные задачи:

ЗАДАЧА № 1

Мужчина 37 лет.

Жалобы на одышку при незначительной физической нагрузке (ходьба по ровной поверхности), сердцебиение, приступы удушья по ночам, купирующиеся в положении сидя и после приема 2 таблеток нитроглицерина. Вышеописанные жалобы появились полгода назад вскоре после перенесенного гриппа, осложненного постгриппозной пневмонией.

Объективно: Состояние средней тяжести. Акроцианоз, кожные покровы бледные. ЧД = 20 в мин. АД = 110/70 мм рт ст. Границы сердца расширены влево на 3 см. Тоны сердца глухие, ритмичные, ритм галопа. В легких на фоне

ослабленного дыхания мелкопузырчатые влажные хрипы в нижних отделах. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, слегка болезненная при пальпации. Пастозность голеней и стоп.

ЭКГ: Ритм синусовый 97 в мин.. Одиночная желудочковая экстрасистолия.

Блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса. Признаки ГЛЖ.

ВОПРОСЫ:

1. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза и их ожидаемые результаты?
2. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
3. Тактика лечения пациента

ЗАДАЧА № 2

Мужчина 75 лет.

В течение 2 лет отмечает появление головокружения, слабости, эпизодов «потемнения в глазах», пошатывание при ходьбе. Ухудшение самочувствия за последние 2 месяца: появились кратковременные синкопальные состояния. Дважды по «скорой» регистрировались приступы мерцания предсердий, купирующиеся самостоятельно.

При осмотре: ЧСС 50 уд\мин., АД 160\70 мм рт ст.

ЭКГ: Синусовая брадиаритмия 50-58 уд\мин. Диффузные изменения миокарда.

ВОПРОСЫ:

1. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза?
2. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
3. Тактика лечения пациента.

ЗАДАЧА № 3

Мужчина 61 лет.

В течение 2 лет отмечает появление головокружения, слабости, эпизодов «потемнения в глазах», пошатывание при ходьбе. Ухудшение самочувствия за последние 2 месяца: появились кратковременные синкопальные состояния. Дважды по «скорой» регистрировались приступы мерцания предсердий, купирующиеся самостоятельно.

При осмотре: ЧСС 50 уд\мин., АД 160\70 мм рт ст.

ЭКГ: Синусовая брадиаритмия 50-58 уд\мин. Диффузные изменения миокарда.

ВОПРОСЫ:

1. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза?
2. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
3. Тактика лечения пациента.

ЗАДАЧА № 4

Мужчина 43 лет.

В течение 2 лет отмечает появление головокружения, слабости, эпизодов «потемнения в глазах», пошатывание при ходьбе. Ухудшение самочувствия за последние 3 месяца: появились кратковременные синкопальные состояния. Дважды по «скорой» регистрировались приступы мерцания предсердий, купирующиеся самостоятельно.

При осмотре: ЧСС 50 уд\мин., АД 160\70 мм рт ст.

ЭКГ: Синусовая брадиаритмия 50-58 уд\мин. Ишемические поражения верхушечной области и перегородки. Диффузные изменения миокарда.

ВОПРОСЫ:

1. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза?
2. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
3. Тактика лечения пациента.

ЗАДАЧА № 5

Мужчина 45 лет.

В течение 1 года отмечает перебои в работе сердца, Дважды по «скорой» регистрировались приступы мерцания предсердий, купирующиеся самостоятельно.

При осмотре: ЧСС 50 уд\мин., АД 160\70 мм рт ст.

ЭКГ: Синусовая брадиаритмия 50-58 уд\мин. Диффузные изменения миокарда.

ВОПРОСЫ:

1. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза?
2. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
3. Тактика лечения пациента

ЗАДАЧА № 6.

Мужчина 37 лет.

Жалобы на одышку при незначительной физической нагрузке (ходьба по ровной поверхности), сердцебиение, приступы удушья по ночам, купирующиеся в положении сидя и после приема 2 таблеток нитроглицерина. Вышеописанные жалобы появились полгода назад вскоре после перенесенного гриппа, осложненного постгриппозной пневмонией.

Объективно: Состояние средней тяжести. Акроцианоз, кожные покровы бледные. ЧД = 20 в мин. АД = 110\70 мм рт ст. Границы сердца расширены влево на 3 см. Тоны сердца глухие, ритмичные, ритм галопа. В легких на фоне ослабленного дыхания мелкопузырчатые влажные хрипы в нижних отделах. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, слегка болезненная при пальпации. Пастозность голеней и стоп.

ЭКГ: Ритм синусовый 97 в мин.. Одиночная желудочковая экстрасистолия.

Блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса. Признаки ГЛЖ.

ВОПРОСЫ:

1. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза и их ожидаемые результаты?
2. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
3. Тактика лечения пациента

ЗАДАЧА № 7

Мужчина 75 лет.

В течение 2 лет отмечает появление головокружения, слабости, эпизодов «потемнения в глазах», пошатывание при ходьбе. Ухудшение самочувствия за последние 2 месяца: появились кратковременные синкопальные состояния. Дважды по «скорой» регистрировались приступы мерцания предсердий, купирующиеся самостоятельно.

При осмотре: ЧСС 50 уд\мин., АД 160\70 мм рт ст.

ЭКГ: Синусовая брадиаритмия 50-58 уд\мин. Диффузные изменения миокарда.

№	Оценка	Отлично	хорошо	удовл	неуд	плохо
	Усвоение в %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% и ниже
2	Ситуационная задача	50-43 балл	42,5- 35,5 балл	35- 27,5 балл	27-18,5 балл	18 балл

№	Оценка	отлично	хорошо	удовл	неуд	плохо
	Усвоение в %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% и ниже
3	Тест	15-12,9 балл	12,7-10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5 балл	5,4 балл

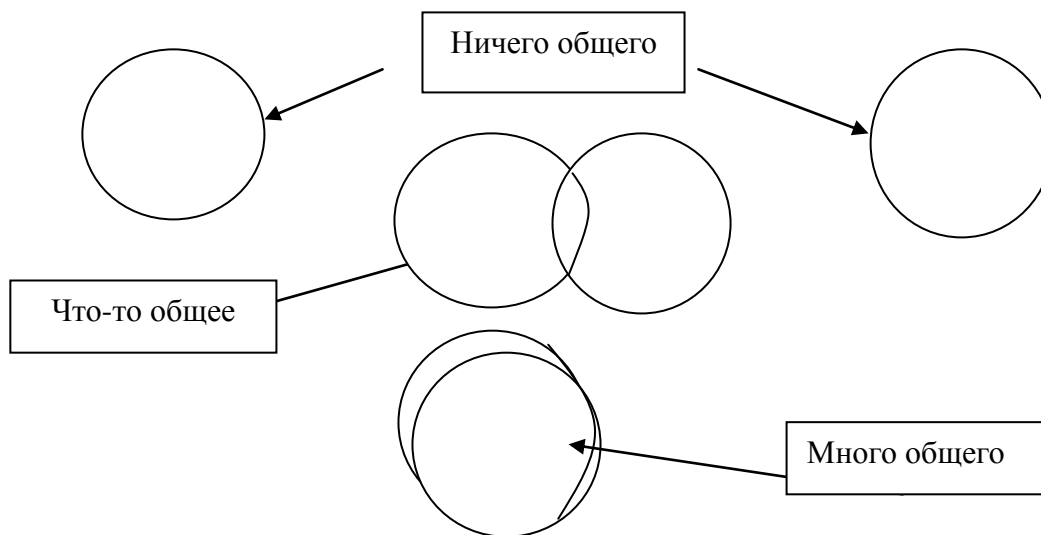
4.2.2 графический органайзер: Диаграмма венна

- используется для сравнения или сопоставления или противопоставления 2-3х аспектов и показа их общих черт.
- Развивает системное мышление, умение сравнивать, сопоставлять, проводить анализ и синтез.

Знакомятся с правилами построения диаграммы Венна. Индивидуально / в парах строят диаграмму Венна и заполняют части непересекающихся кругов (X)

Объединяются в пары, сравнивают и дополняют свои диаграммы.

В месте пересечения кругов составляют список тех черт, которые, на их взгляд, являются общими для информации 2-3х кругов (хх/ххх).



4.3. Практическая часть.

Перечень навыков, которым ВОП должен владеть после завершения занятий по данной тематике

№ этапа	Показатели/ интерпретация	Не выполнено	Выполнено полностью
	Курация больного	0	50
	ЭКГ		
	Холтеровское мониторирование		
	ЭхоКС		
	Дифференциальная диагностика	0	20
	Обоснование диагноза	0	10
	Назначение лечения	0	10
	Рекомендации	0	10
ИТОГО		0	100

№	Оценка	отлично	хорошо	удовл	неуд	плохо
	Усвоение в %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% и ниже

4	Практическая часть	15-12,9 балл	12,75-10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5-балл	5,4 балл
---	--------------------	--------------	-----------------	----------------	--------------	----------

5. Формы контроля знаний, навыков, умений:

- устный
- письменный
- тестирование
- решение ситуационных задач
- демонстрация освоенных практических навыков

5.1. Критерии оценок знаний и умение практических навыков студентов.

№	Оценка	отлично	хорошо	удовл	неуд	плохо
	Усвоение в %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% и ниже
1	Теоретическая часть	20-17,2 балл	17-14,2 балл	14-11 балл	10,8-7,4 балл	7,2 балл
2	Ситуационные задачи	50-43 балл	42,5- 35,5 балл	35- 27,5 балл	27-18,5 балл	18балл
3	Тест	15-12,9балл	12,7-10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5 балл	5,4 балл
4	Практическая часть	15-12,9 балл	12,75-10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5-балл	5,4 балл

6. Критерии оценки текущего контроля

Уровни оценок	Рейтинг баллы	Характеристика работы студента
	20	Балл присутствия на практическом занятии. Полное отсутствие уровня знаний и не умение выполнить практический навык – студент абсолютно не готов к практическому занятию.
Не удовлетворительно	20 - 54,9	<p>Студент отвечает неудовлетворительно.</p> <p>Студенты не владеет базовыми уровнями знаний и навыков, хотя бы одного из нижеперечисленных:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Не знает механизм возникновения пароксизмальных тахикардий, экстрасистолии, мерцания и трепетания предсердий (постоянной и пароксизмальной) и желудочков, синдрома преждевременного возбуждения желудочков. • Не знает клинические проявления различных нарушений ритма. • Не способен собрать рациональный анамнез во время курации больных с нарушением ритма. • Во время курации не способен объективно оценить состояние больных с нарушением ритма. • Не способен рационально составлять план обследования больных с нарушением ритма в условиях СВП или СП.
Обеспечение базового уровня знаний и навыков		

Удовлетворительно 55-70,9%	55-60,9	Удовлетворительный ответ низкого качества. Студент старается владеть базовыми уровнями знаний и навыков (см.ниже), но при ответе или выполнении навыков допускают серьезные ошибки.
	61-65,9	Удовлетворительный ответ средней степени. Студент владеет базовыми уровнями знаний и навыков (см.ниже), но при ответе или выполнении навыков допускают ошибки (возможны отдельные погрешности)
	66-70,9	Удовлетворительный ответ высокого качества. Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков: <ul style="list-style-type: none"> • Знает клинические проявления пароксизмальных тахикардий, экстрасистолии, мерцания и трепетания предсердий (постоянной и пароксизмальной) и желудочков, синдрома преждевременного возбуждения желудочков. • Может отдифференцировать суправентрикулярных и желудочковых нарушений ритма по субъективным, объективным и лабораторно-инструментальным данным • Знает медикаментозную терапию, используемую при лечении суправентрикулярных и желудочковых аритмий. • Может указать на ЭКГ признаки нарушения ритма. • Способен собрать рациональный анамнез во время курации больных с нарушением ритма. • Во время курации способен объективно оценить состояние больных с нарушением ритма. • Может интерпретировать результаты лабораторно-инструментальных методов исследований. • Может показать технику регистрации ЭКГ • Способен рационально составлять план обследования больных с нарушением ритма в условиях СВП или СП. • Способен корректно заполнять дневник больного.
Продвинутый уровень знаний		
Хорошо 71-85,9%	71-75,9	Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (указанные в пункте «66-70,9») + владеет следующими знаниями и навыками: <ul style="list-style-type: none"> • Знает классификацию нарушений ритма. • Знает механизм действия лекарственных препаратов • Рационально выбрать лекарственных препаратов, используемых при лечении нарушения ритма.
	76-80	Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «71-75,9», а также владеет следующими знаниями и навыками:

		<ul style="list-style-type: none"> • Может проконсультировать по немедикаментозным методам лечения • Знает принципы первичной, вторичной и третичной профилактики .
	81-85,9	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «71-75,9» и «76-80», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Может диагностировать, дифференцировать по данным ЭКГ различные виды аритмий .. • Принципы ведения, наблюдения и мониторинга больных с аритмиями в условиях СВП или СП. • Умеет провести консультацию по вопросам немедикаментозных и медикаментозных советов с использованием навыков МЛО. • Принципы диспансеризации и реабилитации больных с аритмиями в условиях СВП или СП
Отлично 86-100%	86-90	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «81-85,9», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Умеет предоставлять достоверную информацию о стенокардии и инфаркте миокарде на основании интернет данных
	91-95	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «86-90», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Может самостоятельно провести мониторинг в условиях СВП или СП.
	96-100	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «91-95», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Предоставил научные данные на основе литературы (статьи и интернет)

Примечание: Базовый уровень знаний и навыков – это минимум знаний, который обеспечивает принцип «безопасности» для пациента.

7. Контрольные вопросы:

1. Критерии диагноза при мерцании предсердий.
2. Критерии диагноза трепетания предсердий.
3. Критерии диагноза при пароксизмальной тахикардии.
4. Критерии диагноза при синдроме WPW.
5. Дифференциальная диагностика мерцания и трепетания предсердий, пароксизмальной тахикардии, синдром WPW.
6. Медикаментозное лечение при мерцания и трепетания предсердий, пароксизмальной тахикардии, синдром WPW.
7. Картина ЭКГ при мерцания предсердий.
8. Картина ЭКГ при трепетания предсердий.

9. Картина ЭКГ при пароксизмальной тахикардии.
10. Тактика ВОП (направление на обследование и госпитализацию)

8. Рекомендуемая литература

Основные

1. Ички касалликлар, Шарапов У.Ф. Т: Ибн Сино, 2003
2. Ички касалликлар, Бобожанов С. Т: Янги аср авлод, 2008
3. Ички касалликлар, Камолов Н.Н., 1991
4. Внутренние болезни, том 1 Мухин Н.А. М.: ГЭОТАР - Медиа, 2009
5. 7. Textbook of Internal Medicine Editor-in-Chief William N. Kelley 1997

Дополнительные

1. Умумий амалиёт врачлар учун маърузалар туплами , Гадаев А.Г., Т., 2012
2. Общая врачебная практика, Под ред.Ф.Г.Назирова, А.Г.Гадаева. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
3. Справочник врача общей практики. Дж.Мёрта. М.: Практика, 1998.
4. Сборник практических навыков для врачей общей практики. Гадаев А., Ахмедов Х.С. Т., 2010.
5. Умумий амалиёт врачлар учун амалий куникмалар туплами Гадаев А.Г., Ахмедов Х.С., 2010. Т.
6. Терапевтический справочник Вашингтонского Под ред. М.Вудли М.: Практика, 2000.
7. Умумий амалиёт шифокори учун кулланма Ф.Г.Назирова, А.Г.Гадаев тахр. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.
8. Диагностика болезней внутренних органов. Окорочков А.Н. Все томы.2005.
9. Лечение болезней внутренних органов. Окорочков А.Н. Все томы.2005.
10. Дифференциальный диагноз внутренних болезней. Виноградов А.В. М.: Медицинское информационное агенство, 2009.
11. Внутренние болезни: учебник.- в 2-х т. (1т) Под ред. Мартынова и др. М.: ГЭОТАР - Медиа, 2005:
12. Внутренние болезни: учебник.- в 2-х т. (2 т.) Под ред. Мартынова и др. М.: ГЭОТАР - Медиа, 2005:

9. Хронологическое содержание занятия

Время	Мероприятие	Содержание	Материалы	Продолжительность занятия
8.30– 9.30	Утренняя конференция	Доклад дежурных врачей и дежурных субординаторов по дежурству. Клинический аудит выписывающихся больных.	Истории болезни, ЭКГ, кодоскоп.	1 час
9.15- 10.00	Клинический аудит выписывающихся больных.	Подробный доклад студентов о выписываемых больных.		45 минут

10.05-10.45	Теоретический разбор темы	Проверка исходного уровня подготовленности студентов с применением метода “ротации”. Опрос студентов по теме занятия. Студентам даётся ЭКГ, которую студент должен проанализировать, расшифровать и дать заключение. Решение ситуационных задач по данной теме.	Учебные доски, папка с ЭКГ, ситуационные задачи и таблицы, соответствующие теме занятия.	40 минут
10.45 - 11.05.	Проработка практических навыков.	Студент под надзором преподавателя должен выполнить минимум два практического навыка.	Больной или волонтер.	20 минут
11.05-11.45	Курация больных в отделении.	Каждый студент курирует больных определенной палаты.	Больной, фонендоскоп, тонометр, история болезни (с данными клинико-лабораторных исследований).	40 минут
11.45-12.15	Перерыв			30 мин
12.20-13.20	Разбор тематического больного	По выбору педагога проводится полный осмотр больного по теме занятия или пациентов, готовящихся к выписке, анализ данных лабораторно-инструментального исследования, обоснование предварительного и окончательного клинического диагнозов. Определяется план лечения с дозами препаратов.	Больной, фонендоскоп, тонометр, история болезни (с данными клинико-лабораторных исследований)	1 час

Практическое занятие №10

Тема: Аритмии. Дифференциальный диагноз при блокадах: синоатриальной, внутрипредсердной, атриовентр-икулярной внутрижелудочковых. Синдрома

Морганьи- Адамса-Стокса. Плановая и неотложная терапия при блокадах. Принципы профилактики.

Технология обучения.

Учебное время: 4 час	
Структура учебного занятия	6. Учебный тематический кабинет. 7. Учебные пособия, муляжи, фантомы 8. Больничные палаты. 9. Телевизор, видео аппаратура - Учебные пособия, фантомы, муляжи, раздаточный материал, сборник ситуационных задач и тестов
Цель учебного занятия: Научить ВОП вопросам своевременной диагностики и дифференциальной диагностики, выбору оптимального варианта лечебной тактики при блокадах, обусловленных различными заболеваниями, а также принципам ведения больных в условиях первичного звена здравоохранения, предусмотренных требованиями "Квалификационной характеристики врача общей практики»	
Педагогические задачи: 1. Рассмотреть вопросы клинической и ЭКГ- диагностики различных блокад: синоатриальной, внутрипредсердной, атриовентрикулярной и внутрижелудочковых, синдрома Морганьи-Адамса -Стокса. 2. Рассмотреть вопросы оказания плановой и неотложной терапии при блокадах. 3. Разъяснить показания к электроимпульсной терапии, кардиостимуляции больных с блокадами. 4. Обсудить вопросы профилактики, определения трудоспособности больных с блокадами. 5. Обсудить принципы ведения, наблюдения и мониторинга больных в условиях СВП или СП.	Результаты учебной деятельности: <u>ВОП должен знать:</u> 1. Механизм возникновения синоатриальной, внутрипредсердной, атриовентрикулярной блокады трех степеней, синдрома Морганьи-Адамса-Стокса. 2. Клинические проявления блокад. 3. Диагностику и дифференциальную диагностику блокад. 4. Принципы лечения (медикаментозное и немедикаментозное) при данных состояниях. 5. Принципы диспансерного наблюдения и мониторинга больных в условиях СВП или СП. 6. Принципы первичной, вторичной и третичной профилактики при данных состояниях. <u>ВОП должен уметь:</u> 1. Анализировать данные жалоб и анамнеза для диагностики заболеваний, сопровождающихся блокадами. 2. Установить диагноз и провести дифференциальный диагноз при заболеваниях, сопровождающихся блокадами. 3. Интерпретировать результаты ЭКГ у больных с блокадами. 4. Диагностировать, дифференцировать различные виды блокад. 5. Правильно выбрать медикаментозные средства при конкретных блокадах. 6. Консультировать по немедикаментозным методам лечения. 7. Провести мониторинг в условиях СВП или СП.

	апию - дать рекомендации пациенту
Методы обучения	Метод “ Ролевая игра ”, графический органайзер – концептуальная таблица, демонстрация, видео просмотр, дискуссия, беседа, решение тестов и ситуационных задач
Формы организации учебной деятельности	Индивидуальная работа, работа в группах, коллективная, аудиторная, внеаудиторная.
Средства обучения	Раздаточные учебные материалы визуальные материалы, видеофильмы, муляжи, графические органайзеры, комплекты медицинских карт, таблицы, стенды, учебные пособия, учебные материалы, ЭКГ больных
Способы и средства обратной связи	Блиц-опрос, тестирование, презентация результатов выполнения учебного задания, заполнение медицинских карт, выполнение практического навыка «профессиональный расспрос»

Технологическая карта занятия

Тема: Аритмии. Дифференциальный диагноз при блокадах: синоатриальной, внутрипредсердной, атриовентр-икулярной внутрижелудочковых. Синдрома Морганьи- Адамса-Стокса. Плановая и неотложная терапия при блокадах. Принципы профилактики.

№	Этапы практического занятия	Форма занятия Место проведения	Длит-ть занятия 225
1	Вводная часть (обоснование темы)		10
2	Обсуждение темы практического занятия с применением новых педагогических технологий (метод “ Ролевая игра ”), а также демонстрационного материала (истории болезни, таблицы, плакаты, рентгенограммы), определение исходного уровня.	Опрос, обсуждение Учебная комната, палаты	40
3	Вывод обсуждения		10
4	Определение задания для выполнения практической части - профессиональный расспрос. Объяснение положений и рекомендаций для выполнения задания по заполнению историй болезни.	Обсуждение	20
5	Освоение практической части занятия под руководством преподавателя.	Проф. расспрос. Беседа с больными и заполнение мед карт, ситуационные задачи. Осмотр	20

		тематических больных	
6	Интерпретация данных обследования больных-жалобы, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация больных, а также исследования ОАМ, ОАК и биохимические анализы и постановка диагноза	Истории болезни, лабораторные данные ситуационные задачи	25
7	Обсуждение теоретических, практических знаний студентов, закрепление материала, определение уровня усвоения оценки знаний.	Устный опрос, тесты, обсуждение, определение практических навыков Учебная комната	75
8	Определение вывода по теме практического занятия, оценка по 100 бальной системе и объявление оценок. Домашнее задание следующего практического занятия (сборник вопросов).	Информация, вопросы для самостоятельной работы. Учебная комната	25

2. Мотивация.

На сегодняшний день АВ блокады 2 степени, 3 степени являются частой причиной развития приступа Моргани Эдем Стокса и внезапной смерти. Полная блокада левой ножки пучка Гиса является фактором риска ИБС, на фоне этой блокады весьма затруднена диагностика инфаркта миокарда, продолжительность жизни больных с полной БЛНПГ обычно сокращается до 4,5 лет, а на фоне кардиомегалии до 2,5 лет. АВ блокада I степени и II степени нередко является признаком передозировки сердечных гликозидов, побочного действия бета блокаторов, своевременная диагностика данных состояний позволяет сохранить жизнь больного. Поэтому знание видов блокад, диагностики их, тактики экстренной помощи и дальнейшей терапии являются обязательными для ВОП.

3. Межпредметная и внутри предметная взаимосвязь:

Преподавание данной темы базируется на знании студентами основ нормального ритма сердца, анатомии сердца, гистологии, нормальной физиологии и патофизиологии (где можно использовать знания, полученные во время занятия, их взаимосвязь с другими предметами).

Существует тесная взаимосвязь между клиническими проявлениями при блокадах: внутрипредсердных, атриовентрикулярных, внутрижелудочковых с другими заболеваниями. В частности ВОП должен дифференцировать эти состояния от других эндокринологических заболеваний (тиреотоксикоз), кардиохирургией, неврологическими (функциональная пароксизмальная тахикардия).

4. Содержание занятия.

4.1. Теоретическая часть.

Блокада сердца

Блокада сердца — замедление или полное прекращение прохождения импульсов возбуждения по проводящей системе сердца. Замедление проведения импульса называют неполной Б. с., а прекращение его проведения — полной.

Причинами Б. с. могут быть дистрофия (в т.ч. вследствие ишемии, интоксикации), некроз, воспаление или склероз проводящей системы сердца либо миокарда, а также передозировка некоторых лекарственных средств (хинидина, наперстянки, этацизина и др.), влияющих на функцию проводимости сердца. При различных формах ишемической болезни сердца, миокардитах, кардиомиопатиях Б. с. нередко сочетается с другими видами **аритмий сердца**.

В зависимости от течения Б. с. подразделяют на транзиторную (преходящую), интермиттирующую (неоднократно возникающую и исчезающую на протяжении регистрации ЭКГ), прогрессирующую и постоянную. По локализации в сердце нарушения проводимости различают синоаурикулярную (синоатриальную), внутрисердечную, межпредсердную, атриовентрикулярную (предсердно-желудочковую) Б. с., а также внутрижелудочковую Б. с., включающую блокады ножек и разветвлений пучка Гиса и нарушения проводимости в конечных разветвлениях волокон Пуркинье и сократительном миокарде.

Синоаурикулярная блокада сердца — нарушение проведения импульса от синусового (синоатриального) узла к миокарду предсердий. Этот вид Б. с. наблюдается обычно при органических изменениях миокарда предсердий, но иногда возникает у практически здоровых людей при повышении тонуса блуждающего нерва. Различают три степени сино-аурикулярной блокады (САБ): I степень — замедление перехода импульса возбуждения из синусового узла и предсердия; II степень — блокирование проведения отдельных импульсов; III степень — полное прекращение проведения импульсов из узла в предсердия.

Клинически САБ I степени протекает бессимптомно и на обычной ЭКГ не выявляется. Проявления САБ II степени зависят от того, насколько часто синусовый импульс не проводится на предсердия (что ведет к выпадению сердечного сокращения) и сколько последовательных импульсов не достигает предсердий. Если выпадения редки, больной не ощущает их или воспринимает как перебои, при частых выпадениях (например, после каждого сердечного сокращения) появляются неприятные ощущения в грудной клетке, чувство нехватки воздуха, слабость, головокружение. Когда выпадает несколько сокращений подряд, а также при САБ III степени обычно возникает так называемый замещающий ритм. При этом симптоматика может варьировать от легкого головокружения до развития **Морганьи — Адамса — Стокса синдрома**.

На ЭКГ при САБ II степени периодически полностью выпадает сердечный цикл (зубцы P, Q, R, S, T) или несколько циклов; пауза между циклами соответственно удваивается (при выпадении одного цикла), утраивается и т.д., если не возникает замещающий ритм. Когда систематически проводятся только каждый второй или каждый третий и т.д. импульс, говорят о коэффициенте блокирования соответственно 2:1, 3:1 и т.д. САБ II степени с проведением 2:1 ни клинически, ни по ЭКГ невозможно отличить от синусовой брадикардии, если нет данных о периодическом внезапном изменении частоты сердечных сокращений, близком к двукратному. Дифференциальному диагнозу в подобных случаях иногда помогает введение атропина, после которого в случае ликвидации САБ учащение сердечных сокращений происходит скачкообразно, а не постепенно, как при синусовой брадикардии. САБ III степени на ЭКГ проявляется асистолией предсердий, которая, однако, может быть связана не с блокадой, а с прекращением импульсации («остановкой») синусового узла. Достоверность связи асистолии предсердий с САБ выше, если асистолии предшествуют изменения ЭКГ, характерные для прогрессирования САБ.

Внутрисердечная блокада сердца, а также межпредсердная Б. с. — нарушение проведения импульса по внутрисердечным и межпредсердным проводящим пучкам наблюдается при миокардитах, перерастяжении и фиброзе миокарда предсердий (например, при пороках сердца). На ЭКГ при внутрисердечной блокаде можно обнаружить уширение зубца P и его деформацию (зазубренность, многофазность,

сглаженность). Однако эти изменения не являются специфическими для внутрисердечной Б. с. Исключительно редко развивается полная внутрисердечная блокада, проявляющаяся признаками так называемой межпредсердной диссоциации — собственным ритмом каждого предсердия, причем импульсы, возникающие в правом предсердии, происходят из синусового узла, а в левом — из эктопического очага (отрицательный зубец Р на ЭКГ или мерцание-трепетание предсердий).

Атриовентрикулярная блокада сердца (поперечная Б. с.) — нарушение проведения импульсов возбуждения из предсердий в желудочки. Среди причин атриовентрикулярной блокады (АВБ), кроме общих с другими Б. с., возможны так называемые идиопатические нарушения проводимости (болезнь Ленегра, болезнь Лева); изредка АВБ имеет врожденный характер, при этом она может сочетаться с другими врожденными пороками развития сердца.

В основе АВБ могут быть нарушения проводимости выше атриовентрикулярного узла (в проводящих к нему возбуждение предсердных пучках), в самом атриовентрикулярном узле, в стволе пучка Гиса или обеих его ножках одновременно, а также одновременная блокада всех основных ветвей ножек пучка Гиса.

Различают три степени АВБ. I степень характеризуется замедлением проведения импульса из предсердий в желудочки ($PQ > 0,22$ с). Блокада II степени представлена двумя типами нарушения проводимости (по Мобитцу). При АВБ II степени первого типа время проведения из предсердий в желудочки постепенно с каждым сердечным циклом увеличивается и, наконец, один желудочковый комплекс выпадает (феномен Венкебаха), причем описанная картина может повторяться (периоды Самойлова — Венкебаха). При АВБ II степени второго типа также выпадают отдельные желудочковые комплексы, но этому не предшествует постепенное нарастание времени предсердно-желудочкового проведения. Выделяют также прогрессирующую субтотальную АВБ II степени, характеризующуюся выпадением подряд нескольких желудочковых комплексов. АВБ II степени может трансформироваться из одного типа в другой, а также в АВБ I или III степени. АВБ III степени (полная поперечная Б. с.) характеризуется отсутствием проведения возбуждения из предсердий в желудочки, поэтому предсердия и желудочки возбуждаются и сокращаются в независимых ритмах (предсердно-желудочковая диссоциация). Функцию водителя ритма принимает на себя обычно ближайший к месту блокады очаг автоматизма, поэтому при высокой локализации блокады комплекс QRS на ЭКГ почти не отличается от обычного для суправентрикулярного ритма (проксимальная АВБ). Чем дальше от узла расположен этот очаг автоматизма, тем реже вырабатываемый ритм и более выражена деформация комплекса QRS (дистальная блокада).

Указанные признаки каждой из трех степеней АВБ отчетливо отражаются в изменениях ЭКГ, которые являются единственным критерием достоверной ее диагностики. АВБ I и II степени первого типа распознаются по характерным изменениям интервала P—Q, II степени второго типа — по выпадению желудочковых комплексов после части зубцов P, полная АВБ — по разному ритму возникновения зубцов P и комплексов QRST (зубцы P возникают более часто) и отсутствию связи между ними.

Клинически АВБ I степени протекает бессимптомно. При АВБ II степени выпадение отдельных желудочковых сокращений некоторые больные ощущают как перебои в работе сердца. Резко выраженная брадикардия, возникающая при субтотальной АВБ II степени, а также в моменты перехода неполной блокады в полную, может быть причиной головокружения, полубморочных состояний, синдрома Морганьи — Адамса — Стокса, сердечной недостаточности. При АВБ III степени, кроме брадикардии, аускультативно могут периодически определяться резкие усиления I тона сердца («пушечный тон»), возникающие при совпадении во времени сокращений желудочков и предсердий.

Внутрижелудочковая блокада сердца, т.е блокада ножек пучка Гиса, их основных ветвей (обуславливающая так называемую продольную диссоциацию проведения) или более мелких разветвлений, в большинстве случаев связана с органической патологией

или врожденными аномалиями развития проводящей системы сердца: у отдельных больных причина внутрижелудочковой Б. с. остается неясной. При продольной диссоциации нарушается порядок распространения возбуждения по желудочкам сердца, а в связи с этим и последовательность сокращения их миокарда. Так, при полной блокаде левой ножки сначала возбуждается миокард правого желудочка, откуда волна возбуждения по сократительному миокарду и ветвям левой ножки (по части из них ретроградно) переходит на миокард левого желудочка; при полной блокаде левой ножки имеют место обратные соотношения.

Клинические проявления продольной диссоциации проведения скудны и непостоянны. В связи с неодновременностью сокращения желудочков при полной блокаде одной из ножек аускультативно может выявляться расщепление тонов сердца; иногда расщепленный первый тон обнаруживается и при блокаде основных ветвей левой ножки. При блокаде правой ножки может выявляться парадоксальное расщепление II тона. Как правило, развитие продольной диссоциации само по себе не влияет на самочувствие и состояние больного, однако они могут существенно нарушаться в связи с основным заболеванием, обусловившим возникновение Б. с. (кардиомиопатия, тяжелый миокардит, постинфарктный кардиосклероз и т.д.).

Основным методом распознавания внутрижелудочковых блокад является электрокардиография. Неполная блокада одной из ножек и блокада терминальных разветвлений (арборизационная блокада) отражаются в ряде отведений ЭКГ уширенным комплексом QRS (обычно не более чем 0,11 с) и его зазубренностью; при арборизационной блокаде снижена амплитуда комплекса QRS.

Особенности Б. с. в системе левой ножки пучка Гиса определяются ее строением. Левая ножка делится на две или три ветви: передне-верхнюю (переднюю), задненижнюю (заднюю) и иногда переднесрединную (срединную). Полная блокада левой ножки (вследствие прекращения проведения импульса по ней самой или по всем ее ветвям одновременно) проявляется на ЭКГ увеличением продолжительности комплекса QRS до 0,12 с и более, увеличением времени внутреннего отклонения в левых грудных отведениях, отклонением, как правило, электрической оси сердца влево. В типичных случаях выявляются зазубренные и широкие зубцы R в отведениях I, aVL, V₄—V₆ и глубокие зубцы S в отведениях III, V₁—V₃. Изменения сегмента ST и зубца T дискордантны по отношению к главному зубцу комплекса QRS, т.е. к зубцу R или S, имеющему в данном отведении наибольшую амплитуду (например, при высоком зубце R зубец T отрицателен). Электрокардиографическая картина блокады ветвей левой ножки зависит от того, какие из ветвей (передняя, задняя, срединная) повреждены. Для передней фасцикулярной блокады характерно резкое отклонение электрической оси сердца влево, наличие зубца q в отведениях I, aVL и зубца S в левых грудных отведениях (до V₅—V₆). При задней фасцикулярной блокаде электрическая ось сердца отклонена вправо; отмечаются высокие зубцы R и небольшой зубец q в отведениях II, III, aVF, глубокие зубцы S в отведениях I, aVL.

Полная блокада правой ножки отражается на ЭКГ уширением комплекса QRS до 0,12 с и более: увеличением внутреннего отклонения в отведении V, 0,05 с и более; отклонением, как правило, электрической оси сердца вправо; появлением конечного зубца R в отведениях aVR, V₁—V₂ с формированием зазубренных комплексов типа RSR; наличием широких зубцов S в отведениях I, aVL, V₅—V₆.

Возможны самые различные сочетания блокады обеих ножек пучка Гиса и их основных ветвей. Наиболее неблагоприятны случаи, когда возбуждение проникает в желудочек лишь по одной ветви левой или правой ножки, а все остальные проводящие пути заблокированы. Такое положение чревато опасностью развития полной поперечной многопучковой (дистальной) Б. с.

Лечение. Синоаурикулярная, внутрисердечная и атриовентрикулярная блокады, возникшие при передозировке наперстянки, б-адреноблокаторов, этацизина и других

лекарственных средств, влияющих на функцию проводимости сердца, обычно проходят вскоре (через 1—2 суток) после отмены этих препаратов. Остро развившиеся Б. с. другой природы, хронические Б. с., приобретающие прогрессирующий характер, особенно при возникновении обмороков, синдрома Морганьи — Адамса — Стокса, высокой активности гетеротропных очагов автоматизма на фоне АВБ, являются показаниями к госпитализации больного.

При прогрессирующем характере САБ или АВБ с быстрым нарастанием брадикардии (что угрожает асистолией) и при синдроме Морганьи-Адамса-Стокса пациенту перед транспортировкой в стационар оказывается неотложная помощь на месте. Она включает воздействие на основное заболевание, с которым связано возникновение (антиангинальную и противошоковую терапию при остром инфаркте миокарда, внутривенное введение при миокардите 200 мг гидрокортизона гемисукцината или 90 мг преднизолона и т.д.), ингаляции кислорода и введение больному с целью повышения частоты сердечных сокращений до 45-60 в 1 мин (за счет снижения степени Б. с. или активации замещающего ритма) 0,5-1 мл 0,1% раствора атропина сульфата и (или) б-адреномиметиков: орципреналина сульфата (алупента), изадрина либо эфедрина. Вначале больному подкожно вводят раствор атропина сульфата и дают сублингвально 1-2 таблетки (0,005-0,01) изадрина и, если эффект достигнут, начинают транспортировку больного, повторно применяя изадрин под язык при снижении частоты сердечных сокращений. Если же эффект отсутствует или недостаточен, капельно внутривенно вводят орципреналина сульфат (5 мл 0,05% раствора на 250 мл 5% раствора глюкозы), начиная с 10 капель в 1 мин и повышая постепенно скорость введения до достижения нужной частоты сердечных сокращений. При отсутствии орципреналина сульфата вводят 0,5-1 мл 5% раствора эфедрина таким же способом (в 150-250 мл 5% раствора глюкозы) или струйно медленно (в 20 мл 5% раствора глюкозы) либо внутримышечно. В стационаре неотложную помощь оказывают аналогичным образом под контролем динамики ЭКГ (желательно путем **мониторного наблюдения**), так как адреномиметики могут провоцировать желудочковую тахикардию, частую политопную экстрасистолию. При неэффективности неотложной лекарственной терапии остро возникших САБ или АВБ высоких степеней применяют чреспищеводную или другого типа электрическую кардиостимуляцию.

Изадрин сублингвально (каждые 4-6 ч), атропин и эфедрин подкожно или внутрь (3-4 раза в день) применяют также для лечения больных с брадикардией и брадиаритмией при хронических САБ или АВБ II степени. При высокой степени САБ или АВБ и несостоятельности замещающего ритма больным показана имплантация электрического кардиостимулятора.

При хронических САБ или АВБ I степени специальное лечение не проводят. При внутри- и межпредсердной Б. с. лечение необходимо только в случае возникновения патологических замещающих ритмов (например, мерцательной аритмии); оно направлено на их коррекцию и нормализацию частоты сердечных сокращений. Специфическое лечение внутрижелудочковых Б. с. не разработано; проводят терапию основного заболевания. Больным с хроническими САБ или АВБ необходимы контрольные электрокардиографические исследования не реже 1 раза в 3-4 мес. с учетом возможного изменения степени блокады.

Прогноз при Б. с. определяется ее причиной, степенью, а при САБ и АВБ II и III степени также источником и частотой замещающего ритма. Если последний не возникает при острых формах САБ и АВБ высоких степеней, возможна остановка сердца с летальным исходом. Имплантация кардиостимулятора при этих формах Б. с. значительно улучшает прогноз, который тогда зависит в основном от тяжести течения основного заболевания.

№	Оценка	отлично	хорошо	удовл	неуд	плохо
	Усвоение в %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% и

						ниже
1	Теоретическая часть	20-17,2 балл	17-14,2 балл	14-11 балл	10,8-7,4 балл	7,2 балл

4.2. Аналитическая часть

4.2.1. Ситуационные задачи:

Задача 1. В СВП на прием к ВОП обратилась пациентка С. 25 лет с жалобами на общую слабость, боли в области сердца постоянно колющего характера, перебои в области сердца, небольшая одышка при физической нагрузке. Со слов пациентки вышеуказанные жалобы беспокоят в течение 3-х дней. Из анамнеза: 2 недели назад «на ногах» перенесла ангину. Состоит на «Д» учете в СВП с диагнозом хронический тонзиллит.

Объективно: общее состояние пациентки в момент осмотра относительно удовлетворительное, отмечается бледность кожи и видимых слизистых оболочек; границы сердца в пределах нормы; I-й тон несколько ослаблен, на верхушке сердца негромкий систолический шум; ЧСС 92 уд. в минуту, ритмичный; АД 110/70 мм рт.ст.

Ваш диагноз?

Ответ: Инфекционный миокардит .

Острое течение. Легкой степени тяжести.

Аритмический вариант

№	Оценка	отлично	хорошо	удовл	неуд	плохо
	Усвоение в %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% и ниже
2	Ситуационная задача	50-43 балл	42,5- 35,5 балл	35- 27,5 балл	27-18,5 балл	18 балл

№	Оценка	отлично	хорошо	удовл	неуд	плохо
	Усвоение в %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% и ниже
3	Тест	15-12,9 балл	12,7-10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5 балл	5,4 балл

4.2.2 графический органайзер:

Концептуальная таблица по блокадам сердца.

- Концептуальная таблица обеспечивает сравнение изучаемых явлений, понятий, взглядов, тем и пр. по двум и более аспектам.
- Развивает системное мышление, умения структурировать. Систематизировать информацию.

Знакомятся с правилами составления концептуальной таблицы. Определяют то, что подлежит сравнению, выделяют характеристики, по которым будет проводиться сравнение.

Индивидуально или в мини группах строят и заполняют концептуальную таблицу

- По вертикали располагается то, что подлежит сравнению
- По горизонтали - различные характеристики, по которым проводится сравнение.

Виды блокады	Внутрипредсердные блокады	Атриовентрикулярные блокады	Внутрижелудочковые блокады
---------------------	----------------------------------	------------------------------------	-----------------------------------

Критерии			
Клинически е проявления	<p>Клинически САБ I степени протекает бессимптомно. Проявления САБ II степени больной не ощущает их или воспринимает как перебои, при частых выпадениях (например, после каждого сердечного сокращения) появляются неприятные ощущения в грудной клетке, чувство нехватки воздуха, слабость, головокружение. САБ III степени обычно возникает так называемый замещающий ритм. При этом симптоматика может варьировать от легкого головокружения до развития Морганьи –Адамса-Стокса синдрома.</p>	<p>Клинически АВБ I степени протекает бессимптомно. При АВБ II степени некоторые больные ощущают как перебои в работе сердца. Резко выраженная брадикардия, головокружения, полуобморочных состояний, синдрома Морганьи-Адамса-Стокса, сердечной недостаточности. При АВБ III степени, кроме брадикардии, аускультативно резкие усиления I тона сердца («пушечный тон»), возникающие при совпадении во времени сокращений желудочков и предсердий.</p>	<p>Клинические проявления продольной диссоциации проведения скудны и непостоянны, при полной блокаде одной из ножек аускультативно может выявляться расщепление тонов сердца; иногда расщепленный первый тон обнаруживается и при блокаде основных ветвей левой ножки, однако они могут существенно нарушаться в связи с основным заболеванием, обусловившим возникновение Б. с. (кардиомиопатия, тяжелый миокардит, постинфарктный кардиосклероз и т.д.).</p>
ЭКГ признаки	<p>САБ I ст на обычной ЭКГ не выявляется. На ЭКГ при САБ II степени периодически полностью выпадает сердечный цикл (зубцы P, Q, R, S, T) или несколько циклов САБ III степени на ЭКГ проявляется асистолией предсердий,</p>	<p>АВБ I и II степени первоготипа распознаются по характерным изменениям интервала P-Q, II степени второго типа- по выпадению желудочковых комплексов после части зубцов P, полная АВБ — по разному ритму возникновения зубцов P и комплексов QRST (зубцы P возникают более часто) и отсутствию связи между ними</p>	<p>Неполная блокада одной из ножек и блокада терминальных разветвлений (арборизационная блокада) отражаются в ряде отведений ЭКГ уширенным комплексом QRS (обычно не более чем 0,11 с) и его зазубренностью; при арборизационной блокаде снижена амплитуда комплекса QRS. Полная блокада правой ножки отражается на ЭКГ уширением комплекса</p>

			QRS до 0,12 с и более: увеличением внутреннего отклонения в отведении V, 0,05 с и более; отклонением, как правило, электрической оси сердца вправо; появлением конечного зубца R в отведениях aVR, V ₁ —V ₂ с формированием зазубренных комплексов типа RSR; наличием широких зубцов S в отведениях I, aVL, V ₅ —V ₆ .
--	--	--	--

4.3. Практическая часть.

Перечень навыков, которым ВОП должен владеть после завершения занятий по данной тематике

№ этапа	Показатели/ Интерпретация	Не выполнено	Выполнено полностью
	Курация больного	0	50
	ЭКГ		
	Холтеровское мониторирование		
	ЭхоКС		
	Дифференциальная диагностика	0	20
	Обоснование диагноза	0	10
	Назначение лечения	0	10
	Рекомендации	0	10
ИТОГО		0	100

ё

№	Оценка	отлично	Хорошо	удовл	неуд	плохо
	Усвоение в %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% и ниже
4	Практическая часть	15-12,9 балл	12,75-10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5-балл	5,4 балл

5. Формы контроля знаний, навыков и умений

- Устный
- Письменный
- Решение ситуационных задач
- Демонстрация освоенных практических навыков.

5.1. Критерии оценок знаний и умение практических навыков студентов.

№	Оценка	отлично	хорошо	удовл	неуд	плохо
---	--------	---------	--------	-------	------	-------

	Усвоение в %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% и ниже
1	Теоретическая часть	20-17,2 Балл	17-14,2 балл	14-11 балл	10,8-7,4 балл	7,2 балл
2	Ситуационные задачи	50-43 балл	42,5- 35,5 балл	35- 27,5 балл	27-18,5 балл	18 балл
3	Тест	15-12,9 балл	12,7-10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5 балл	5,4 балл
4	Практическая часть	15-12,9 балл	12,75-10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5- балл	5,4 балл

6. Критерии оценки текущего контроля

Уровни оценок	Рейтинг баллы	Характеристика работы студента
	20	Балл присутствия на практическом занятии. Полное отсутствие уровня знаний и не умение выполнить практический навык – студент абсолютно не готов к практическому занятию.
Не удовлетворительно	20 - 54,9	<p>Студент отвечает неудовлетворительно.</p> <p>Студенты не владеет базовыми уровнями знаний и навыков, хотя бы одного из нижеперечисленных:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Не знает механизм возникновения синоатриальной, внутрипредсердной, атриовентрикулярной блокады трех степеней , синдрома МОРГАНЬИ-,АДАМСА-,СТОКСА. • Не знает клинические проявления блокад • Не знает групп препаратов при данных заболеваниях. • Не способен собрать рациональный анамнез во время курации больных с блокадами. • Во время курации не способен объективно оценить состояние больных с блокадами. • Не способен рационально составлять план обследования больных с данными состояниями в условиях СВП или СП.
Обеспечение базового уровня знаний и навыков		
Удовлетворительно 55-70,9%	55-60,9	Удовлетворительный ответ низкого качества. Студент старается владеть базовыми уровнями знаний и навыков (см.ниже), но при ответе или выполнении навыков допускают серьезные ошибки.
	61-65,9	Удовлетворительный ответ средней степени. Студент владеет базовыми уровнями знаний и навыков (см.ниже), но при ответе или выполнении навыков допускают ошибки (возможны отдельные погрешности)
	66-70,9	Удовлетворительный ответ высокого качества. Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков: <ul style="list-style-type: none"> • Знает клинические оявления блокад. • Может дифференцировать блокады по субъективным, объективным и лабораторно-инструментальным данным • Знает принципы лечения при данных заболеваниях.

		<ul style="list-style-type: none"> • Может установить наличие блокады на основании ЭКГ. • Способен собрать рациональный анамнез во время курации больных с блокадой . • Может интерпретировать результаты лабораторно-инструментальных методов исследований . • Может показать технику регистрации ЭКГ • Способен рационально составлять план обследования больных с блокадами в условиях СВП или СП. • Способен корректно заполнять дневник больного.
Продвинутый уровень знаний		
Хорошо 71-85,9%	71-75,9	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (указанные в пункте «66-70,9») + владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Может анализировать данные жалоб и анамнеза для диагностики данных заболеваний. • Может поставить диагноз • Интерпретировать результаты ЭКГ у больных с блокадами.
	76-80	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «71-75,9», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Знает механизм действия лекарственных препаратов • Рационально выбрать лекарственных препаратов, используемых при лечении блокад. • Знает принципы первичной, вторичной и третичной профилактики .
	81-85,9	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «71-75,9» и «76-80», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Принципы ведения, наблюдения и мониторинга больных в условиях СВП или СП. • Умеет провести консультацию по вопросам немедикаментозных и медикаментозных советов с использованием навыков МЛЮ. • Принципы диспансеризации и реабилитации больных в условиях СВП или СП
Отлично	86-90	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «81-85,9», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Умеет предоставлять достоверную информацию о стенокардии и инфаркте миокарде на основании интернет данных

86-100%	91-95	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «86-90», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Знает показания к электростимуляции, электроимпульсной терапии при блокадах.
	96-100	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «91-95», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Предоставил научные данные на основе литературы (статьи и интернет)

Примечание: Базовый уровень знаний и навыков – это минимум знаний, который обеспечивает принцип «безопасности» для пациента.

7. Контрольные вопросы:

1. Критерии диагноза при внутрипредсердных блокадах.
2. Критерии диагноза при атриовентрикулярных блокадах.
3. Критерии диагноза при внутрижелудочковых блокадах.
4. Дифференциальная диагностика при блокадах: внутрипредсердных, атриовентрикулярных, внутрижелудочковых.
5. Медикаментозное лечение при внутрипредсердных блокадах.
6. Медикаментозное лечение при атриовентрикулярных блокадах.
7. Медикаментозное лечение при внутрижелудочковых блокадах.
8. Картина ЭКГ при внутрипредсердных блокадах.
9. Картина ЭКГ при атриовентрикулярных блокадах.
10. Картина ЭКГ при внутрижелудочковых блокадах.
11. Тактика ВОП (направление на обследование и на госпитализацию)

8. Рекомендуемая литература

Основные

1. Ички касалликлар, Шарапов У.Ф. Т: Ибн Сино, 2003
2. Ички касалликлар, Камолов Н.Н., 1991
3. Внутренние болезни, том 1 Мухин Н.А. М.: ГЭОТАР - Медиа, 2009
4. Textbook of Internal Medicine Editor-in-Chief William N. Kelley 1997

Дополнительные

1. Умумий амалиёт врачлар учун маърузалар туплами , Гадаев А.Г., Т., 2012
2. Общая врачебная практика, Под ред.Ф.Г.Назирова, А.Г.Гадаева. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
3. Справочник врача общей практики. Дж.Мёрта. М.: Практика, 1998.
4. Сборник практических навыков для врачей общей практики. Гадаев А., Ахмедов Х.С. Т., 2010.
5. Умумий амалиёт врачлар учун амалий куникмалар туплами Гадаев А.Г., Ахмедов Х.С., 2010.
6. Терапевтический справочник Вашингтонского Под ред. М.Вудли М.: Практика, 2000.
7. Умумий амалиёт шифокори учун кулланма Ф.Г.Назирова, А.Г.Гадаев тахр. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.
8. Диагностика болезней внутренних органов. Огороков А.Н. Все томы.2005.
9. Лечение болезней внутренних органов. Огороков А.Н. Все томы.2005.

10. Дифференциальный диагноз внутренних болезней. Виноградов А.В. М.: Медицинское информационное агенство, 2009.
11. Внутренние болезни: учебник.- в 2-х т. (1т) Под ред. Мартынова и др. М.: ГЭОТАР - Медиа, 2005:

9. Хронологическое содержание занятия

Время	Мероприятия	Содержание	Материалы	Продолжительность занятия
8.30– 9.30	Утренняя конференция	Доклад дежурных врачей и дежурных субординаторов по дежурству.	Истории болезни, ЭКГ, кодоскоп.	1 час
9.15-10.00	Клинический аудит выписывающихся больных.	Подробный доклад студентов о выписываемых больных.		45 минут
10.05-10.45	Теоретический разбор темы	Проверка исходного уровня подготовленности студентов. Опрос студентов по теме занятия с применением метода «тура по галерее». Студентам раздаются ЭКГ, которые студенты должны анализировать, расшифровать и дать заключение. Решение ситуационных задач по данной теме.	Учебные доски, папка с ЭКГ, таблицы и ситуационные задачи, соответствующие теме занятия.	40 минут
10.45 - 11.05.	Проработка практических навыков.	Студент под надзором преподавателя должен выполнить минимум два практического навыка.	Больной или волонтер.	20 минут
11.05-11.45	Курация больных в отделении.	Каждый студент курирует больных определенной палаты.	Больной, фонен-доскоп, тонометр, история болезни (с лабораторными исследованиями).	40 минут
11.45-12.15	Перерыв			30 мин

12.20- 13.20	Разбор тематического больного	По выбору педагога проводится полный осмотр больного по теме занятия или пациентов, готовящихся к выписке, анализ данных лабораторно-инструментального исследования, обоснование предварительного и окончательного клинического диагнозов. Определяется план лечения с дозами препаратов.	Больной, фонендоскоп, тонометр, история болезни (данными клинико-лабораторных исследований).	1 час
-----------------	-------------------------------	---	--	-------

ТРЕБОВАНИЯ К ЗНАНИЯМ, УМЕНИЯМ И НАВЫКАМ ПРИ ОБУЧЕНИИ СТУДЕНТОВ НА ОСНОВЕ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ (АГ)

Цель: Научить студентов посиндромальному решению проблемы больных с АГ, а также принципам их ведения в условиях первичного звена здравоохранения в рамках квалификационной характеристики ВОП

Основные задачи обучения:

- Обучить студентов решению проблемы, связанной с АГ;
- Обучить студентов своевременной диагностике при наличии проблемы, связанной с АГ.
- Обучить студентов дифференцировать болезни, сопровождающиеся с АГ.
- Усовершенствовать необходимые знания, умения и практические навыки при решении проблемы пациентов с АГ (сбор информации, выявление проблемы и физикальный осмотр, а также умение обоснованно назначать лабораторно-инструментальные методы исследования);
- Обучить студентов обоснованно выбрать тактику ведения;
- Обучить студентов обоснованно осуществлять лечебно-профилактических мер и наблюдению в условиях СВП и СП.

При разборе данной проблемы больных ключевыми моментами оценки знаний студентов должны быть:

- Умение выделить основную проблему, которая отразилась на качестве жизни больных.
- Умение задавать вспомогательные вопросы рационального анамнеза.
- Умение выделить наличие факторов риска.
- Умение перечислить заболевания или состояния, которые могут быть причиной данной проблемы.
- Умение обоснованно провести физикальный осмотр.
- Умение обоснованного назначения лабораторно-лабораторных исследований в условиях СВП или СП.
- Умение выделить необходимость дополнительных исследований за пределами СВП или СП.

- На основании полученной информации умение установить основную причину (диагноз) данной проблемы.
- Умение определить тактику ведения на основании квалификационной характеристики ВОП.
- Умение давать немедикаментозные советы.
- Умение определить медикаментозное лечение на основании доказательной медицины
- Умение определить профилактических мер на уровне первичного звена здравоохранения.
- Умение определить принципы диспансеризации и реабилитации больных с АГ.

Что должен знать студент при решении проблемы пациентов с АГ:

№	Перечень знаний	Базовый уровень
1	Перечень заболеваний, которые протекают с АГ	Студент должен знать как минимум 10 наиболее часто встречаемых заболеваний
2	Перечень наиболее опасных заболеваний, которые протекают с АГ	Студент должен знать как минимум 5 заболеваний
3	Перечень состояний, требующие ведения в условиях СВП или СП (1-категория)	Согласно квалификационной характеристики ВОП
4	Перечень состояний, требующие консультации узкого специалиста или госпитализаций (2-категория)	Согласно квалификационной характеристики ВОП
5	Перечень исследований, требующие проведения в условиях СВП или СП (3.1-категория)	Согласно квалификационной характеристики ВОП
6	Перечень исследований, требующих направлений за пределы СВП или СП (3.2-категория)	Согласно квалификационной характеристики ВОП
7	Ключевые моменты (критерий) диагностики заболеваний, протекающие с АГ	Студент должен знать отличительные признаки и проявления каждого заболевания, а также критерии их диагностики.
8	Классификацию АГ (по степени, риску сердечно-сосудистых осложнений и стадии)	Студент должен указать.
9	Симптомы поражения внутренних органов	Студент должен перечислить симптомы поражения
10	Показатели лабораторно-инструментальных методов исследований (в том числе, ЭКГ)	Студент должен знать: - нормативные показатели и ожидаемые изменения при заболеваниях
11	Лечебная тактика	Студент должен знать принципы немедикаментозного и медикаментозного лечения заболеваний
12	Принципы первичной, вторичной и третичной	Студент должен знать

	профилактики	основные мероприятия, необходимые для первичной, вторичной и третичной профилактики
13	Принципы диспансеризации и реабилитации заболеваний, протекающие с АГ в условиях СВП или СП (4-категория)	Студент должен перечислить основные мероприятия по диспансеризации и реабилитации

Что должен уметь студент при решении проблемы пациентов с АГ:

№	Перечень навыков	Базовый уровень
1	Расспросить больного и его родственников	<ul style="list-style-type: none"> • Студент должен уметь задавать лаконичные вопросы рационального вопроса, которые действительно помогает в установке вероятного диагноза. • Студент должен уметь целенаправленно выявлять и оценивать жалобы пациента. • Студент должен уметь анализировать анамнез заболевания: начало заболевания, первые симптомы, причинная их связь и динамика развития. • Студент должен уметь анализировать анамнез жизни: выявление факторов риска, здоровье родителей и ближайших родственников.
2	Выявить факторы риска	Студент должен уметь выявить управляемые и неуправляемые факторы риска как при расспросе больного, так на основании объективного подхода
3	Рассчитать индекс масса/тела	Студент должен уметь выявить признаки: <ul style="list-style-type: none"> - недостаточности веса - повышенного веса.
4	Измерить артериальное давление.	Студент должен уметь провести тонометрию с учетом пошагового принципа.
5	Провести осмотр кожи	Студент должен уметь обнаружить наличие: <ul style="list-style-type: none"> -бледности - цианоза, -наличие высыпаний, акне, стрии
6	Провести осмотр подкожно-жировой клетчатки	Студент должен уметь оценить пропорциональность распределения
7	Общий осмотр	Студент должен уметь выявить: <ul style="list-style-type: none"> - наличие лунообразного лица -одутловатость - набухание шейных вен - пульсацию брюшной аорты
8	Исследовать пульс на сонных, лучевых и бедренных артериях	Студент должен уметь обнаружить: <ul style="list-style-type: none"> - наличие или отсутствие пульса Студент должен уметь оценить свойства лучевой артерии.
9	Провести аускультацию органов дыхания	Студент должен уметь выявить: <ul style="list-style-type: none"> - влажных хрипов

10	Провести пальпацию, перкуссию и аускультацию сердечно-сосудистую систему	Студент должен уметь выявить признаки: - гипертрофии левого желудочка Студент должен уметь оценить: - тоны сердца; - при наличии сердечных шумов, уметь выявить их эпицентр, и отношение к фазе сердечной деятельности (систолический или диастолический шум); - уметь отдифференцировать функциональные сердечные шумы от органических.
11	Провести пальпацию, перкуссию печени	Студент должен уметь выявить признаки: - острого живота - гепатомегалии
12	Провести перкуссию и пальпацию почек.	Студент должен уметь: - провести тест на поколачивание поясничной области - пальпаторно оценить свойства почек
13	Провести аускультацию над почечными артериями	Студент должен уметь выявить наличие: - систолического шума.
14	Провести офтальмоскопию	Студент должен уметь провести офтальмоскопию с учетом пошагового принципа и осмотреть глазное дно, а также выявить признаки: - изменений артериовенозных перекрестов
15	Провести неврологический осмотр.	Студент должен уметь выявить признаки: - периферического пареза или паралича - центрального пареза или паралича. Студент должен уметь оценить рефлексы (с использованием неврологического молоточка) и выявить признаки: - гиперрефлексии - гипорефлексии - арефлексии
16	Интерпретировать клинические и биохимические анализы	Студент должен уметь выявить признаки: - повышения или снижение показателей от нормы.
17	Снять ЭКГ и расшифровать ее.	Студент должен уметь регистрировать ЭКГ с учетом пошагового принципа. Студент должен уметь расшифровать результаты ЭКГ и выявить признаки: - ишемии миокарда - инфаркта миокарда - гипертрофии левого желудочка - блокады ножек пучка Гиса.
18	Отдифференцировать болезни, сопровождающиеся с АГ	Студент должен уметь отдифференцировать болезни на основании отличительных черт (анамнез, объективный осмотр и лабораторно-инструментальные исследования)
19	Дать немедикаментозные советы	Студент должен уметь: - обучить больных по самоконтролю - консультировать по диете - консультировать по ведению здорового образа жизни
20	Рационально	Студент должен уметь выбрать препараты с доказанной

	использовать лекарственные средства при лечении заболеваний, протекающие с АГ.	эффективностью. При выборе препарата студент должен уметь оценить: - эффективность - безопасность - приемлемость - экономичность.
21	Провести мониторинг и наблюдение больных	Студент должен уметь осуществить мониторинг и контролировать: - уровень глюкозы в крови - уровень А/Д. - уровень липидов крови

Практическое занятие №12

Тема: Головная боль. «Заболевания, которые протекают с головной болью. Наиболее опасные заболевания, которые протекают с головной болью. Типы гемодинамической АГ (атеросклеротический, коарктация аорты, недостаточность аортального клапана застойная гипертензия, полная АВ блокада). Дифференциальная диагностика гипертонической болезни с центральной артериальной гипертензией. Причины центральной (БМЖ, арахноидит, энцефалит, опухоль мозга). Тактика ВОП.».

Технология обучения.

Учебное время: 6 ч	
Структура учебного занятия	<ol style="list-style-type: none"> 1. Учебный тематический кабинет. 2. Кабинет ЭКГ. 3. Учебные пособия, фантомы, муляжи, раздаточный материал, сборник ситуационных задач и тестов 4. Телевизор, видео аппаратура, мультимедиа
Цель учебного занятия: Научить ВОП вопросам своевременной выявления факторов риска, диагностики и дифференциальной диагностики ГБ, почечной АГ и синдрома злокачественной АГ, а также принципам их ведения в условиях первичного звена здравоохранения, предусмотренных требованиями "Квалификационной характеристики врача общей практики»	
Педагогические задачи: <ol style="list-style-type: none"> 1. Рассмотреть вопросы диагностики ГБ, почечной АГ и синдрома злокачественной АГ. 2. Продемонстрировать больных с ГБ, почечной АГ (паренхиматозные и реноваскулярные) и злокачественной АГ. 3. Обсудить принципы консультирования по вопросам не медикаментозного 	Результаты учебной деятельности: Студент должен: <ol style="list-style-type: none"> 1. Основные факторы риска ГБ 2. Механизм возникновения АГ и злокачественной АГ. 3. Классификация и клинические проявления гипертензионного синдрома. 4. Дифференциальную диагностику ГБ с почечной АГ. 5. Клинические проявления злокачественной АГ. 6. Показания к госпитализации больных с АГ. 7. Медикаментозные препараты, используемые при лечении АГ. 8. Принципы диспансерного наблюдения и

<p>подхода.</p> <p>4. Принципы ведения, диспансерного наблюдения и мониторинга больных в условиях СВП или СП.</p> <p>5. Принципы первичной, вторичной и третичной профилактики при данных заболеваниях.</p>	<p>мониторинга больных в условиях СВП или СП</p> <p>9. Принципы первичной, вторичной и третичной профилактики АГ.</p> <p>Студент должен уметь:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Анализировать данные жалоб и анамнеза больных с АГ. 2. Диагностировать, дифференцировать по клинике и лабораторно-инструментальным данным различные виды АГ. 3. Правильно выбрать медикаментозные средства при заболеваниях, сопровождающихся с АГ. 4. Выбрать препараты с доказанной эффективностью 5. Консультировать по не медикаментозным методам лечения. 6. Провести мониторинг в условиях СВП или СП. 7. Технику регистрации ЭКГ.
Методы обучения	метод «ручка на середине стола» демонстрация, дискуссия, беседа, решение тестов и ситуационных задач
Формы организации учебной деятельности	Индивидуальная работа, работа в группах, коллективная, аудиторная, внеаудиторная.
Средства обучения	Раздаточные учебные материалы ЭКГ больных, слайды, муляжи, графические органайзеры, истории болезни, таблицы, стенды.
Способы и средства обратной связи	Блиц-опрос, тестирование, презентация результатов выполнения учебного задания, заполнение историй болезни, выполнение практического навыка «профессиональный расспрос»

Технологическая карта занятия

«Заболевания, которые протекают с головной болью. Наиболее опасные заболевания, которые протекают с головной болью. Типы гемодинамической АГ (атероскле-ротический, коарктация аорты, недостаточность аортального клапана застойная гипертензия, полная АВ блокада). Дифференциальная диагностика гипертонической болезни с центральной артериальной гипертензией. Причины центральной (БМЖ, арахноидит, энцефалит, опухоль мозга). Тактика ВОП.»

№	Этапы практического занятия	Форма занятия	Длительность занятия 225
		Место проведения	
1	Вводная часть (обоснование темы)		10
2	Обсуждение темы практического занятия с применением новых педагогических технологий («ручка на середине стола»), а также демонстрационного материала (истории болезни, таблицы, плакаты, рентгенограммы), определение исходного уровня.	Опрос, обсуждение Учебная комната, палаты	40
3	Вывод обсуждения		10

4	Определение задания для выполнения практической части - профессиональный респрос. Объяснение положений и рекомендаций для выполнения задания по заполнению историй болезни.	Обсуждение	20
5	Освоение практической части занятия под руководством преподавателя.	Проф. респрос. Беседа с больными и заполнение мед карт, ситуационные задачи. Осмотр тематических больных	20
6	Интерпретация данных обследования больных- жалобы, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация больных, а также исследования ОАМ, ОАК и биохимические анализы и постановка диагноза	Истории болезни, лабораторные данные ситуационные задачи	25
7	Обсуждение теоретических, практических знаний студентов, закрепление материала, определение уровня усвоения оценкой знаний.	Устный опрос, тесты, обсуждение, определение практических навыков Учебная комната	75
8	Определение вывода по теме практического занятия, оценка по 100 бальной системе и объявление оценок. Домашнее задание следующего практического занятия (сборник вопросов).	Информация, вопросы для самостоятельной работы. Учебная комната	25

2. Мотивация

Гипертоническая болезнь – это хронически протекающее заболевание, основным проявлением которого является синдром артериальной гипертензии, не связанные с наличием патологических процессов, при которых повышения артериального давления обусловлено известными причинами (симптоматические артериальные гипертензии). Термин « гипертоническая болезнь » предложен ГФ. Лангом , соответствует употребляемому в других странах понятию « эссенциальная артериальная гипертензия».

3. Межпредметные и внутрипредметные связи

Так как синдром « артериальная гипертензия» встречается при многих заболеваниях органов сердца , врачу ВОП приходится сталкиваться с другими специалистами такими как хирург , гастроэнтеролог , пульмонолог .

4. Содержание занятия

4.1. Теоретическая часть В теоретической части рассматриваются следующие вопросы:

В настоящее время под термином “артериальная гипертензия” принято объединять все патологические состояния, протекающие со стойким повышением артериального давления

(АД). АД является одним из симптомов многих заболеваний и основным, а нередко единственным, симптомом эссенциальной гипертензии (ЭГ).

Основным критерием, позволяющим диагностировать АД, является уровень АД, превышающий величины, характерные для данной возрастной группы.

Диагностические критерии АД для лиц старше 18 лет:

-систолическое АД >140 мм рт.ст.

-диастолическое >90 мм рт.ст.

Однако, поскольку АД является вариабельной величиной, прежде чем ставить диагноз АД, необходимо обязательно убедиться в стойком повышении АД путем повторных его измерений в течение нескольких недель, а при выявлении “мягкой”, или пограничной, артериальной гипертензии - 3-6 мес.

Эпидемиологические исследования расширили наши знания о роли ряда факторов в формировании АД. В связи с этим при сборе анамнеза у больных врач общей практики должен следовать рекомендациям ВОЗ (1992 г.) И уделить особое внимание следующим факторам риска:

- наследственная отягощенность по АД и сердечно- сосудистым заболеваниям (ССЗ);
- нарушение липидного обмена у самого больного и его родителей;
- наличие сахарного диабета у самого больного и его родителей;
- курение;
- особенности питания;
- ожирение;
- степень физической активности;
- личность пациента и его окружение;
- профессия;
- социальное положение.

Одним из основных факторов риска развития АД является наследственная отягощенность. Так, если один из родителей болен АД, то вероятность ее у ребенка составляет 25%, если же больны оба родителя, то риск увеличивается до 50%.

Существуют классификация АД в зависимости от величины АД (ВОЗ, 1992 г), классификация АД в зависимости от степени поражения органов- мишеней (ВОЗ, 1993) и по этиологическому признаку (таблицы 1, 2, 3).

Таблица 1

1. Классификация артериальной гипертензии в зависимости от степени Поражения органов- мишеней (ВОЗ, 1993)

Стадия I	Нет объективных признаков поражения органов-мишеней
Стадия II	Имеется по меньшей мере один из следующих признаков поражения органов-мишеней: Гипертрофия левого желудочка (рентгенография, ЭКГ, эхокг); Генерализованное или локальное сужение артерии сетчатки глаза и поражение почечных артерий; Протеинурия и /или незначительное повышение уровня креатинина в плазме крови (1,2- 2,0 мг/дл); Ультразвуковые или радиологические данные о наличии атеросклеротической бляшки (сонные артерии, аорта, подвздошные или бедренные артерии)
Стадия III	Наличие комплекса признаков поражения органов- мишеней Сердце: стенокардия; Инфаркт миокарда; Сердечная недостаточность.
	Головной мозг: инсульт;

	Преходящее нарушение кровообращения; Гипертоническая энцефалопатия; Сосудистые деменции Почки: уровень креатинина в плазме крови выше 2 мг/дл; Почечная недостаточность; Глазное дно: геморрагия и экссудация с отеком или без него соска зрительного нерва Кровеносные сосуды: расслаивающаяся аневризма аорты; Оклюзионные поражения артерий с клиническими Проявлениями
--	--

Таблица 2

2. Классификация артериальной гипертензии по этиологическому признаку

<p>А. Эссенциальная или первичная гипертензия (90-95%) Б. Нейроциркуляторная дистония В. Вторичная гипертензия (5-10%) Причины: 1. Заболевания почек Паренхиматозные заболевания почек Острые гломерулонефриты Хронические нефриты Хронические пиелонефриты Обструктивные нефропатии Поликистоз почек Заболевания соединительной ткани почек Диабетическая нефропатия 2. Гидронефроз Врожденная гипоплазия почек Травмы почек Реноваскулярная гипертензия Ренинсекретирующие опухоли Ренопривные гипертензии Первичная задержка соли (синдром Лиддла, синдром Гордона) Хроническая почечная недостаточность любого происхождения. 2. Эндокринные заболевания Акромегалия Гипотиреоз Гиперкальциемия Гипертиреоз Болезни надпочечников: А. Поражение коркового слоя: (I) Синдром Кушинга (II) Первичный альдостеронизм</p>	<p>(III) Врожденная гиперплазия надпочечников Б. Поражения мозгового вещества: Феохромоцитома Опухоль хромаффинных клеток, расположенных вне надпочечников Раковая опухоль 3. Коарктация аорты и аортиты 4. Осложнения беременности 5. Неврологические заболевания Повышение внутричерепного давления Опухоли мозга Энцефалиты Респираторный ацидоз Апноэ во время сна Тотальный паралич конечностей Острая порфирия Отравление свинцом Синдром Гейена-Барре 6. Лекарства или экзогенные вещества: Гормональные противозачаточные средства Кортикостероиды Симпатомиметики Кокаин Пищевые продукты, содержащие тиамин или ингибиторы моноаминоксидазы Нестероидные противовоспалительные препараты Циклоспорин Эритропоэтин 7. Хирургические осложнения 1. Постоперационная гипертензия</p>
---	---

Клинические особенности артериальной гипертензии у пожилых (склеротических АГ).

- возраст > 60 лет;
- АГ при атеросклерозе развивается в результате снижения эластичности аорты и главных ее ветвей;
- изолированное или непропорциональное повышение систолического давления;
- заболевание сравнительно легко переносится, имеет доброкачественное течение;
- систолическое АД > 160 мм рт.ст., диастолическое < 90 мм рт.ст.;
 - 1) акцент II тона на аорте, грубый систолический шум с металлическим оттенком на аорте, который хорошо проводится в межлопаточное пространство.

ЛЕЧЕНИЕ

Проблема рациональной фармакотерапии АГ, несмотря на наличие большого арсенала антигипертензивных лекарственных средств, остается актуальной. Современная терапия АГ предусматривает не только выбор эффективного гипотензивного для конкретного больного препарата, но и учет его возможностей в плане предупреждения и регрессии органоповреждающего действия. Одной из целей снижения АД при АГ является профилактика ее осложнений. АД должно быть снижено не менее чем на 20-25% от исходного уровня. Оптимальным можно считать АД систолическое 140 мм рт.ст., диастолическое - ниже 90 мм рт.ст. Этот порог снижения АД позволяет ослабить или полностью ликвидировать симптомы гипертонической энцефалопатии, выраженных изменений на глазном дне при сохранении достаточной перфузии почек и других жизненно важных органов.

Общие принципы лечения

Установить доверительные взаимоотношения с больным.

Цель лечения - увеличить продолжительность жизни больного и улучшить ее качество.

Задача лечения - снизить АД до 140/90 мм рт.ст. или ниже с учетом возраста (120-130/80 мм рт.ст. - у молодых, <140/90 мм рт.ст. - у пожилых).

Учитывать все факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний.

Рассказать больному о методах немедикаментозного лечения и их преимуществах.

При легкой и умеренной артериальной гипертензии при отсутствии повреждения органов-мишеней лечебные мероприятия начинают с амбулаторного мониторинга АД.

Немедикаментозное лечение

Если диастолическое АД у больного составляет 90-100 мм рт.ст. и нет повреждений органов-мишеней, следует проводить немедикаментозное лечение, об эффективности которого можно судить не ранее, чем через 3 месяца. Лечение начинают с отмены лекарственных средств, повышающих АД (нестероидные противовоспалительные препараты, кортикостероиды, комбинированные пероральные контрацептивы, эстрогены). Немедикаментозная терапия включает снижение массы тела, занятия спортом, прекращение курения, аутотренинг, ограничение потребления поваренной соли и алкоголя.

Известно, что АД при ожирении повышается. При похудении на 1 кг систолическое АД снижается в среднем на 2,5 мм рт.ст., а диастолическое - на 1,5 мм рт.ст. Рассчитываются индекс массы тела: H/W^2 , где H - масса тела (кг), W - рост (м). Если этот показатель выше 20-25 кг/м², больному рекомендуют похудеть.

Физическая активность

Для снижения АД полезно регулярно выполнять физические упражнения. Нагрузки увеличиваются постепенно. Показаны кратковременные изотонические нагрузки, например ходьба. Изометрические нагрузки не показаны, так как во время их выполнения АД повышается.

Аутотренинг

Необходимо избегать перенапряжения. Если это не удается, рекомендуют аутотренинг.

Диетотерапия

Основными принципами лечебного питания являются:

- Строгое соответствие энергетической ценности рациона энергозатратам организма, а при сопутствующем ожирении – ограничение суточной калорийности;
- Антиатеросклеротическая направленность диеты и обогащение ее эйкозопентаеновой кислотой, снижающей агрегацию тромбоцитов;
- Уменьшение приема свободной жидкости до 1-1,5 л в сутки;
- Исключение продуктов, возбуждающих центральную нервную и сердечно – сосудистую системы (крепкие мясные и рыбные бульоны, крепкий чай, кофе), вызывающих усиленное газообразование, вздутие кишечника (бобы, горох, газированные напитки и др.);
- Включение в диету продуктов, богатых липотропными веществами и клеточными оболочками, а также продуктов моря (морская рыба, крабы, омары, креветки, морская капуста);
- Ограничение потребления поваренной соли. Рекомендуют есть едва подсоленную пищу. Количество поваренной соли в суточном рационе не должно превышать 6 г. Вместе с тем следует учесть, что во избежание гипохлоремии потребление соли должно быть не менее 2 гр. в сутки. Вместо соли для подсаливания пищи можно использовать санасол - 1,5-3,0 гр/сут, который по вкусу напоминает поваренную соль, но не содержит хлористого натрия.
- Ограничение потребления алкоголя. Алкоголь оказывает вазопрессорное действие. Ежедневное его употребление в количестве более 20 мл в пересчете на чистый спирт повышает АД и затрудняет лечение АГ. По этому потребление алкоголя ограничивают до 10-20 мл/сут в пересчете на чистый спирт. Это приводит к снижению АД на 5-10 мм рт. ст.
- Молочно- растительная диета, обогащенная солями магния, также снижает АД.
- Полезны продукты с большим содержанием кальция и низким содержанием жира и кофеина. Исключают продукты, содержащие корень солодки.

Медикаментозное лечение

Современная медицина располагает большим арсеналом гипотензивных препаратов различного механизма действия (табл. 5-16).

Медикаментозное лечение показано:

- при впервые выявленной стойкой АГ с уровнем диастолического АД > 95 мм рт.ст.;
- при повреждении органов- мишеней;
- при безуспешности немедикаментозного лечения.

Выбирая гипотензивный препарат, следует учитывать риск развития побочных эффектов, а также стараться не допустить ортостатической гипотонии и чрезмерного снижения АД. Устранить факторы, снижающие эффективность лечения.

Современная тактика применения гипотензивных средств.

- Цели медикаментозной терапии при артериальной гипертензии можно сформулировать следующим образом: Предупреждение заболеваемости и смертности, связанных с повышением АД (медикаментозная профилактика);
- Предупреждение прогрессирования болезни, в частности, гипертонической болезни сердца (регрессия гипертрофии миокарда);
- Поддержание АД на оптимальном для больного уровне;
- Улучшение качества жизни.

Показания к стационарному лечению

1. Гипертонические кризы тяжелые и средней степени тяжести;
2. Учащение гипертонических кризов легкой степени на фоне активного лечения для уточнения причины кризов и подбора медикаментозной терапии;

3. Отсутствие снижения АД, несмотря на комплексное лечение в амбулаторных условиях;
4. Необходимость оценки трудоспособности больного и исключение симптоматической гипертензии.

Общие указания

- Начинают лечение с монотерапии.
- Об эффективности лечения можно судить только через 4 -6 недель.
- При неэффективности лечения: увеличивают дозу препарата до максимальной либо дополнительно назначают гипотензивный препарат другой группы, либо отменяют данный препарат и назначают препарат другой группы.
 - Одновременно назначают только один препарат данной группы.
 - Придерживаются схемы лечения и показаний к назначению различных групп гипотензивных препаратов.

Начало лечения

Придерживаются поэтапного принципа.

Первый этап: тиазидный диуретик или кардиоселективный β - адреноблокатор.

Второй этап: диуретик+ β - адреноблокатор.

Третий этап: диуретик+ β - адреноблокатор+ ингибитор АПФ.

Иногда начинают с препаратов других групп.

Причины неэффективности лечения

• Низкие дозы гипотензивных препаратов, прием средств, повышающих АД (антидепрессантов, кортикостероидов, НПВС, симпатомиметиков, средств от насморка, алкалоидов спорыньи, комбинированных пероральных контрацептивов, психотропных средств).

- Нарушение предписаний врача.
- Стеноз почечных артерий.
- Курение, употребление корня солодки, кофеина.
- Ожирение.
- Злоупотребление алкоголем.
- Избыточное потребление поваренной соли.
- Симптоматическая артериальная гипертензия (чаще всего- болезни почек).
- Объемная перегрузка (например, при недостаточных дозах диуретиков).
- Употребление амфетаминов, кокаина и других наркотиков, анаболических стероидов.

Если причины неэффективности лечения не выявлены, больного направляют к специалисту. Чтобы исключить «смотровую» артериальную гипертензию, АД измеряют вне клиники, проводят его амбулаторный мониторинг.

Диспансеризация

Диспансерная группа наблюдения – “ДЗ”. Динамическое наблюдение ВОП: пожизненно, 2-4 раза в год в зависимости от степени тяжести.

Осмотры другими специалистами: кардиолог, офтальмолог, невропатолог, проводятся не реже 1 раз в год, эндокринолог, уролог осматривает больного по показаниям.

Обязательный объем исследований:

1. 2-4 раза в год: обще клинические анализы мочи и крови, проба Зимницкого.
2. не реже 1 раза в год: биохимический анализ крови (липиды, электролиты, креатинин, мочевины, глюкоза), ЭКГ, ЭхоКГ, консультация невропатолога и офтальмолога.

Основные мероприятия:

1. Обучения навыкам здорового образа жизни.
2. Коррекция факторов риска.
3. Диета.
4. Психотерапия.

5. Физиотерапия и ЛФК в отделении восстановительного лечения.
6. Трудовые рекомендации.
7. Медикаментозная профилактика и терапия в соответствии с алгоритмом лечения больных АГ.
8. Санаторно-курортное лечение в санатории кардиологического профиля в период стабильного лечения заболевания (вне обострения).

Профилактика

Наиболее перспективным в XXI веке подходом к проблеме предупреждения появления новых случаев АГ, а следовательно профилактики сердечно-сосудистых осложнений является **первичная профилактика** – устранение или смягчение модифицируемых факторов риска (устранение гиподинамии, здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек, динамическое наблюдение за пациентами с наследственной предрасположенностью к АГ). Установлено, что первичная профилактика может удлинить жизнь на 10-20 лет, уменьшить вероятность инфарктов миокарда и инсультов в 8 раз. Она снижает вероятность и других болезней цивилизации и обеспечивает высокий уровень жизни.

В системе профилактики АГ важное место принадлежит и мероприятиям **вторичной профилактики** – предупреждение обострений, фатальных и нефатальных осложнений АГ, что должно быть основной целью лечения АГ в поликлинической сети.

При осуществлении профилактических мероприятий в рамках санитарно-просветительской работы должны широко использоваться образовательные программы (школы по артериальной гипертензии). Это позволит выработать у населения приверженность здоровому образу жизни и соблюдению рекомендаций по профилактике и лечению артериальной гипертензии.

Использование метода «ручка на середине стола».

Цель: Одновременное вовлечение в процесс обсуждения темы всех студентов с объективно оценкой их знаний.

Основные положения методики: Предлагается задание всей группе, каждый студент записывает на листе свой вариант ответа и передает его соседу, а свою ручку передвигает на середину стола, чтобы не дополнить свой ответ дополнительно услышанной информацией.

Преимущества: Контролируется занятость в учебном процессе всех членов группы с одновременной оценкой знаний.

Недостатки: Отвечающий студент может увидеть ответы предыдущего студента.

Этот метод предполагает одновременное участие всей группы студентов в решении конкретной задачи.

Основные положения методики: Заранее приготавливаются вопросы, из которых выбирается один и все студенты отвечают на заданный вопрос.

1. Перечислите группы заболеваний, проявляющиеся артериальной гипертензией
2. Критерии злокачественной артериальной гипертензии
3. Приведите классификацию артериальных гипертензий

Ответы: 1. Почечные. 2. Эндокринные. 3. Гемодинамические. 4. Церебральные.

№	Оценка	отлично	Хорошо	удовл	неуд	плохо
	Усвоение в %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% и ниже
1	Теоретическая часть	20-17,2 балл	17-14,2 балл	14-11 балл	10,8-7,4 балл	7,2 балл

4.2 Аналитическая часть

4.2.1. Ситуационные задачи:

1. 70 летнюю женщину последние 2 месяца беспокоят приступы потери сознания. Со слов дочери приступы длятся до 3-4 минут, сопровождаются непроизвольным мочеиспусканием. Из анамнеза - последние 2 года отмечает повышение АД до 180/90 мм.рт.ст.

Объективно: больная повышенного питания, ксантелазмы на коже век, извитые сосуды на висках. Тоны сердца приглушены, ритмичные, систолический шум на верхушке. ЧСС и пульс 42 в мин., АД 170/80 мм рт. ст. ЭКГ: Полная АВ диссоциация. Расстояние P-P -5, а R-R -15 больших клеток. Связь между зубцом P и QRS комплексом не сохранена. В отведениях I, aVL, V5-6 QRS уширен и деформирован за счет зубца S, а в III aVF V1-3 за счет R. Продолжительность QRS комплекса 0,12 сек. Сегмент ST расположен дискордантно к основному зубцу.

1. При каких заболеваниях наблюдаются выше указанные жалобы и ЭКГ изменения;
2. Ваш полный предварительный диагноз;
3. Какой вид артериальной гипертензии у данного больного и укажите наиболее эффективные гипотензивные препараты;
4. Тактика ВОП.

Ответы:

1. ИБС(стенокардия, инфаркт миокарда), миокардиодистрофия, миокардит, кардиомиопатия, гипертоническая болезнь - 20 баллов
2. ИБС., аритмическая форма, полная АВ -блокада, дистальный тип. Симптоматическая склеротическая артериальная гипертензия. Осложнение: Синдром Морганьи-Адамса - Стокса - 30 баллов
3. Симптоматическая склеротическая артериальная гипертензия. Эффективны ингибиторы АПФ, диуретики. - 25 баллов
4. Госпитализация в кардиореанимационное или кардиологическое отделение. Лечение: ингибиторы АПФ, холинолитики (атропин, платифиллин) или симпатомиметики (адреналин, изадрин), ГКС (преднизолон), имплантация искусственного водителя ритма.- 25 баллов.

2. 45 летнего больного И. в течение года беспокоила одышка, сердцебиение, перебои в работе сердца, боли в области сердца, за грудиной при физической нагрузке. В последнее время появились приступы потери сознания с продолжительностью 2-3 мин. Из анамнеза: отец и дядя умерли от сердечной недостаточности в 45 и 48 летнем возрасте. Сам больной в детстве перенес вирусный гепатит В. Объективно: общее состояние средней тяжести. Перкуторно границы сердца: правая +1,0 см от правой парастернальной линии, левая по передней подмышечной линии. Аускультативно: тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке и у основания мечевидного отростка. АД 120/80 мм.рт.ст. Печень +3 см, болезненна, селезенка не пальпируется. На голени отеки. На ЭКГ: ритм синусовый ЧСС - 56 уд. в 1 мин. Периодически выпадение P- QRS-Т комплекса и двухкратное удлинение R-R расстояния.

1. При каких заболеваниях наблюдаются выше указанные симптомы и ЭКГ изменения;
2. Ваш предварительный диагноз;
3. План обследования;
4. Тактика ВОП и лечение.

3. 68 летняя больная Т. в течение многих лет страдает ГБ и ИБС. 5 лет назад перенесла инфаркт миокарда. Последние 2 года по назначению врача принимает аспирин, дигоксин и диуретики, так как появилась одышка и отеки на ногах. При повышении АД принимает адельфан. Последние 3 недели по совету мужа самостоятельно начала применять атенолол

50 мг по 1 таблетке 2 раза в день. В момент осмотра жалуется на появление головокружения и обмороков 1-2 раза в день по 2-3 минуты, слабость, усиление одышки. Объективно АД 130/60 мм.рт.ст. ЧСС и пульс 40 в мин. На ЭКГ: ритм синусовый ЧСС- 40 уд в 1 мин. PQ во всех отведениях- 0,22 сек, регулярное выпадение QRS комплекса в виде 1:2. В отведениях I, aVL, V5-6 QRS уширен за счет зубца S, а в III aVF V1-3 за счет R и QRS комплекс в виде rSR. Продолжительность QRS -0,16 сек.

1. При каких заболеваниях наблюдаются выше указанные симптомы и ЭКГ изменения;
2. Что привело к урежению пульса;
3. Полный предварительный диагноз;
4. Тактика ВОП и плановое лечение.

4. Больная 18 лет, жалуется на повышение температуры тела, ноющие боли в области сердца, одышку при физ. нагрузке, перебои в работе сердца, слабость. Через 2 недели после перенесенного фарингита появились вышеуказанные жалобы. Объективно: температура 37,2⁰С, миндалины увеличены, рыхлые. Границы сердца не изменены, тоны приглушены. На верхушке в положении на левом боку выслушивается нежный систолический шум, пульс-92 уд/мин. Со стороны других органов патологии не выявлено. Анализы крови: лейкоциты 9,5x10⁹/л. СОЭ-32 мм/час. Общий белок-77,5 г/л, гамма глобулин-29%, СРБ (+++), ДФА -0,24, титр антигуалуронидазы 1:850. На ЭКГ: Ритм синусовый. Интервал P-Q - 0,28 с. Единичные желудочковые экстрасистолы.

1. При каких заболеваниях наблюдаются выше указанные симптомы и ЭКГ изменения;
2. Сформулируйте развернутый диагноз;
3. План обследования;
4. Тактика ВОП и плановое лечение.

5. Больная Г., 55 лет обратилась в поликлинику с просьбой заполнить санитарно-курортную карту. Из анамнеза в течение 4 лет отмечает повышение АД. Отец умер от инфаркта миокарда, у старшего брата также повышается АД. Лечилась амбулаторно. При повышении АД принимает адельфан. Объективно: больная повышенное питание. Над легкими везикулярное дыхание. Границы сердца: правая по правому краю грудины, верхняя на III м/р, левая - на 3 см снаружи от левой среднеключичной линии. Аускультативно: тоны приглушены, ритмичные, акцент II тона над аортой. Пульс 84 уд/мин, ритмичный. АД 170/100 мм.рт.ст. Печень не увеличена.

1. Перечислите группы заболеваний, при которых наблюдается повышение АД;
2. Ваш предварительный диагноз;
3. План обследования;
4. Перечислите основные группы гипотензивных препаратов.

6. 58 летняя больная в течение 4 лет отмечает повышение АД до 160/90 мм рт. ст. Раньше при головных болях периодически принимала адельфан. 1-2 раза в году получала стационарное лечение. В течение 8 месяцев по назначению врача регулярно принимала берлиприл по 5 мг два раза в день и гипотиазид 1 таблетку 2 раза в неделю. На фоне лечения АД держится в пределах 120- 130/80 мм.рт.ст. В течение 2 месяцев беспокоит мучительный сухой кашель, усиливающийся в горизонтальном положении. Обратилась к знакомому врачу. Диагностирован хронический бронхит в ст. обострения и назначен бромгексин, ампициллин, глюконат кальция. 10 дневный курс лечения оказался не эффективным. При осмотре со стороны внутренних органов особых изменений не выявлено. АД 130/80 мм рт. ст.

1. Ваш предварительный диагноз;

2. Укажите причину сухого кашля;
3. Тактика ВОП;
4. План обследования.
5. Перечислите основные факторы риска при АГ.

7. Больная Н., 50 лет, жалуется на головные боли в теменно-затылочной части, одышку при ходьбе, приступы удушья по ночам, перебои в работе сердца. Из анамнеза повышение АД отмечает более 8 лет. В последние годы появились загрудинные боли при физической нагрузке с иррадиацией в левую руку. Боли продолжаются 2-5 мин и проходят в покое. Объективно: над легкими везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над аортой. АД 180/100 мм рт.ст. Отеков нет. На ЭКГ: ритм синусовый ЧСС-88 уд в 1 мин. PQ - 0,18 сек. В отведениях I, aVL, V5-6 высокий зубец R, а в III aVF V1-3 глубокий S. Продолжительность QRS комплекса 0,10 сек. Косонисходящее снижение сегмента ST.

1. При заболеваниях каких органов наблюдается повышение АД;
2. Ваш предварительный полный диагноз;
3. План обследования;
4. Лечение (немедикаментозное и медикаментозное).

8. Больной А., 66 лет, проснулся ночью от внезапно возникшего приступа удушья с затрудненным вдохом, головными болями. Из анамнеза: страдает более 15 лет гипертонической болезнью. 3 года назад перенес инфаркт миокарда. Объективно: общее состояние тяжелое. Положение ортопноэ. Клокочущее дыхание, резко выраженная одышка. Над всей поверхностью легких разнокалиберные влажные хрипы. Тоны сердца глухие, акцент II тона над аортой и легочной артерией, на верхушке ритм галопа. ЧСС 100 уд. в 1 мин ритмичное. АД 210/120 мм рт.ст. Живот мягкий б/б. Периферических отеков нет.

1. Укажите причину ухудшения состояния больного;
2. Ваш полный предварительный диагноз;
3. Неотложная помощь с указанием дозы препарата.

№	Оценка	отлично	хорошо	удовл	неуд	плохо
	Усвоение в %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% и ниже
2	Ситуационная задача	50-43 балл	42,5- 35,5 балл	35- 27,5 балл	27-18,5 балл	18 балл

4.2.2 графический органайзер: рыбий скелет

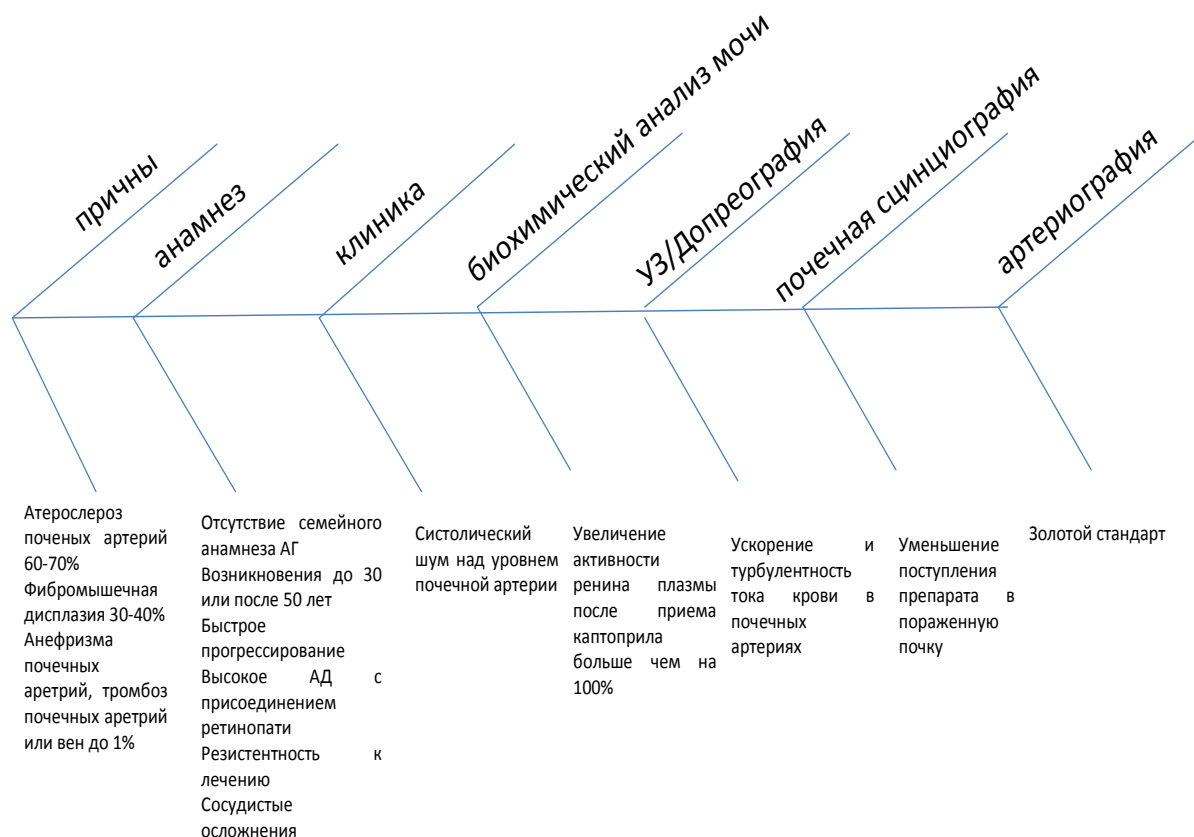
Цель схемы «рыбьего скелета» описать целый круг поле проблемы и попытаться решить ее, развивает и активизирует системное, творческое, аналитическое мышление.

Ход схемы: студенты знакомятся с правилами построения схемы. Индивидуально или в парах записывают на верхней косточке формулировку подпроблем, а на нижней – факты подтверждающие что данные проблемы существуют.

Объединяются в мини группы, сравнивают и дополняют свою схему.

Далее проводят презентацию результатов. Презентация заполненной схемы позволяет продемонстрировать взаимосвязь подпроблем. Их комплексный характер.

Вазоренальная АГ



№	Оценка	отлично	хорошо	удовл	неуд	плохо
	Усвоение в %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% и ниже
2	Ситуационная задача	50-43 балл	42,5- 35,5 балл	35- 27,5 балл	27-18,5 балл	18 балл

4.3. Практическая часть

Перечень навыков, которым ВОП должен владеть после завершения занятий по данной тематике

1. Провести осмотр больных с заболеваниями, сопровождающимися повышением артериального давления.
2. Интерпретация анализов, данных лабораторно-инструментальных исследований, (клинические и биохимические анализы крови, мочи, кала, рентгенологические исследования органов грудной клетки, эхокардиография, УЗИ почек), больных с заболеваниями сердца, сопровождающимися артериальной гипертензией (гипертонической болезнью, симптоматической АГ)
3. Выписывание лекарственных препаратов при заболеваниях, проявляющихся артериальной гипертензией.

№	Оценка	отлично	хорошо	удовл	неуд	плохо
	Усвоение в %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% и ниже
4	Практическая	15-12,9 балл	12,75-10,6	10,5-8,25	8,1-5,5-	5,4 балл

	часть		балл	балл	балл	
--	--------------	--	-------------	-------------	-------------	--

5. Формы контроля знаний, навыков и умений

- Устно
- Письменно
- Решение ситуационных задач
- Демонстрация освоенных практических навыков

5.1. Критерии оценок знаний и умение практических навыков студентов.

№	Оценка	отлично	хорошо	удовл	неуд	плохо
	Усвоение в %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% и ниже
1	Теоретическая часть	20-17,2 балл	17-14,2 балл	14-11 балл	10,8-7,4 балл	7,2 балл
2	Ситуационные задачи	50-43 балл	42,5- 35,5 балл	35- 27,5 балл	27-18,5 балл	18 балл
3	Тест	15-12,9 балл	12,7-10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5 балл	5,4 балл
4	Практическая часть	15-12,9 балл	12,75-10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5- балл	5,4 балл

6. Критерии оценки текущего контроля

Уровни оценок	Рейтинг баллы	Характеристика работы студента
	20	Балл присутствия на практическом занятии. Полное отсутствие уровня знаний и не умение выполнить практический навык – студент абсолютно не готов к практическому занятию.
Не удовлетворительно	20 - 54,9	Студент отвечает неудовлетворительно. Студенты не владеет базовыми уровнями знаний и навыков, хотя бы одного из нижеперечисленных: <ul style="list-style-type: none"> • Не знает основные факторы риска ГБ. • Не знает механизм возникновения АГ и злокачественной АГ. • Не знает классификацию ГБ. • Не знает клинические проявления гипертензионного синдрома. • Не может дифференцировать ГБ с почечной АГ. • Не способен собрать рациональный анамнез во время курации больных с ГБ • Во время курации не способен объективно оценить состояние больных ГБ • Не способен рационально составлять план обследования больных с ГБ в условиях СВП или СП.
Обеспечение базового уровня знаний и навыков		
Удовлетворительно	55-60,9	Удовлетворительный ответ низкого качества. Студент старается владеть базовыми уровнями знаний и

55-70,9%		навыков (см.ниже), но при ответе или выполнении навыков допускают серьезные ошибки.
	61-65,9	Удовлетворительный ответ средней степени. Студент владеет базовыми уровнями знаний и навыков (см.ниже), но при ответе или выполнении навыков допускают ошибки (возможны отдельные погрешности)
	66-70,9	Удовлетворительный ответ высокого качества. Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков: <ul style="list-style-type: none"> • Знает клинические проявления гипертензионного синдрома • Может дифференцировать ГБ с почечной АГ по субъективным, объективным и лабораторно-инструментальным данным • Знает механизм возникновения АГ и злокачественной АГ. • Знает факторы риска при ГБ. • Знает группы препаратов при лечении АГ. • Способен собрать рациональный анамнез во время курации больных с ГБ. • Во время курации способен объективно оценить состояние больных с ГБ. • Может интерпретировать результаты лабораторно-инструментальных методов исследований . • Может показать технику регистрации ЭКГ • Способен рационально составлять план обследования больных с ГБ в условиях СВП или СП. • Способен корректно заполнять дневник больного.
Продвинутый уровень знаний		
Хорошо 71-85,9%	71-75,9	Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (указанные в пункте «66-70,9») + владеет следующими знаниями и навыками: <ul style="list-style-type: none"> • Знает классификацию ГБ. • Знает механизм действия лекарственных препаратов • Рационально выбрать лекарственных препаратов, используемых при лечении ГБ.
	76-80	Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «71-75,9», а также владеет следующими знаниями и навыками: <ul style="list-style-type: none"> • Знает принципы первичной, вторичной и третичной профилактики ИБС
	81-85,9	Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «71-75,9» и «76-80», а также владеет следующими знаниями и навыками: <ul style="list-style-type: none"> • Принципы ведения, наблюдения и мониторинга больных с ГБ в условиях СВП или СП. • Умеет провести консультацию по вопросам немедикаментозных и медикаментозных советов с использованием навыков МЛО.

		<ul style="list-style-type: none"> • Принципы диспансеризации и реабилитации больных с ГБ в условиях СВП или СП
Отлично 86-100%	86-90	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «81-85,9», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Умеет предоставлять достоверную информацию о стенокардии и инфаркте миокарде на основании интернет данных
	91-95	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «86-90», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Знает как провести мониторинг в условиях СВП или СП.
	96-100	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «91-95», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Предоставил научные данные на основе литературы (статьи и интернет)

Примечание: Базовый уровень знаний и навыков – это минимум знаний, который обеспечивает принцип «безопасности» для пациента.

7. Контрольные вопросы

1. Основные факторы риска при ГБ.
2. Дифференциальный диагноз артериальной гипертонии.
3. Диагностические критерии гипертонической болезни.
4. Диагностические критерии гипертонической болезни.
5. Диагностические критерии почечной АГ.
6. Диагностика злокачественной АГ.
7. **Тактика ВОП при артериальной гипертонии.**
8. **Дифференциальная диагностика почечной АГ.**
9. Основные группы гипотензивных препаратов.
10. **Механизм действия диуретиков.**
11. **Механизм действия В-блокаторов.**
12. **Механизм действия ингибиторов АПФ.**
13. **Механизм действия антагонистов кальция.**
14. **Определение трудоспособности при артериальной гипертонии.**

15. Первичная и вторичная профилактика артериальной гипертонии.

8. Рекомендуемая литература

Основные

4. Ички касалликлар, Бобожанов С. Т: Янги аср авлод, 2008
5. Ички касалликлар, Камолов Н.Н., 1991
5. Внутренние болезни, том 2 Мухин Н.А. М.:ГЭОТАР - Медиа, 2009
7. Textbook of Internal Medicine Editor-in-Chief William N. Kelley 1997

Дополнительные

1. Умумий амалиёт врачлар учун маърузалар туплами , Гадаев А.Г., Т., 2012
 2. Общая врачебная практика, Под ред.Ф.Г.Назирова, А.Г.Гадаева. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
 3. Сборник практических навыков для врачей общей практики. Гадаев А., Ахмедов Х.С. Т., 2010.
 4. Умумий амалиёт врачлар учун амалий куникмалар туплами Гадаев А.Г., Ахмедов Х.С., 2010.
 5. Терапевтический справочник Вашингтонского Под ред. М.Вудли М.: Практика, 2000.
 6. Диагностика болезней внутренних органов. Окороков А.Н. Все томы.2005.
 7. Лечение болезней внутренних органов. Окороков А.Н. Все томы.2005.
 8. Дифференциальный диагноз внутренних болезней. Виноградов А.В. М.: Медицинское информационное агенство, 2009.
 9. Внутренние болезни: учебник.- в 2-х т. (2 т.) Под ред. Мартынова и др. М.: ГЭОТАР - Медиа, 2005:
1. **Хронологическое содержание занятия**

Время	Мероприятия	Содержание	Материалы	Продолжительность занятия
8.30– 9.30	Утренняя конференция	Доклад дежурных врачей и дежурных субординаторов по дежурству.	Истории болезни, ЭКГ, кодоскоп.	1 час
9.15-10.00	Клинический аудит выписывающихся больных.	Подробный доклад студентов о выписываемых больных.		45 минут
10.05-10.45	Теоретический разбор темы	Проверка исходного уровня подготовленности студентов. Опрос студентов по теме занятия с применения метода “ручка на середине стола”. Студентам раздаются ЭКГ, результаты анализов которые студенты должны расшифровать, анализировать и дать заключение. Решение ситуационных задач по данной теме.	Учебные доски, папка с ЭКГ, таблицы и ситуационные задачи, соответствующие теме занятия.	40 минут
10.45 -11.05.	Проработка практических навыков.	Студент под надзором преподавателя должен выполнить минимум два практического навыка.	Больной или волонтер.	20 минут

11.05-11.45	Курация больных в отделении.	Каждый студент курирует больных определенной палаты.	Больной, фонендоскоп, танометр, история болезни (с данными клинико-лабораторных исследований).	40 минут
11.45-12.15	Перерыв			30 мин
12.20-13.20	Разбор тематического больного	По выбору педагога проводится полный осмотр больного по теме занятия или пациентов, готовящихся к выписке, анализ данных лабораторно-инструментального исследований, обоснование предварительного и окончательного клинического диагнозов. Определяется план лечения с дозами препаратов.	Больной, фонендоскоп, тонометр, история болезни (данными клинико-лабораторных исследований).	1 час

Практическое занятие №14

Артериальная гипертензия. Дифференциальная диагностика гипертонической болезни с эндокринными АГ. Виды эндокринных АГ (феохромацитома, синдром Кона, синдром Иценко-Кушенга, тиреотоксикоз) Тактика ВОП.

Технология обучения

Учебное время: 6 часа	
Структура учебного занятия	<ol style="list-style-type: none"> 1. Учебный тематический кабинет. 2. Кабинет ЭКГ 3. Учебные пособия, фантомы, муляжи, раздаточный материал, сборник ситуационных задач и тестов <p>Телевизор, видео аппаратура, мультимедиа</p>
Цель учебного занятия: Научить студента ВОП вопросам своевременной диагностики и дифференциальной диагностики гипертонические болезни с эндокринными АГ, и виды эндокринных АГ. Овладение теоретическими и практическими знаниями и их укрепление, овладение навыками.	
Педагогические задачи:	Результаты учебной деятельности:

<ol style="list-style-type: none"> 1. Рассмотреть вопросы дифференциальной диагностики симптоматической (феохромацитома, синдром Кона, синдром Иценко-Кушинга, тиреотоксикоз) АГ и гипертонических кризов. 2. Продемонстрировать больных с симптоматической (феохромацитома, синдром Кона, синдром Иценко-Кушинга, тиреотоксикоз) АГ и гипертоническими кризами. 3. Обсудить вопросы тактики ведения в рамках квалификационной характеристики ВОП 4. Обсудить принципы лечения (немедикаментозные и медикаментозные). 5. Обсудить принципы ведения, наблюдения и мониторинга больных в условиях СВП или СП. 6. Обсудить принципы первичной, вторичной и третичной профилактики при данных заболеваниях. 	<p>Студент должен:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Диагностировать, дифференцировать симптоматические АГ (феохромацитома, синдром Кона, синдром Иценко-Кушинга, тиреотоксикоз) и гипертонических кризов. 2. Диагностировать, дифференцировать по клинике и ЭКГ различные виды АГ и гипертонических кризов. 3. Оказать помощь при гипертоническом кризе. <p>Студент должен уметь:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Диагностировать, дифференцировать симптоматические АГ (феохромацитома, синдром Кона, синдром Иценко-Кушинга, тиреотоксикоз) и гипертонических кризов. 2. Диагностировать, дифференцировать по клинике и ЭКГ различные виды АГ и гипертонических кризов. 3. Оказать помощь при гипертоническом кризе. 4. Принципы лечения (медикаментозное и не медикаментозное) при данных заболеваниях. 5. Принципы диспансерного наблюдения и мониторинга больных в условиях СВП или СП. 6. Принципы первичной, вторичной и третичной профилактики при данных заболеваниях.
Методы обучения	метод «ролевая игра» демонстрация, дискуссия, беседа, решение тестов и ситуационных задач
Формы организации учебной деятельности	Индивидуальная работа, работа в группах, коллективная, аудиторная, внеаудиторная.
Средства обучения	Раздаточные учебные материалы ЭКГ больных, слайды, муляжи, графический органайзер, истории болезни, таблицы, стенды.
Способы и средства обратной связи	Блиц-опрос, тестирование, презентация результатов выполнения учебного задания, заполнение историй болезни, выполнение практического навыка «профессиональный респрос»

Технологическая карта занятия
Артериальная гипертензия. Дифференциальная диагностика гипертонической болезни с эндокринными АГ. Виды эндокринных АГ (феохромацитома, синдром Кона, синдром Иценко-Кушенинга, тиреотоксикоз) Тактика ВОП.

№	Этапы практического занятия		Форма занятия Место проведения	Длительность занятия 225
1	Вводная часть (обоснование темы)			10
2	Обсуждение темы практического занятия с применением новых педагогических технологий (метод «ролевая игра»), а также демонстрационного материала (истории болезни, таблицы, плакаты, рентгенограммы), определение исходного уровня.		Опрос, обсуждение Учебная комната, палаты	40
3	Вывод обсуждения			10
4	Определение задания для выполнения практической части - профессиональный расспрос. Объяснение положений и рекомендаций для выполнения задания по заполнению истории болезни.		Обсуждение	20
5	Освоение практической части занятия под руководством преподавателя.		Проф. расспрос. Беседа с больными и заполнение мед карт, ситуационные задачи. Осмотр тематических больных	20
6	Интерпретация данных обследования больных- жалобы, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация больных, а также исследования ОАМ, ОАК и биохимические анализы и постановка диагноза		Истории болезни, лабораторные данные ситуационные задачи	25
7	Обсуждение теоретических, практических знаний студентов, закрепление материала, определение уровня усвоения оценкой знаний.		Устный опрос, тесты, обсуждение, определение практических навыков Учебная комната	75
8	Определение вывода по теме практического занятия, оценка по 100 бальной системе и объявление оценок. Домашнее задание следующего практического занятия (сборник вопросов).		Информация, вопросы для самостоятельной работы. Учебная комната	25

2. Мотивация

Большинство больных с артериальной гипертензией обращаются за медицинской помощью к ВОП. Гипертоническая болезнь (ГБ) занимает одно из ведущих мест в структуре сердечно-сосудистых заболеваний и является одной из основных причин смертности. Среди населения старше 60 лет развивается симптоматическая склеротическая артериальная гипертензия. Выбор оптимальных схем терапии пациентов с АГ сложен, что обусловлено влиянием целого ряда факторов, в том числе наличием различных побочных реакций препаратов, порой значительно выраженных, что затрудняет их применение в конкретной клинической ситуации. Усилие врача общей практики (ВОП) направляется не только на определение тактики при артериальной гипертензии и на выбор препаратов для оказания медикаментозной медицинской помощи, уточнения места дислокации этой группы больных, подлежащих лечению в условиях СВП или ГВП, или направлению в специализированные стационары. Отсюда становится понятным требование от врача общей практики глубоких, современных знаний различных аспектов этой широко распространенной патологии, от чего, в конечном итоге, зависит эффективность лечения и качество жизни больного. Эти обстоятельства являются актуальными для включения данной тематики в программу подготовки ВОП.

3. Межпредметные и внутрипредметные связи

Так как синдром «артериальная гипертензия» встречается при многих заболеваниях органов сердца, врачу ВОП приходится сталкиваться с другими специалистами такими как: хирург, эндокринолог, кардиолог, врачи- рентгенологи проводящие КТ, служба лабораторной диагностики.

4. Содержание занятия

4.1. Теоретическая часть

Симптоматическая артериальная гипертензия – Этим термином обозначают группу сердечно-сосудистых и эндокринных заболеваний, болезней почек, центральной нервной системы и ряд других патологических состояний, при которых вторичная АГ, обусловленная тем или иным органическим процессом или пороком, становится главным признаком болезни, а первичное нарушение (нередко устранимое) не только влияет на органное или местное кровообращение, но и дестабилизирует системную гемодинамику с последствиями, во многом сходными с таковыми при ЭГ. Особенностью САГ является то, что повышение АД при этих состояниях бывает одним из проявлений основного патологического процесса и нередко может быть нормализовано при его радикальной терапии. Имеется ряд признаков, по которым можно предположить о наличии САГ:

- возраст < 40 лет;
- малоэффективная гипотензивная терапия;
- злокачественный или прогрессирующий характер АГ;
- хорошая переносимость гипертензии, малочисленность жалоб;
- стабильность АД, преимущественное повышение диастолического АД.

Настораживающий анамнез:

- нефропатия, цистит, отеки, почечная колика.

“Внепрограммные” нарушения:

- мышечная слабость, сосудистые шумы, пароксизмы повышения АД;
- парадоксальная реакция на некоторые препараты.

Для подтверждения симптоматического характера АГ требуется тщательное и целенаправленное обследование. Врач общей практики должен иметь в виду, что каждый вариант вторичных АГ имеет свои отличительные особенности, помогающие

ориентироваться при дифференциальной диагностике.

Клинические и лабораторные признаки первичного альдостеронизма (синдром Конна):

- - выраженная АГ, поддающаяся лечению преимущественно верошпироном;
- - гипернатриемия, гипокальциемия, алкалоз, гипокалиемия;
- - полиурия, полидипсия, никтурия;
- - мышечная слабость, нервно-мышечные расстройства (парестезии, повышенная судорожная готовность, переходящие пара-тетраплегии);
- - высокий уровень альдостерона в сыворотке крови и моче (соответственно до 100мг/мл и до 150 мг/сут);
- - щелочная реакция мочи;
- - низкий уровень ренина плазмы;
- - уменьшение толерантности к глюкозе;
- - обнаружение опухоли надпочечников инструментальными методами.

Клинические и лабораторные признаки первичной феохромоцитомы.

Во время приступа:

- - транзиторная АГ с признаками раздражения вегетативной нервной системы (возбуждение, дрожь, повышение температуры тела);
- - АГ, гипертонические кризы;
- - пульсирующая головная боль;
- - потливость, приливы крови к лицу;
- - сердцебиение;
- - побледнение кожи;
- - давящая боль в груди и в горле (иногда типичная стенокардия);
- - похудание и диарея;

После приступа:

- высокая концентрация катехоламинов и их метаболита - ванилилминдальной кислоты в крови и моче (исследуют мочу на следующие после приступа сутки);
- увеличение надпочечников по данным УЗИ, компьютерной томографии.

Клинические и лабораторные признаки при синдроме Иценко-Кушинга

Синдром Иценко-Кушинга наблюдается в 3-4 раза чаще у женщин, чем у мужчин и в 80-90% случаев протекает со злокачественной АГ. У 1/3 больных он обусловлен первичной аденомой (или карциномой) коры надпочечника. Высокий уровень кортизола в крови в результате обратной связи приводит к подавлению продукции АКТГ в гипофизе.

Клинические признаки:

1. Одновременное развитие гипертензии, ожирения и гипергликемии;
2. Мощные торс, шея, живот при тонких конечностях, красное лоснящееся лицо;
3. Лунообразное лицо;
4. Сахарный диабет (стероидный);
5. Багрово-фиолетовые стрии на животе, бедрах, в области плечевого пояса, подкожные кровоизлияния;
6. Петехии, телеангиоэктазии (преимущественно на разгибательных поверхностях предплечий);
7. Расстройство половых функций по типу олиго- или аменореи у женщин, импотенция и гинекомастия у мужчин;
8. Нарушение оволосения (облысение, исчезновение волос под мышками, на лобке, сухость и угреватость кожи);
9. Дистрофия ногтей;
10. Острые язвы желудочно-кишечного тракта, склонные к кровотечениям;
11. Диффузный остеопороз, «рыбьи» позвонки, патологические переломы;
12. Нефролитиаз на почве гиперкальциемии;

13. Эритроцитоз более 6 млн/мл, тромбоцитоз, нейтрофильный лейкоцитоз при эозинопении и лимфопении;
14. Альдостеронемия, гипернатриемия, гипергликемия, гиперхолестеринемия и триглицеридемия, метаболический алкалоз;
15. Увеличение экскреции альдостерона, 17-оксикортикостероида (ОКС) и 17-кетостероида (КС).

Тиреотоксикоз- встречается повсеместно. Наиболее часто заболевание возникает в возрасте от 20 до 50 лет, чаще у женщин, чем у мужчин.

Причины: диффузный токсический зоб, токсическая аденома щитовидной железы (ЩЖ), подострый гранулематозный тиреоидит (тиреоидит Кервина), поступление тиреоидных гормонов извне.

Клиника: повышенная возбудимость, тревожность, похудание несмотря на хороший аппетит, сердцебиение, непереносимость жары, нарушение сна, субфебрильная температура тела, мышечная слабость, диарея, потливость, особенно ладоней, у женщин нарушение менструального цикла. При осмотре выявляются теплый влажный руки, мелкий тремор, увеличение размера ЩЖ, атрофия и слабость проксимальных мышц, широкие глазные щели, экзофтальм, офтальмопатия. Ведущими в клинике тиреотоксикоза являются изменения ССС. Больных беспокоят сердцебиение, в ряде случаев колющие боли в области сердца без иррадиации, одышка напоминающие одышку при НЦД («неудовлетворенность вдохом»). У ряда больных нередко видна пульсация сонных артерий, приподнимающийся верхушечный толчок, тахикардия (ЧСС более 90 ударов в мин), АД обычно в норме при легкой форме заболевания. В последующем в зависимости от тяжести повышается систолическое и понижается диастолическое давление. При аускультации тоны сердца громкие, нередко I тон у верхушки усилен. В ряде случаев отмечают акцент II тона над легочной артерией. В третьем левом межреберье, у края грудины и у верхушки сердца выслушивается функциональный систолический шум, усиливающийся после нагрузки. По мере прогрессирования заболевания, систолический шум становится постоянным, грубым и может выслушиваться над всей предсердной областью. У ряда больных могут возникать нарушения ритма: синусовая (дыхательная) аритмия, экстрасистолия. Мерцательная аритмия, возникшая в начале заболевания, имеет пароксизмальный характер. По мере прогрессирования болезни она может стать постоянной. Иногда наблюдается недостаточность кровообращения I и II степени, которая после возникновения МА быстро прогрессирует. При этом основные изменения отмечают в большом круге кровообращения (резко увеличивается и уплотняется печень, возникает периферические отеки, асцит, гидроторакс, реже анасарка). Зстойные явления в малом круге кровообращения развиваются редко.

IV. Лабораторные и инструментальные исследования

А. Делаются всем:

1. Общий анализ крови (гемоглобин, эритроциты, лейкоциты, СОЭ).
2. Общий анализ мочи(относительная плотность, белок, глюкоза, цилиндры, эритроциты, лейкоциты, бактерии).
3. Биохимические анализы крови (уровни натрия, креатинина, мочевины в сыворотке, калия в плазме).
4. Электрокардиограмма.

Б. Производится в зависимости от результатов анамнеза и осмотра:

1. Микроскопия мочевого осадка в суточной моче.
2. Определение содержания сахара, холестерина и триглицеридов в крови.
3. Определение уровня кальция, фосфора, мочевой кислоты сыворотке крови.
4. Рентгенологическое исследование грудной клетки.
5. Эхокардиография.
6. Ультразвуковое исследование почек.

В. Специальные исследования для выявления вторичной гипертонии.

1. Для исключения реноваскулярной и паренхиматозной патологии почек производятся:

- внутривенная пиелография;
- ангиография брюшной аорты и сосудов почек;
- бак. посев мочи.

2. Для исключения альдостеромы проводятся:

- определение соотношения калия и натрия в плазме;
- определение уровня альдостерона в плазме;
- определение содержания ренина в плазме;
- визуализация надпочечников (рентгенологическое исследование, УЗИ, компьютерная томография).

3. Для исключения феохромоцитомы делают анализ крови и мочи на содержания адреналина, норадреналина, дофамина.

4. Для диагностики болезни и синдрома Иценко- Кушинга производят:

- определение уровня 17 -КС в моче;
- Определение содержание 17 -ОКС в крови;
- рентгенографию турецкого седла;
- ночной дексаметазоновый тест;
- Определение уровня адренокортикотропного гормона в крови.

Лечение феохромоцитомы

Лечение производится хирургическим путем и заключается в удалении опухоли вместе с остатками ткани надпочечников. При отсутствии криза для уменьшения отрицательного влияния избытка катехоламинов целесообразно лечение α -адренолитиками (под контролем АД) – фентоламин 0,025-0,05 г 3 раза в день после еды, пироксан 0,015-0,03 г 3 раза в день, бутироксан 0,01-0,02 г 3 раза в день. При наличии стабильной (не кризовой) артериальной гипертензии рекомендуется прием празозина 0,001 и 0,005 г, прием начинают с дозы 0,5-1 мг 3 раза в день под контролем АД.

Лечение феохромоцитомового криза:

1. Немедленно поднимают головной конец кровати, чтобы вызвать ортостатическое снижение уровня АД. Внутривенно вводят α - адреноблокаторы, чаще всего фентоламин (2-4 мг в 10 мл изотоническом растворе натрия хлорида каждые 5 мин до купирования криза) или тропafen (1-2 мл 2% раствор в 10 мл изотоническом растворе натрия хлорида каждые 5 мин до купирования криза). При снижении и стабилизации АД α - адреноблокаторы продолжают вводить в/м в прежней дозе каждые 2 или 4 ч в течение суток. Затем переходят на прием фенталамина внутрь по 25-50 мг (1-2 таб) каждый 3-6 ч или пирроксан 15 мг по 1-2 таб 3-4 раза в день или празозин (минипресс, адверзутен) в таблетках по 1 или 5 мг в суточной дозе от 6 до 15 мг в зависимости АД.

2. В ряде случаев применяют β -адреноблокаторы (1-2 мл 0,1 % анаприлин (обзидан) в 10 мл изотоническом растворе натрия хлорида в течение 5-10 мин.

3. Если изложенные мероприятия не купируют феохромоцитомовый криз в течение 2-3 ч, необходимо проводить экстренное хирургическое лечение. Потому что в этой ситуации криз усугубляется «кетохламиновым шоком», состоянием «не управляемой гемодинамики», что может вызвать смерть больного. Развитие «кетохламинового шока» обусловлено внезапным изменением чувствительности адренорецепторов и нарушением механизма инактивации и метаболизма катехоламинов.

Лечение первичного гиперальдостеронизма

1. Хирургическое лечение

2. Предоперационная подготовка:

- Лечебное питание (диета, содержащая продукты, богатые калием с ограничением употребления поваренной соли);

- Лечение антагонистами альдостерона (спиронолактон (верошпирон, альдактон) в суточной дозе 200-400 мг);
 - Лечение АГ (на фоне верошпирона назначают нифедипин 10-20 мг 3 раза в сут, исрадипин (ломира) по 2,5 мг 3 раза в сут, клофелин (клонидин, гемитон) 0,075 мг 3 раза в день; ИАПФ-капотен 12,5-75 мг в сут);
 - Применение ГКС перед операцией и после нее (до операции гидрокортизон 100-150 мг в/м, после операции 30 мг каждый 3-4 час в/м с постепенным снижением дозы под контролем АД).
4. Консервативное лечение (калиевая диета и пожизненно верошпирон до 400 мг в сут).

Лечение болезни Иценко- Кушинга

1. Патогенетическое лечение:

- Лучевая терапия
- Хирургическое лечение (транссфеноидальное удаление кортикотропиномы гипофиза, адреналэктомия, деструкция надпочечника).
- Медикаментозная терапия (препараты, подавляющие секрецию кортикотропина и препараты, блокирующие биосинтез стероидов в надпочечниках).

2. Симптоматическое лечение гиперкортицизма:

- Гипотензивная терапия (адельфан, адельфан- эзидрекс, трирезид К в сочетании верошпироном в суточной дозе 200 мг); коринфар (нифедипин) по 10-20 мг 3 раза в день);
- Лечение стероидной кардиопатии и гипокалиемии;
- Лечение стероидного сахарного диабета;
- Лечение остеопороза;

Лечение гипертонических кризов

При купировании криза для избежания нарастания неврологической и кардиальной симптоматики недопустимо резкое снижение АД. Рекомендуется снижать АД систолическое примерно, на 25% , а диастолическое на 10% от исходных цифр.

Схема лечебных мероприятий для купирования гипертонического криза на до госпитальном и госпитальном этапах представлены в следующих таблицах.

Таблица 2

Содержание лечебных мероприятий для купирования гипертонического криза на до госпитальном этапе

Общие мероприятия	Медикаментозная терапия
1. Строгий постельный режим, при угрозе отека легких – положение сидя 2. Мониторинг АД и оценка состояния больного в динамике каждый 10-15 мин 3. Мониторинг АД, ЭКГ; оценка эффективности проведенной терапии; подготовка и осуществление эвакуации в госпиталь. Эвакуация осуществляется на санитарном транспорте лежа, на носилках в сопровождении врача или фельдшера.	Капотен 25 –50 мг под язык, коринфар 10-20 мг под язык; клофелин 0,075 –0,15 мг под язык; фуросемид –80- 120 мг под язык; лабеталол 200- 400 мг под язык. Инъекционные препараты (для в/в струйного ведения): <ul style="list-style-type: none"> • Дибазол 1% 5 мл; • Обзидан 0,1%5 мл на 10 мл физ. Р-ра; • Клофелин 0,01% 1 мл на 10 мл физ. Р-ра; • Рауседил 0,1% -0,5 мл; • Дроперидол 2 мл на 20 мл физ. Р-ра; • Гиперстат (диазоксид) –20 мл; • Апрессин 0,5- 1 мл на 20 мл физ. Р-ра; • Лазикс 1% 2-4 мл в/в или в/м;

Содержание лечебных мероприятий для купирования гипертонического криза в госпитале

Общие мероприятия	Медикаментозная терапия
1. Строгий постельный режим 2. Мониторинг АД и оценка состояния больного в динамике 3. Мониторинг АД, ЭКГ; оценка эффективности проведенной терапии 4. Обследование больного для исключения симптоматической артериальной гипертензии 5. Основные антигипертензивные препараты для в/в капельного введения. Подбор индивидуальной терапии для постоянного длительного лечения АГ	В/в капельно дополнительно назначаются: • Пентамин 5% - 1 мл на 100 мл физ. Р-ра • Метилдофа (альдомет) - 250-500 мг на 100 мл физ. Р-ра • Эналаприлат 1 мл (1,25 мг) на 100 мл физ. Р-ра • Изокет (перлинганит) 0,1 % - 10 мл на 100 мл физ. Р-ра • Арфонад {триметафан} 5% — 5 мл на 200 мл физ. р-ра • Нитропруссид натрия (ниприд) -50 мг растворить в 400 мл физ. Р-ра • Лабеталол (трандат) - 200 мг на 200 мл физ. Р-ра; • Адалат 0,01 % - 50-100 мл резервная смесь: ниприд и арфонад в пропорции 10:1 (в/в капельно)

2. При купировании ГК необходимо снижать АД постепенно, не менее чем за 1 час. Терапию ГК I типа можно начинать с нифедипина (коринфара 10-20 мг). При неэффективности через час можно применить клофелин (клонедин, гелитон) в дозе 0,075- 0,15 мг сублингвально или внутривенно медленно (1,- 1,5 мл 0,01% раствора на 10-20 мл изотоническом растворе). Чтобы избежать ортостатических явлений, больной во время введения препарата, должен находиться в горизонтальном положении.

- При выраженном эмоциональном возбуждении, тахикардии хороший лечебный эффект может дать внутривенное или в/м введение рауседила 0,5- 1 мг в изотоническом растворе.

- Аминазин 2,5 % раствора 1,0-1,5 мл в 20 мл изотонического раствора в/в, струйно, при ГК, проявляющимся чувством страха, тревоги. Возможно в/в капельное применение дроперидола в дозе 2мл 0,25% р-ра в 100мл изотонического раствора.

- Лабеталол (трандат) -(альфа и бета- блокатор с преобладанием бета- блокирующей активности) 100мг внутрь или 40 мг в/в струйно медленно. Другой препарат –лабеталол (трандат), который оказывает бета-и альфа-адреноблокирующее действие. Инъекции лабеталола можно повторять через каждые 5 мин. До общей дозы 200мг.

- бета- адреноблокаторы (индерал, обзидан, анаприлин) – вводится в случае, когда ГК сопровождается тахикардией и экстрасистолией.

Не осложненный ГК II типа с гипокинетическим синдромом протекает, как правило, тяжело. Лечение можно начинать с коринфара по 10-20 мг сублингвально. Одновременно вводят быстродействующие диуретики, например лазикс по 40- 80 мг внутривенно струйно с добавлением препаратов калия.

Возможно использование ИАПФ (каптоприл, капотен, энап) после купирования криза по 1/2 таб. Внутрь каждые полчаса в течение 1-2 ч для предупреждения “рикошетных” отежных кризов. Энап назначают в дозе 1,25-2,5 мг внутрь, капотен -25-50 мг сублингвально, (возможно его сочетание с 10 мг коринфара). Быстрый гипотензивный эффект можно получить при внутривенном медленном введении артериального вазодилататора диазоксид в дозе 150-300 мг. Снижение АД начинается через 5 минут и сохраняется в течение нескольких часов.

При гипертоническом кризе, осложненном острой коронарной недостаточностью, назначают:

- 0,5 мг нитроглицерина в виде аэрозоля или сублингвально;
- 10 мг нитроглицерина в/в капельно 10 мг в 100 мл изотонического раствора;
- 1 мл 0,005 % раствора фентанила с 2-4 мл 0,25% раствора дроперидола в 20 мл изотонического раствора в/в медленно;
- при сохранении АД – 0,5-1 мл 0,1% раствора клофелина или 5 мл 0.1%-раствора индерала в/в медленно в 15-20 мл изотонического раствора, особенно больным с тахикардией и экстрасистолией;

При гипертонической кризе, осложненном острой левожелудочковой недостаточностью, назначают:

- 0,5 мг нитроглицерина в виде аэрозоля или сублингвально;
- 10 мг нитроглицерина в 100 мл изотонического раствора в/в капельно;
- 1 мл 0,01 % раствора клофелина или 0,5-1 мл 5 % раствора пентамина в изотоническом растворе в/в капельно;
- 40-80-120 мг лазикса в/в струйно;
- 2-4 мл диазепама в/м или в/в для устранения гиперкатехоламинемии;
- 0,25 % раствора дроперидола;
- хороший эффект при отеке легких дает дробное (в 2-3 этапа) в/в вливание морфина по 0.5 мл в общей дозе 1 мл;
- при неэффективности вышеуказанных препаратов - нитропруссид натрия по 30 мг в 400 мл изотонического раствора в/в капельно.

При гипертоническом кризе, осложненном церебро-сосудистой недостаточностью, вводят:

- сублингвально 10 мг ломил или 10-20 мг коринфар;
- при отсутствии эффекта – 1-1,5 мл 0,001% раствора клофелина в/в медленно в 15-20 мл изотонического раствора;
- для дегидратации – 30-60 мг лазикса в/в струйно;
- лицам пожилого возраста можно ввести 10 мл 2,4% раствора эуфиллина в/в медленно в изотоническом растворе.

Для устранения судорожного синдрома показано в/в введение 2-4 мл диазепама в изотоническом растворе.

Для быстрого купирования отека головного мозга рекомендуется:

- 80-120 мг лазикс в/в струйно;
- 10-20 мл 25% раствора магния сульфата в/в капельно в изотоническом растворе;
- Для быстрого снижения АД можно ввести в/в капельно нитроглицерин, натрия нитропруссид, арфонад, лабеталол.

Для купирования ГК у лиц пожилого возраста назначают:

- 5-10 мг коринфара сублингвально или 3-4 мг нифедипина в/в капельно;
- 1 мл 0,01 раствора клофелина в/в медленно в 15-20 мл изотонического раствора;
- при необходимости 20-40 мг лазикса в/в струйно;
- Хороший эффект – даст введение 4 мл кавинтона в/в капельно в 100 мл изотонического раствора, а также 10 мл 2,4 % раствора эуфиллина в/в медленно в изотоническом растворе.

Для купирования ГК у больных с феохромоцитомой рекомендуется:

- возвышенное положение больного;
- 1 мл 1% раствора тропифена (регитина) в 10 мл изотонического раствора в/в медленно, инъекции делают каждые 5 мин до купирования криза;
- 5 мг 0,5% раствора фентоламина в/в в изотоническом растворе каждые 5 мин до снижения АД;
- при тахикардии дополнительно вводится 1 мл 0,1% раствора анаприлина в/в в 10 мл изотонического раствора или 10-20 мг внутрь.

После купирования приступа целесообразно назначать пирроксан по 0,03г 3-4 раза в день и седативные средства.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА «Ролевая тигра»

Игра ролей - важный метод обучения, особенно во врачебной деятельности, так как позволяет студенту более адекватно реагировать на незнакомые и сложные ситуации, ведь эти ситуации можно отрепетировать.

1. Больная К., 34 лет, поступила в клинику с жалобами на периодическое повышение АД, температуры тела до 37,8⁰С, озноб, тупые боли в области поясницы справа, общую слабость. Из анамнеза- часто болела ангиной. Выше указанные жалобы появились стали беспокоить последние 4 года, чаще в осенне-весеннее время. Объективно общее состояние ср. тяжести. Кожные покровы чистые, бледно – розового цвета, одутловатое лицо. В легких везикулярное дыхание. Границы сердца расширены влево на 1,0 см. Тоны приглушены, ритмичные ЧСС 78 уд. в мин. АД 160/120 мм рт.ст. ОАК: Нг 100 г/л, эритроциты- 3,4 x10¹²/л, лейкоциты 9,8x 10⁹/л, СОЭ -22 мм/ч. ОАМ: Удельный вес- 1028, белок- 0,099%, эритроциты -4-5/1, лейкоциты- 12-18/1.

1. Перечислите основные признаки симптоматической артериальной гипертензии.
2. Какие заболевания сопровождаются выше перечисленными симптомами и повышением АД;
3. Ваш диагноз;
4. План обследования и лечение.

Ответы:

1. -возраст < 40 лет;
 - малоэффективная гипотензивная терапия;
 - злокачественный или прогрессирующий характер АГ;
 - хорошая переносимость гипертензии, малочисленность жалоб;
 - стабильность АД, преимущественное повышение диастолического АД.

Настораживающий анамнез:

- нефропатия, цистит, отеки, почечная колика.

“Внепрограммные” нарушения:

- мышечная слабость, сосудистые шумы, пароксизмы повышения АД;
- парадоксальная реакция на некоторые препараты.

2. Острый и хронический гломерулонефрит, острый и хронический пиелонефрит, острый и хронический интерстициальный нефрит, амилоидоз почек
3. Хронический гломерулонефрит, смешанная (отечно-гипертоническая) форма в стадии обострения. Симптоматическая артериальная гипертензия.
4. Общий анализ крови, мочи, анализ мочи по Нечипоренко, трехстаканная проба, проба Зимницкого, биопсия почек, УЗИ почек.

№	Оценка	отлично	хорошо	удовл	неуд	плохо
	Усвоение в %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% и ниже
1	Теоретическая часть	20-17,2 балл	17-14,2 балл	14-11 балл	10,8-7,4 балл	7,2 балл

4.2 Аналитическая часть

4.2.1. Ситуационные задачи:

В СВП обратился 30 летний мужчина с сильными головными болями, ночной полиурией, жаждой, общей слабостью, болями в мышцах, судорогами в конечностях. Из анамнеза болеет в течение 2 лет. Лечился. Антигипертензивные препараты в обычных дозах оказались не эффективными. Женат, предприниматель. Курит 5-6 сигарет в день. Не соблюдает диету и режим питания. Отец страдает раком желудка.

Объективно: общее состояние средней тяжести. Лицо пастозное, тонус мышц снижен. Границы сердца расширены влево на 1,5 см, тоны глухие, ритмичны, акцент 2 тона на аорте. Пульс 99/1мин. АД 150/100 мм рт. ст.

этап	Необходимый комплекс выполняемых студентом действий
1	Прием пациента в кабинете ВОП (применил навыки вербального и невербального общения)
2	Тщательно собрал жалобы: Основные: сильные головные боли, полиурия особенно по ночам, жажда, Дополнительные: слабость, боли в мышцах, судороги конечностей
3	Тщательно собрал историю настоящего заболевания и выяснил начало и течение: вышеуказанные жалобы беспокоят в течение двух лет. Лечился. Антигипертензивные препараты в обычных дозах не помогли.
4	Тщательно собрал историю жизни и выяснил значимые данные: бизнесмен, не соблюдает режим питания, отец болен раком желудка. Курит.
5	Определил факторы риска: Неуправляемые: пол, возраст, наследственность Управляемые: курение, неправильное питание
6	Определил проблемы пациента: Основная – повышение артериального давления, полиурия Дополнительная – слабость
7	Приступил к объективному осмотру: Оценил кожные покровы осмотрел голову осмотрел состояние суставов Осмотрел мышцы пропальпировал лимфатические узлы определил активные и пассивные движения суставов Провел пальпацию, перкуссию и аускультацию легких - Провел пальпацию, перкуссию и аускультацию сердца Провел пробу поколачивания поясничной области неврологический осмотр
8	Первичный альдостеронизм. САГ 2 ст.
9	План обследования: 3.1. категория: измерение АД, ОАК, ОАМ, ЭКГ, глазное дно 3.2. категория: ЭхоКГ, проба Нечипоренко, ренин крови, альдостерон крови, калий, натрий крови, УЗИ надпочечников, КТ надпочечников.
10	Самостоятельно выполнил необходимый объем исследований в условиях СВП. Снял ЭКГ или провел офтальмоскопию

11	<p>Интерпретация лабораторно-инструментальных данных Гемоглобин 123, Эритроциты $4 \times 10^{12}/л$, Лейкоциты $4 \times 10^9/л$, Палочкоядерные 1%, Сегментоядерные 45%, Эозинофилы 0%, Базофилы -1, Моноциты 5%, СОЭ 4мм/ч Анализ мочи: Количество 100 мл, Цвет желтый, Относительная плотность мочи 1020, Прозрачность прозрачный, Реакция кислая, Белок абс, Желчные пигменты абс, Эпителий 1-2, Лейкоциты-1 проба Нечипоренко- лейкоциты -4000 .Эритроциты 1000 ЭКГ – синусовый ритм. ЧСС 95 уд в минуту .признаки гипертрофии левого желудочка Глазное дно –без изменений ЭХОКГ- без изменений Ренин, альдостерон, калий ,натрий крови УЗИ надпочечников –гиперплазия надпочечников КТ надпочечников - гиперплазия надпочечников</p>
12	<p>Дифференциальная диагностика с гипертонической болезнью. Для гипертонической болезни характерно- начало в ср. 45 лет, болеют преимущественно женщины, полиурия и судороги не характерны.</p>
13	<p>Окончательный диагноз: первичный альдостеронизм. Симптоматическая артериальная гипертензия 2 ст. Категория 2</p>
14	<p>Определить в каком виде профилактики нуждается пациент: во вторичной и третичной профилактике</p>
15	<p>Определить не медикаментозное лечение: диета с ограничением натрия избегать психо- эмоциональные стрессы, оптимизация массы тела, отказ от курения</p>
16	<p>Назначить медикаментозное лечение: верошпирон 100-150мг/сутки. Хирургическое лечение. Препараты калия (панангин, аспаркам, калий хлор)</p>
17	<p>Определил дату и время повторного визита пациента в СВП повторный визит после стационарного лечения. Провел обратную связь.</p>
18	<p>Определил группу диспансерного наблюдения 3с.</p>
19	<p>Продемонстрировал теоретические знания и практические шаги всех видов профилактики</p> <p>Первичная профилактика</p> <ul style="list-style-type: none"> - ведение здорового образа жизни - отказ от вредных привычек - соблюдение режима отдыха - медико-генетические консультации - избегать стрессовых ситуаций <p>Вторичная профилактика:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ежегодный профилактический осмотр - борьба с выявленными факторами риска - взятие на «Д» учет вновь выявленных больных - лечение препаратами доказанной эффективности, с индивидуальным подбором группы и дозы препаратов, при этом соблюдая непрерывность и длительность приема препаратов. - поддержание качества жизни. <p>Третичная профилактика:</p> <ul style="list-style-type: none"> - индивидуальный подход к каждому пациенту с определением дозы и времени приёма препарата

	- лечение . препаратами доказанной эффективности, с индивидуальным подбором группы и дозы препаратов, при этом соблюдая непрерывность и длительность приема препаратов. -Решение вопроса об инвалидности
20	Студент демонстрирует теоретические знания по этапам диспансеризации соответствующего заболевания Студент демонстрирует теоретические знания по этапам диспансеризации соответствующего заболевания Диспансеризация- активный метод динамического наблюдение за состоянием здоровья населения с целью раннего выявления заболеваний и их комплексного лечения. Д1-здоровые Д2-практически здоровые Д3 больные с хроническими заболеваниями и нуждающиеся в лечении Первичный альдостеронизм. Симптоматическая артериальная гипертензия 2 ст. 2-4 раза в год к ВОП и эндокринологу. кардиолог офтальмолог 1 раза в год Исследование : анализ крови и мочи 2 раз в год, ЭКГ рентген сердца 1 раза в год,

2. Больной С., 30 лет жалуется на головные боли, ухудшение зрения, общую слабость. 3 года назад после простуды появились отеки на лице и ногах, которые быстро прошли. Ухудшение состояния, после перенесенной ангины. Объективно: кожные покровы чистые, бледные, одутловатое лицо. В легких ослабленное везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены ритмичные, акцент II тона на аорте. Пульс-78 уд в 1 мин. АД 210/120 мм рт. ст. ОАК: Нг 100 г/л, эритроциты- $3,0 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $7,8 \times 10^9/л$, СОЭ -35 мм/ч. Анализ мочи: удельный вес - 1016; белок 3,5 г/сутки; лейкоциты 5-6/1, эритроциты измененные 16-18/1, цилиндры гиалиновые 1-2-3/1, зернистые 0-1-2/1.

- 1.Перечислите основные клинические и лабораторные признаки почечно-паренхиматозных АГ;
2. Ваш предварительный диагноз;
3. План обследования;
4. Тактика ВОП и лечение.

3. Больной 27 лет, страдает повышением артериального давления с 16 лет. Гипертония была диагностирована случайно при профилактическом осмотре. Периодически повышается температура до субфебрильных цифр, беспокоят боли, онемение, похолодание нижней конечности и левой руки. Объективно: правильного телосложения. Отеков нет, пульс на левой лучевой артерии не прощупывается, АД справа 230/120 мм рт.ст. Сердце–клинические и электрокардиографические признаки гипертрофии левого желудочка. Систолический шум над пупком слева. В анализе крови: Нв-86 г/л; лейко.- $6,3 \times 10^9/л$, СОЭ – 20 мм/ч. ДФА-0,240 ед. Формоловая проба слабо положительная. ОАМ: уд. вес -1025, белок 0,066‰, лейкоциты 2-4/1, эритроциты не измененные 1-2/1.

1. Ваш предварительный диагноз;
2. Методы исследования;
3. Какие гипотензивные препараты вы рекомендуете больному;
4. Укажите основные причины возникновения гипертонических кризов.

4. Больной Н., 48 лет жалуется на повышение температуры тела до $37,7^{\circ}C$, частое мочеиспускание малыми порциями, головные боли, общую слабость. Объективно: кожные покровы чистые, бледно- розового цвета, пастозность лица, отеки кистей. Над легкими везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС и пульс 88 ударов в

мин., АД 180/130 мм.рт.ст. Симптом поколачивания положительный слева. ОАК: Нг 100 г/л, эритроциты- $3,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты $10,8 \times 10^9$ /л, СОЭ -20 мм/ч. ОАМ: удельный вес 1026, белок - 0,099‰, лейкоциты -20-25/1, эритроциты 1-3/1, лейкоцитарные цилиндры 2-3/1.

1. Перечислите не менее пяти вероятных заболеваний, при которых встречаются выше приведенные симптомы;
2. Ваш предварительный диагноз;
3. Перечислите не менее 5 признаков, характерных для данной патологии;
4. Тактика ВОП и лечение.

5. 56 летний больной в течение 6 лет страдает ИБС и ГБ. В 2003 году перенес инфаркт миокарда. Последние дни беспокоят головные боли, тяжесть в голове, сонливость, вялость, головокружение, преходящие нарушения зрения и слуха, звон в ушах, тошнота, рвота, дезориентированность, одышка, приступы удушья по ночам. Объективно: больной повышенного питания. Лицо у больного бледное, одутловатое, вены набухшие, пальцы утолщены. На вопросы отвечает медленно. Тоны сердца приглушены, ритмичные, систолический шум на верхушке. ЧСС и пульс 80 ударов 1 мин. АД- 160/120 мм.рт.ст. Диурез понижен. В моче после нормализации АД появилась протеинурия, измененные эритроциты.

1. Ваш предварительный диагноз;
2. План обследования;
3. Лечение на догоспитальном этапе с указанием дозы препаратов;
4. Перечислите симптомы, свидетельствующие о поражении органов – мишеней.

6. Больная С. 46 лет, доставлена в кардиологическое отделение с жалобами на головные боли, мелькание мушек перед глазами, слабость, колющие боли в области сердца. Из анамнеза: в течение 2х лет отмечает периодически повышение АД до 160/95 мм.рт.ст., не лечилась. В последнее время отмечает нарушение менструального цикла. Мать умерла в возрасте 64 лет, от инсульта. Резкое ухудшение самочувствие связывает с конфликтом на работе. Объективно: больная повышенного питания, встревожена. Тоны сердца приглушены, ритмичны. ЧСС и пульс 90 уд в 1 мин, АД 170/100 мм рт.ст.

1. Перечислите 5 групп заболеваний сопровождающиеся повышением АД;
2. Какие факторы риска вы нашли у данного больного;
3. Ваш предварительный диагноз;
4. План обследования и лечение.

7. Больная С., 34 лет, обратилась к ВОП по поводу приступов сильной головной боли, сопровождающихся сердцебиением, дрожанием, ощущением жара в теле, обильным потоотделением и повышением АД до 250/130 мм рт.ст. Приступы длятся 15-25 мин. проходят самостоятельно. Впервые подобные жалобы появились 3 года назад. Вне приступа чувствует себе здоровым. Гипотензивные препараты: резерпин, клофеллин, были неэффективными.

Объективно: состояние в момент осмотра удовлетворительное. Пульс-88 в мин, умеренно напряжен, АД 140/90 мм рт.ст. тоны сердце звучные, акцент II тона над аортой. Окулистом выявлена гипертоническая ангиопатия обоих глаз.

1. Перечислите эндокринные заболеваний сопровождающихся повышением АД;
2. Ваш предварительный диагноз;
3. Перечислите основные клинические и лабораторные признаки, необходимые для подтверждения диагноза;
4. Какие группы гипотензивных препаратов необходимо рекомендовать больному.

8. Больная Н., 40 лет, жалуется на головные боли в теменно-затылочной части, одышку, сердцебиение при ходьбе, перебои в работе сердца, мышечную слабость, чувство комка в горле, потливость, плохой сон, похудание, нарушение менструального цикла. В течение 8 лет лечится у эндокринолога по поводу зоба. В последние годы отмечает повышение АД до 160/90 мм.рт.ст. Объективно: состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, влажные, легкий тремор рук. Над легкими везикулярное дыхание. Границы сердца смещены влево на 2 см, акцент II тона над аортой. Верхушечный толчок разлитой. Аускультативно тоны громкие, аритмичные за счет экстрасистолы, на верхушке I тон усилен, систолический шум. ЧСС и пульс 100 уд в 1 мин. АД 160/90 мм.рт.ст. Отеков нет.

1. С чем связано повышение АД у данного больного (укажите конкретный механизм);
2. Поставьте развернутый диагноз;
3. Основные лабораторные и инструментальные исследования необходимые для подтверждения диагноза;
4. Тактика ВОП и лечение.

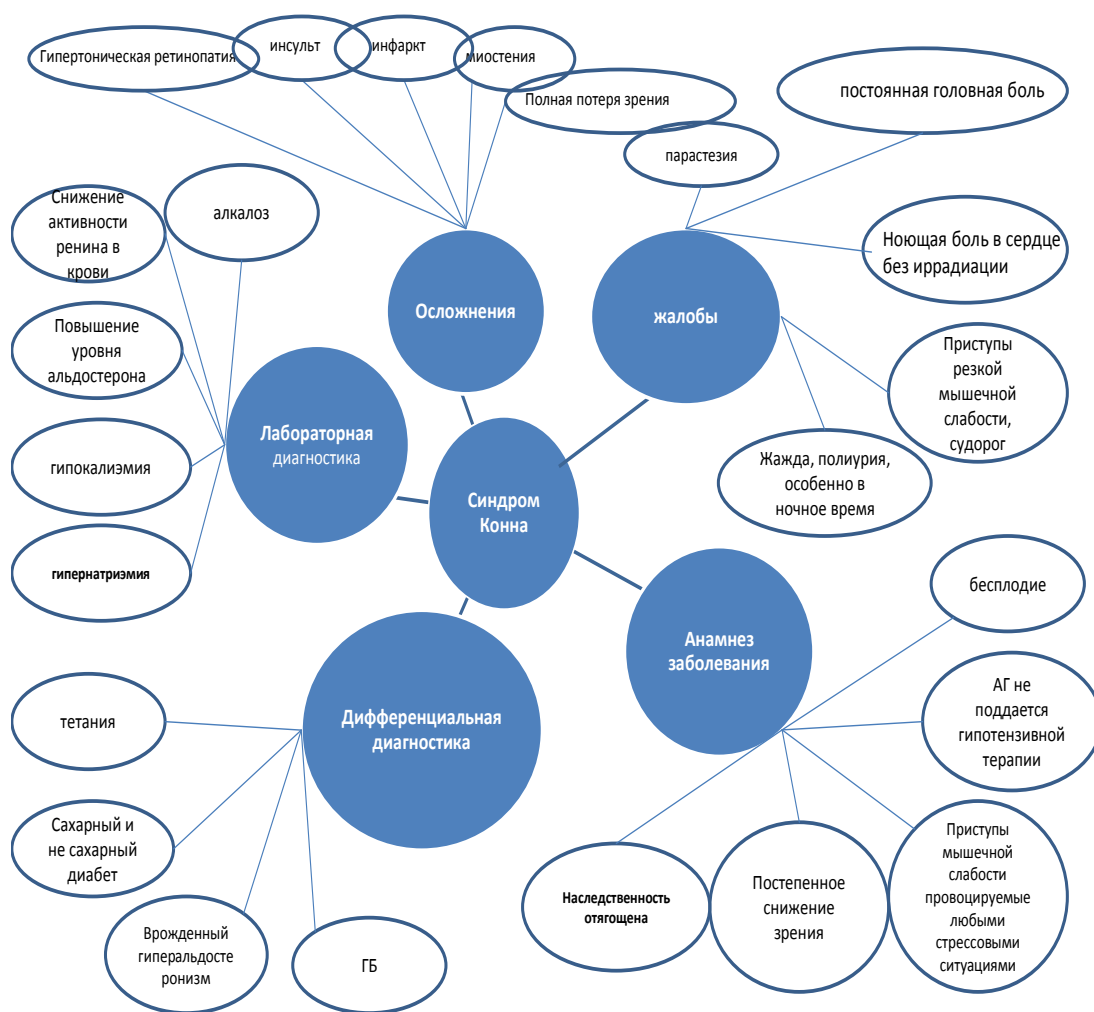
№	Оценка	отлично	хорошо	удовл	неуд	плохо
	Усвоение в %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% и ниже
2	Ситуационная задача	50-43 балл	42,5- 35,5 балл	35- 27,5 балл	27-18,5 балл	18 балл

4.2.2 графический органайзер: цветок Лотоса

Средство решения проблем. Воплощает в себе образ цветка лотоса. Его основу составляют девять больших квадратов, каждый из которых образован из 9 квадратиков.

Развивают и активизирует системное, творческое. аналитическое мышление.

1. знакомятся с правилами построения. Индивидуально / в парах строят схему: основную проблему записывают в центре центрального квадрата. Идеи ее решения записывают в восьми остальных квадратах, расположенных вокруг центрального.
2. каждого из этих восьми идей переносят их центрального в центры восьми больших квадратов, расположенных вокруг, т.е. выносят идеи из цветка лотоса на его лепестки. Таким образом, каждая из них будет, рассмотрена как еще одна проблема.
3. объединяются в пары, сравнивают, дополняют свои схемы. Сводят в общую схему.
4. Презентация результатов.



№	Оценка	отлично	хорошо	удовл	неуд	плохо
	Усвоение в %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% и ниже
2	Ситуационная задача	50-43 балл	42,5- 35,5 балл	35- 27,5 балл	27-18,5 балл	18 балл

4.3. Практическая часть

Перечень навыков, которым ВОП должен владеть после завершения занятий по данной тематике

1. Провести осмотр больных с заболеваниями, сопровождающимися повышением артериального давления.
2. Интерпретация анализов, данных лабораторно-инструментальных исследований, (клинические и биохимические анализы крови, мочи, кала, рентгенологические исследования органов грудной клетки и ЖКТ, Эхокардиография, УЗИ почек, печени, желчного пузыря, поджелудочной железы), больных с заболеваниями сердца, сопровождающимися артериальной гипертензией (гипертонической болезнью, симптоматической АГ)
3. Выписывание лекарственных препаратов при заболеваниях, проявляющихся артериальной гипертензией и гипертоническими кризами.

№	Оценка	отлично	хорошо	удовл	неуд	плохо
	Усвоение в %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% и ниже

4	Практическая часть	15-12,9 балл	12,75-10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5-балл	5,4 балл
---	--------------------	--------------	-----------------	----------------	--------------	----------

5. Формы контроля знаний, навыков и умений

- Устно
- Письменно
- Решение ситуационных задач
- Демонстрация освоенных практических навыков

5.1. Критерии оценок знаний и умение практических навыков студентов.

№	Оценка	отлично	хорошо	удовл	неуд	плохо
	Усвоение в %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% и ниже
1	Теоретическая часть	20-17,2 балл	17-14,2 балл	14-11 балл	10,8-7,4 балл	7,2 балл
2	Ситуационные задачи	50-43 балл	42,5- 35,5 балл	35- 27,5 балл	27-18,5 балл	18 балл
3	Тест	15-12,9 балл	12,7-10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5 балл	5,4 балл
4	Практическая часть	15-12,9 балл	12,75-10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5-балл	5,4 балл

6. Критерии оценки текущего контроля

Уровни оценок	Рейтинг баллы	Характеристика работы студента
	20	Балл присутствия на практическом занятии. Полное отсутствие уровня знаний и не умение выполнить практический навык – студент абсолютно не готов к практическому занятию.
Не удовлетворительно	20 - 54,9	Студент отвечает неудовлетворительно. Студенты не владеет базовыми уровнями знаний и навыков, хотя бы одного из нижеперечисленных: <ul style="list-style-type: none"> • Не знает клинические проявления симптоматической АГ и гипертонических кризов. • Не знает механизм возникновения симптоматической АГ и гипертонических кризов. • Не знает групп препаратов при лечении симптоматической АГ и гипертонических кризов. • Не способен собрать рациональный анамнез во время курации больных с симптоматической АГ • Во время курации не способен объективно оценить состояние больных с симптоматической АГ и гипертоническим кризом.

		<ul style="list-style-type: none"> • Не способен рационально составлять план обследования больных с симптоматической АГ в условиях СВП или СП.
Обеспечение базового уровня знаний и навыков		
Удовлетворительно 55-70,9%	55-60,9	Удовлетворительный ответ низкого качества. Студент старается владеть базовыми уровнями знаний и навыков (см.ниже), но при ответе или выполнении навыков допускают серьезные ошибки.
	61-65,9	Удовлетворительный ответ средней степени. Студент владеет базовыми уровнями знаний и навыков (см.ниже), но при ответе или выполнении навыков допускают ошибки (возможны отдельные погрешности)
	66-70,9	Удовлетворительный ответ высокого качества. Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков: <ul style="list-style-type: none"> • Знает клинические признаки симптоматической АГ и гипертонических кризов. • Может дифференцировать симптоматические АГ (феохромацитомы, синдром КОНА, синдром Иценко-Кушинга, тиреотоксикоз) по субъективным, объективным и лабораторно-инструментальным данным • Знает группы препаратов при лечении АГ. • Может указать на ЭКГ и по клинике различные виды АГ и гипертонических кризов. • Способен собрать рациональный анамнез во время курации больных. • Во время курации способен объективно оценить состояние больных. • Может интерпретировать результаты лабораторно-инструментальных методов исследований. • Может показать технику регистрации ЭКГ • Способен рационально составлять план обследования больных с в условиях СВП или СП. • Способен корректно заполнять дневник больного.
Продвинутый уровень знаний		
Хорошо 71-85,9%	71-75,9	Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (указанные в пункте «66-70,9») + владеет следующими знаниями и навыками: <ul style="list-style-type: none"> • Знает механизм действия лекарственных препаратов • Рационально выбрать лекарственных препаратов, используемых при лечении АГ .
	76-80	Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «71-75,9», а также владеет следующими знаниями и навыками:

		<ul style="list-style-type: none"> • Знает принципы первичной, вторичной и третичной профилактики АГ и гипертонических кризов.
	81-85,9	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «71-75,9» и «76-80», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Принципы ведения, наблюдения и мониторинга больных в условиях СВП или СП. • Умеет провести консультацию по вопросам немедикаментозных и медикаментозных советов с использованием навыков МЛЮ. • Принципы диспансеризации и реабилитации больных в условиях СВП или СП
Отлично 86-100%	86-90	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «81-85,9», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Умеет предоставлять достоверную информацию о стенокардии и инфаркте миокарде на основании интернет данных.
	91-95	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «86-90», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Может оказать помощь при гипертоническом кризе.
	96-100	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «91-95», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Предоставил научные данные на основе литературы (статьи и интернет).

Примечание: Базовый уровень знаний и навыков – это минимум знаний, который обеспечивает принцип «безопасности» для пациента.

7.Контрольные вопросы

1. Основные факторы риска при ГБ.
2. Дифференциальный диагноз артериальной гипертонии.
3. Диагностические критерии гипертонической болезни.
4. Диагностические критерии гипертонической болезни.
5. Диагностические критерии почечной АГ.
6. Диагностика злокачественной АГ.
- 7. Тактика ВОП при артериальной гипертонии.**
- 8. Дифференциальная диагностика почечной АГ.**
9. Основные группы гипотензивных препаратов.
- 10.Механизм действия диуретиков.**
- 11.Механизм действия В-блокаторов.**

12. Механизм действия ингибиторов АПФ.
13. Механизм действия антагонистов кальция.
14. Определение трудоспособности при артериальной гипертензии.
15. Первичная и вторичная профилактика артериальной гипертензии.

8. Рекомендуемая литература

Основные

- 1) Ички касалликлар, Шарапов У.Ф. Т: Ибн Сино, 2003
- 2) Ички касалликлар, Бобожанов С. Т: Янги аср авлод, 2008
- 3) Внутренние болезни, том 2 Мухин Н.А. М.: ГЭОТАР - Медиа, 2009
- 4) Textbook of Internal Medicine Editor-in-Chief William N. Kelley 1997

Дополнительные

- 1) Умумий амалиёт врачлар учун маърузалар туплами, Гадаев А.Г., Т., 2012
- 2) Общая врачебная практика, Под ред. Ф.Г. Назирова, А.Г. Гадаева. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
- 3) Справочник врача общей практики. Дж. Мёрта. М.: Практика, 1998.
- 4) Сборник практических навыков для врачей общей практики. Гадаев А., Ахмедов Х.С. Т., 2010.
- 5) Умумий амалиёт врачлар учун амалий куникмалар туплами Гадаев А.Г., Ахмедов Х.С., 2010.
- 6) Терапевтический справочник Вашингтонского Под ред. М. Вудли М.: Практика, 2000.
- 7) Диагностика болезней внутренних органов. Окорочков А.Н. Все томы. 2005.
- 8) Лечение болезней внутренних органов. Окорочков А.Н. Все томы. 2005.
- 9) Дифференциальный диагноз внутренних болезней. Виноградов А.В. М.: Медицинское информационное агентство, 2009.
- 10) Внутренние болезни: учебник.- в 2-х т. (2 т.) Под ред. Мартынова и др. М.: ГЭОТАР - Медиа, 2005:

Интернет ресурслар:

<http://www.lib.uiowa.edu/hardin/md/index.html>, <http://dir.rusmedserv.c>, <http://www.medlinks.ru/>, <http://www.kosmix.com/>, <http://www.medpoisk.ru/>, <http://www.tripdatabase.com/>, <http://www.intute.ac.uk/medicine/>, <http://elibrary.ru> <http://www.freebooks4doctors.com/>, <http://www.medscape.com/> <http://www.mededucation.net/>, <http://www.thecochranelibrary.com>

Интернет медицина сайтлари:

Med.-site.narod.ru
www.medlook.ru
www.medbok.ru
www.medicum.ru
www.medtext.ru
www.medkniga.ru
www.cardioline.ru

9. Хронологическое содержание занятия

Время	Мероприятия	Содержание	Материалы	Продолжительность занятия

8.30– 9.30	Утренняя конференция	Доклад дежурных врачей и дежурных субординаторов по дежурству.	Истории болезни, ЭКГ, кодоскоп.	1 час
9.15-10.00	Клинический аудит выписывающихся больных.	Подробный доклад студентов о выписываемых больных.		45 минут
10.05-10.45	Теоретический разбор темы	Проверка исходного уровня подготовленности студентов. Опрос студентов по теме занятия с применения метода “ручка на середине стола”. Студентам раздаются ЭКГ, результаты анализов которые студенты должны расшифровать, анализировать и дать заключение. Решение ситуационных задач по данной теме.	Учебные доски, папка с ЭКГ, таблицы и ситуационные задачи, соответствующие теме занятия.	40 минут
10.45 -11.05.	Проработка практических навыков.	Студент под надзором преподавателя должен выполнить минимум два практического навыка.	Больной или волонтер.	20 минут
11.05-11.45	Курация больных в отделении.	Каждый студент курирует больных определенной палаты.	Больной, фонендоскоп, танометр, история болезни (с данными клинико-лабораторных исследований).	40 минут
11.45-12.15	Перерыв			30 мин

12.20-13.20	Разбор тематического больного	По выбору педагога проводится полный осмотр больного по теме занятия или пациентов, готовящихся к выписке, анализ данных лабораторно-инструментального исследований, обоснование предварительного и окончательного клинического диагнозов. Определяется план лечения с дозами препаратов.	Больной, фонендоскоп, тонометр, история болезни (данными клинико-лабораторных исследований).	1 час
-------------	-------------------------------	---	--	-------

ТРЕБОВАНИЯ К ЗНАНИЯМ, УМЕНИЯМ И НАВЫКАМ ПРИ ОБУЧЕНИИ СТУДЕНТОВ НА ОСНОВЕ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ БОЛЬНЫХ С БОЛЬЮ В ОБЛАСТИ СЕРДЦА

Цель: Научить студентов посиндромальному решению проблемы больных с болью в области сердца, а также принципам их ведения в условиях первичного звена здравоохранения в рамках квалификационной характеристики ВОП

Основные задачи обучения:

- Обучить студентов решению проблемы, связанной с болью в грудной клетке;
- Обучить студентов своевременной диагностике при наличии проблемы, связанной с болью в грудной клетке.
- Обучить студентов дифференцировать болезни, сопровождающиеся с болью в грудной клетке.
- Усовершенствовать необходимые знания, умения и практические навыки при решении проблемы пациентов с болью в грудной клетке (сбор информации, выявление проблемы и физикальный осмотр, а также умение обоснованно назначать лабораторно-инструментальные методы исследования);
- Обучить студентов обоснованно выбрать тактику ведения;
- Обучить студентов обоснованно осуществлять лечебно-профилактических мер и наблюдению в условиях СВП и СП.

При разборе данной проблемы больных ключевыми моментами оценки знаний студентов должны быть:

- Умение выделить основную проблему, которая отразилась на качестве жизни больных.
- Умение задавать вспомогательные вопросы рационального анамнеза.
- Умение выделить наличие факторов риска.
- Умение перечислить заболевания или состояния, которые могут быть причиной данной проблемы.
- Умение обоснованно провести физикальный осмотр.
- Умение обоснованного назначения лабораторно-лабораторных исследований в условиях СВП или СП.
- Умение выделить необходимость дополнительных исследований за пределами СВП или СП.
- На основании полученной информации умение установить основную причину (диагноз) данной проблемы.
- Умение определить тактику ведения на основании квалификационной характеристики ВОП.
- Умение давать немедикаментозные советы.
- Умение определить медикаментозное лечение на основании доказательной медицины
- Умение определить профилактических мер на уровне первичного звена здравоохранения.
- Умение определить принципы диспансеризации и реабилитации больных в условиях СП или СП.

Что должен знать студент при решении проблемы пациентов с болью в грудной клетке:

№	Перечень знаний	Базовый уровень
----------	------------------------	------------------------

1	Перечень заболеваний, которые протекают с болью в грудной клетке	Студент должен знать как минимум 10 наиболее часто встречаемых заболеваний
2	Перечень наиболее опасных заболеваний, которые протекают с болью в грудной клетке	Студент должен знать как минимум 5 заболеваний
3	Перечень состояний, требующие ведения в условиях СВП или СП (1-категория)	Согласно квалификационной характеристики ВОП
4	Перечень состояний, требующие консультации узкого специалиста или госпитализаций (2-категория)	Согласно квалификационной характеристики ВОП
5	Перечень исследований, требующие проведения в условиях СВП или СП (3.1-категория)	Согласно квалификационной характеристики ВОП
6	Перечень исследований, требующих направлений за пределы СВП или СП (3.2-категория)	Согласно квалификационной характеристики ВОП
7	Ключевые моменты (критерий) диагностики заболеваний, протекающие с болью в грудной клетке	Студент должен знать отличительные признаки и проявления каждого заболевания, а также критерии их диагностики.
8	Классификацию ИБС	Студент должен перечислить.
9	Симптомы поражения внутренних органов	Студент должен знать признаки поражения сердца, легких, печени, селезенки, желудка, 12 пк.
10	Показатели лабораторно-инструментальных методов исследований (в том числе, ЭКГ)	Студент должен знать: - нормативные показатели и ожидаемые изменения при заболеваниях
11	Лечебная тактика	Студент должен знать методы и принципы лечения (в том числе немедикаментозные)
12	Принципы первичной, вторичной и третичной профилактики	Студент должен знать основные мероприятия, необходимые для первичной, вторичной и третичной профилактики
13	Принципы диспансеризации и реабилитации больных в условиях СВП или СП (4-категория)	Студент должен перечислить основные мероприятия по диспансеризации и реабилитации

Что должен уметь студент при решении проблемы пациентов с болью в грудной клетке:

№	Перечень навыков	Базовый уровень
1	Расспросить больного и его родственников	<ul style="list-style-type: none"> • Студент должен уметь задавать лаконичные вопросы рационального вопроса, которые действительно помогает в установке вероятного диагноза. • Студент должен уметь целенаправленно выявлять и оценивать жалобы пациента.

		<ul style="list-style-type: none"> • Студент должен уметь анализировать анамнез заболевания: начало заболевания, первые симптомы, причинная их связь и динамика развития. • Студент должен уметь анализировать анамнез жизни: выявление факторов риска, здоровье родителей и ближайших родственников.
2	Выявить факторы риска	Студент должен уметь выявить управляемые и неуправляемые факторы риска как при расспросе больного, так на основании объективного подхода
3	Рассчитать индекс масса/тела	Студент должен уметь выявить признаки: <ul style="list-style-type: none"> - недостаточности веса - повышенного веса.
4	Измерить артериальное давление.	Студент должен уметь провести тонометрию с учетом пошагового принципа.
5	Провести осмотр кожи	Студент должен уметь выявить признаки: <ul style="list-style-type: none"> - характерной для опоясывающего лишая сыпи. Студент должен уметь обнаружить наличие холодной, влажной и бледной кожи
6	Исследовать пульс на сонных, лучевых и бедренных артериях	Студент должен уметь обнаружить: <ul style="list-style-type: none"> - наличие или отсутствие пульса Студент должен уметь оценить свойства лучевой артерии.
7	Осмотреть конечности	Студент должен уметь обнаружить: <ul style="list-style-type: none"> - отеки -варикозно-расширенных вен конечностей
8	Осмотреть молочную железу	Студент должен уметь пропальпировать молочную железу и выявить наличие образований (узлов).
9	Пропальпировать грудную клетку	Студент должен уметь обнаружить: <ul style="list-style-type: none"> - локальных болезненных точек в области грудино-реберных суставов.
10	Провести пальпацию, перкуссию и аускультацию органов дыхания	Студент должен уметь оценить: <ul style="list-style-type: none"> - экскурсию грудной клетки - голосовое дрожание - изменение легочного звука и их интерпретация - типы дыхания - наличие дыхательных шумов и хрипов
11	Провести пальпацию, перкуссию и аускультацию сердечно-сосудистую систему	Студент должен уметь выявить признаки: <ul style="list-style-type: none"> - гипертрофии отделов сердца Студент должен уметь оценить:

		<ul style="list-style-type: none"> - тоны сердца; - при наличии сердечных шумов, уметь выявить их эпицентр, и отношение к фазе сердечной деятельности (систолический или диастолический шум); - уметь от дифференцировать функциональные сердечные шумы от органических. - шума трения перикарда
12	Провести пальпацию, перкуссию органов брюшной полости	<p>Студент должен уметь провести поверхностную и глубокую пальпацию живота</p> <p>Студент должен уметь выявить:</p> <ul style="list-style-type: none"> - острый живота - гепатомегалию и спленомегалию. <p>Студент должен уметь оценить:</p> <ul style="list-style-type: none"> - всех доступных образований в брюшной полости
13	Оценить позвоночник (осмотр и пальпация, в том числе функциональных проб)	<p>Студент должен уметь провести обследование позвоночника с учетом пошагового принципа.</p> <p>Студент должен уметь выявить признаки или симптомы:</p> <ul style="list-style-type: none"> - патологического лордоза и кифоза - искривления позвоночника - функциональные нарушения - характерные для остеохондроза позвоночника
14	Провести неврологический осмотр.	<p>1. Студент должен уметь оценить чувствительную сферу с учетом пошагового принципа и выявить признаки:</p> <ul style="list-style-type: none"> - нарушения чувствительности (аналгезия, гипалгезия, гипостезия, анестезия, парестезия, дизестезия и т.д.). <p>2. Студент должен уметь оценить рефлексы (с использованием неврологического молоточка) и выявить признаки:</p> <ul style="list-style-type: none"> - гиперрефлексии - гипорефлексии - арефлексии <p>3. Студент должен уметь оценить двигательные функции и их признаки нарушения</p> <p>4. Студент должен уметь указать на симптомы поражений спинного мозга.</p>
15	Провести офтальмоскопию	<p>Студент должен уметь провести офтальмоскопию с учетом пошагового принципа и осмотреть глазное дно, а также выявить признаки:</p>

		- изменений артериовенозных перекрестов
16	Снять ЭКГ и расшифровать ее.	1. Студент должен уметь регистрировать ЭКГ с учетом пошагового принципа. 2. Студент должен уметь расшифровать результаты ЭКГ и выявить признаки: - ишемии миокарда - инфаркта миокарда - гипертрофии отделов сердца.
17	Интерпретировать клинические и биохимические анализы	Студент должен уметь выявить признаки: - нарушенной гликемии натощак - нарушенной толерантности к глюкозе. - дислипидемии
18	Интерпретировать рентген снимок легких	Студент должен уметь выявить признаки: - пневмонии - пневмоторакса - плеврита - рака легкого и туберкулеза
19	Отдифференцировать болезни, сопровождающиеся с болями в грудной клетке	Студент должен уметь отдифференцировать болезни на основании отличительных черт (анамнез, объективный осмотр и лабораторно-инструментальные исследования)
20	Дать немедикаментозные советы	Студент должен уметь: - обучить больных по самоконтролю - консультировать по диете - консультировать по ведению здорового образа жизни
21	Рационально использовать лекарственные средства при лечении заболеваний, протекающие с болью в грудной клетке.	1. Студент должен уметь выбрать препараты с доказанной эффективностью. 2. При выборе препарата студент должен уметь оценить: - эффективность - безопасность - приемлемость - экономичность.
22	Провести мониторинг и наблюдение больных	Студент должен уметь осуществить мониторинг и контролировать: - уровень глюкозы в крови - уровень А/Д. - уровень липидов крови - ЭКГ контроль

Практическое занятие №16

Тема: Боль в области сердца. ИБС. Дифференциальная диагностика стенокардии напряжения (между ФК), нестабильной стенокардии и острый коронарный синдром. Диета при ИБС. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Тактика ВОП.

Технология обучения.

Учебное время: 6 час	
Структура учебного занятия	1. Учебный тематический кабинет. 2. Кабинет ЭКГ 3. Учебные пособия, фантомы, муляжи, раздаточный материал, сборник ситуационных задач и тестов Телевизор, видео аппаратура, мультимедиа
Цель учебного занятия: Научить студентов выбору оптимального варианта лечебной тактики при различных ФК стенокардии, а также принципам ведения больных в условиях первичного звена здравоохранения, предусмотренных требованиями "Квалификационной характеристики врача общей практики»	
Педагогические задачи: <ol style="list-style-type: none">1. Рассмотреть вопросы диагностики различных вариантов стенокардии.2. Продемонстрировать больных со стенокардиями.3. Обсудить показания к хирургическому лечению, первичной и вторичной профилактике ИБС.4. Упражнения для разминки на электрокардиограммах по данной теме.5. Обсудить вопросы касательно тактики ведения в рамках квалификационной характеристики ВОП6. Обсудить принципы лечения (немедикаментозные и медикаментозные).7. Обсудить принципы ведения, наблюдения и мониторинга больных в условиях СВП или СП.8. Обсудить принципы первичной, вторичной и третичной профилактики при данных заболеваниях.	Результаты учебной деятельности: Студент должен: <ol style="list-style-type: none">1. Рассмотреть вопросы диагностики различных вариантов стенокардии.2. Продемонстрировать больных со стенокардиями.3. Обсудить показания к хирургическому лечению, первичной и вторичной профилактике ИБС.4. Упражнения для разминки на электрокардиограммах по данной теме.5. Обсудить вопросы касательно тактики ведения в рамках квалификационной характеристики ВОП6. Обсудить принципы лечения (не медикаментозные и медикаментозные).7. Обсудить принципы ведения, наблюдения и мониторинга больных в условиях СВП или СП.8. Обсудить принципы первичной, вторичной и третичной профилактики при данных заболеваниях. <u>уметь:</u> <ul style="list-style-type: none">-Анализировать данные жалоб и анамнеза для различных ФК стабильной стенокардий.-Диагностировать, дифференцировать по клинике и ЭКГ различные виды стенокардий.-Выбрать препараты с доказанной эффективностью-Консультировать по не медикаментозным методам лечения.-Провести мониторинг в условиях СВП или СП.

Методы обучения	метод «Трехступенчатого интервью», демонстрация, видеопросмотр, дискуссия, беседа, решение тестов и ситуационных задач
Формы организации учебной деятельности	Индивидуальная работа, работа в группах, коллективная, аудиторная, внеаудиторная.
Средства обучения	Раздаточные учебные материалы визуальные материалы, видеофильмы, муляжи, графические органайзеры, истории болезни, таблицы, стенды.
Способы и средства обратной связи	Блиц-опрос, тестирование, презентация результатов выполнения учебного задания, заполнение истории болезни, выполнение практического навыка «профессиональный расспрос»

Технологическая карта занятия

Боль в области сердца. ИБС. Дифференциальная диагностика стенокардии напряжения (между ФК), нестабильной стенокардии и острый коронарный синдром. Диета при ИБС. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Тактика ВОП.

№	Этапы практического занятия	Форма занятия Место проведения	Длит-ть занятия 225
1	Вводная часть (обоснование темы)		10
2	Обсуждение темы практического занятия с применением новых педагогических технологий (метод «Трехступенчатого интервью»), а также демонстрационного материала (комплекты медицинских карт, таблицы, плакаты, рентгенограммы), определение исходного уровня.	Опрос, обсуждение Учебная комната	40
3	Вывод обсуждения		10
4	Определение задания для выполнения практической части - профессиональный расспрос. Объяснение положений и рекомендаций для выполнения задания по заполнению истории болезни.	Обсуждение Осмотр в палатах	20
5	Освоение практической части занятия под руководством преподавателя.	Проф. расспрос. Беседа с больными и заполнение истории болезни, ситуационные задачи. Осмотр в палатах	20
6	Интерпретация данных обследования больных- жалобы, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация больных, а также исследования ОАМ, ОАК и биохимические анализы и постановка диагноза	Истории болезни, лабораторные данные ситуационные задачи	25

7	Обсуждение теоретических, практических знаний студентов, закрепление материала, определение уровня усвоения оценкой знаний.	Устный опрос, тесты, обсуждение, определение практических навыков Учебная комната	75
8	Определение вывода по теме практического занятия, оценка по 100 бальной системе и объявление оценок. Домашнее задание следующего практического занятия (сборник вопросов).	Информация, вопросы для самостоятельной работы. Учебная комната	25

2. Мотивация

Большинство больных с различными вариантами течения стенокардии обращаются за медицинской помощью. В этой ситуации усилие врача общей практики (ВОП) направляется на диагностику болей в грудной клетке, обусловленных стенокардией, для оказания медицинской помощи и уточнения места дислокации этой группы больных, подлежащих лечению в условиях СВП или СП, или направлению в специализированные стационары. Эти обстоятельства являются основанием для включения данной тематики в программу подготовки ВОП.

3. Межпредметные и внутрипредметные связи

Анатомия, Гистология с эмбриологией и цитологией, Биология, Нормальная физиология, Биохимия, Патологическая анатомия, Патологическая физиология, Топографическая анатомия и оперативная хирургия, Пропедевтика внутренних болезней, Туберкулез, Онкология, Рентгенология и медицинская радиология, Физиотерапия, Эндокринология, Факультетская терапия, Госпитальная терапия

4. Содержание занятия

4.1. Теоретическая часть

В теоретической части рассматриваются следующие вопросы:

В теоретической части рассматриваются следующие вопросы:

Стенокардия –одна из клинических форм ИБС, проявляющиеся приступообразно возникающей болью или ощущением дискомфорта в области сердца, обусловленными ишемией миокарда, (но без развития его некроза), которая связана с уменьшением притока крови и увеличением потребности миокарда в кислороде.

Характеристика болей при стенокардии:

Носит характер приступа, т. е. имеет четко выраженное время возникновения и прекращения, затихания; возникает при определенных условиях:

- Боль возникает во время физической (ускорении движения, при подъеме в гору, при резком встречном ветре, при ходьбе после еды или с тяжелой ношей) или эмоциональной нагрузки, на холоде или после еды и исчезает в покое (в течение нескольких минут) или после приема нитроглицерина.
- Боль при стенокардии обычно давящая, локализуется за грудиной, иррадирует в руки, нижнюю челюсть, шею, спину, нередко сопровождается одышкой.
- Вне приступа физикальное исследование малоинформативно.

Интенсивность стабильной стенокардии квалифицируют так называемым функциональным классом (ФК).

К ФК I относят лиц, у которых стабильная стенокардия проявляется редкими приступами, вызываемыми только избыточными физическими напряжениями. ФК II – небольшое ограничение обычной физической активности. Приступы стенокардии возникают при ходьбе по ровному месту на расстоянии более 500 м, при подъеме более чем на 1 этаж. ФК III выраженное ограничение обычной физической активности. Приступы возникают при ходьбе в нормальном темпе по ровному месту на расстоянии 100-500 м, при подъеме на 1 этаж. ФК IV – стенокардия возникает при небольших физических нагрузках, ходьбе по ровному месту на расстоянии менее 100 м. Характерно возникновение приступов в покое, а также среди сна, обусловленных также как и приступы стенокардии напряжения, возрастанием метаболических потребностей миокарда.

Атипичное проявления стенокардии напряжения (эквиваленты стенокардии): локализация боли не за грудиной, а только в зонах иррадиации, приступы мышечной слабости левой руки и онемения IV – V пальцев левой кисти, приступы одышки при физической нагрузке даже без признаков сердечной недостаточности, кашель при быстрой ходьбе, приступы аритмии на высоте физической нагрузки, приступы сердечной астмы.

Основой диагноза любой стадии стенокардии является правильно построенный и тщательно проведенный расспрос больного. В неясных случаях проводят пробу с физической нагрузкой (велозргометрическая проба) с целью выявления скрыто существующей коронарной недостаточности. Тактику установления диагноза определяет следующая схематическая последовательность решения основных вопросов: коронарная ли природа боли, имеются ли признаки прединфарктной стенокардии, не связано ли настоящее обострение в течение ИБС с влиянием внесердечных (сопутствующих) заболеваний? Лишь убедительно аргументированный отрицательный ответ на первые три вопроса дает право на поиск другой причины болей: обнаружение у больного другой болезни в качестве источника его болевых ощущений не может исключить наличие у него одновременно и приступов стенокардии как проявления ИБС.

Физикальное исследование

- Наличие признаков атеросклероза старческая дуга роговицы, уплотнение и утолщение артерий, нет ли высыпаний
- Исследование пульса на лучевых и бедренных артериях
- Исследование АД и температуры
- Пальпация грудной клетки и остистых отростков позвонков. Выявление локальной болезненности переломов.
- Перкуссия грудной клетки для исключения пневмоторакса.
- Осмотр ног- исключение тромбоза глубоких вен.
- Аускультация сердца и легких:
 - отсутствие дыхания и голосового дрожания – пневмоторакс
 - шум трения плевры или перикарда - плеврит или перикардит
 - влажные хрипы в нижних отделах легких - сердечная недостаточность
 - систолический шум на верхушке - пролапс митрального клапана
 - диастолический шум над аортой - расслаивание восходящей аорты.
- Пальпация живота: боль в эпигастрии наблюдается при болезнях желчного пузыря желудка и двенадцатиперстной кишки.

При инфаркте миокарда и расслаивающей аневризме аорты нередко развивается шок. Больные бледны, кожные покровы холодные, влажные, липкие на ощупь. При инфаркте миокарда наблюдается глухость сердечных тонов, ритм галопа и систолический шум. При расслаивании аорты- отсутствие пульса на бедренных артериях и диастолический шум над аортой.

Диагностика.

ЭКГ в покое. Во время приступа стенокардии напряжения отмечается депрессия сегмента ST, зубцы T становятся отрицательными или заостренными и высокими. Иногда

изменений ЭКГ нет. В диагностике безболевого ишемии миокарда существенно помогает холтеровский мониторинг ЭКГ.

Нагрузочные ЭКГ- пробы. При ИБС нагрузочные ЭКГ- пробы оказываются положительными у 75% больных. Эти пробы проводят как для диагностики ИБС, так и для оценки прогноза, определения показаний к коронарной ангиографии. Отрицательный результат нагрузочной ЭКГ- пробы нельзя расценивать как абсолютно надежное доказательство того, что нет коронарного атеросклероза, но прогноз при этом в любом случае благоприятный, даже если проба ложноотрицательная.

Изотопная вентрикулография. Этот метод выявляет нарушения локальной сократимости миокарда при физической нагрузке. При первом прохождении изотопа оценивают фракцию выброса левого желудочка - один из параметров для определения показаний к коронарному шунтированию.

Коронарная ангиография. Коронарная ангиография надежнее всего позволяет судить о наличии коронарного атеросклероза, о выраженности и протяженности стенозов коронарных артерий. Коронарную ангиографию обязательно проводят перед коронарным шунтированием. Тяжесть стенокардии не всегда соответствует степени поражения коронарных артерий. Так, у некоторых лиц с тяжелой стенокардией коронарные артерии по данным ангиографии почти не изменены.

Аортография проводится при подозрении на расслаивающую аневризму аорты. Ангиопульмонография при подозрении на тромбоэмболию легочной артерии.

Общий и биохимический анализы крови. При инфаркте миокарда из разрушенных кардиомиоцитов в системный кровоток поступают внутриклеточные ферменты. Диагностическое значение имеют: Тропонин 1 и Т, КФК, в частности МВ-изомер, АСТ ЛДГ, особенно ЛДГ-1

Эхокардиография Выявляет нарушения сократимости ишемизированного миокарда. Информативна даже на ранних стадиях инфаркта миокарда, когда еще нет изменений ЭКГ и повышения уровня ферментов.

Сцинтиграфия миокарда. Это очень дорогое исследование. Его проводят, если ЭКГ неинформативна (блокада левой ножки пучка Гиса, постинфарктный кардиосклероз, синдром WPW) или если высока вероятность ложноположительной нагрузочной ЭКГ- пробы (например, при пролапсе митрального клапана). Сцинтиграфия миокарда с Тl с нагрузкой позволяет выявить и оценить размеры зоны миокарда с преходящими нарушениями перфузии.

Выполняется при подозрении на заднебоковой инфаркт миокарда на фоне блокады левой ножки пучка Гиса

-вентиляционно-перфузионная сцинтиграфия легких выполняется при подозрении на тромбоэмболию легочной артерии.

Сцинтиграфия с технецием.

Манометрия

Если боль за грудиной возникает независимо от физической нагрузки в положении лежа или при наклонах туловища необходимо исключают эзофагоспазм и рефлюкс-эзофагита. Как и при стенокардии боль при заболеваниях пищевода может иррадиировать в левую руку. Ниже приведен алгоритм диагностики болевого синдрома в грудной клетке.

Исследование пищевода.

- Эзофагоскопия.
 - Рентгенологическое исследование с барием.
1. Локализация болей в центральной части грудной клетки, за грудиной, в эпигастрии, в области шеи.
 2. Иррадиация боли в область левой лопатки, спины, рук.
 3. Боль ощущается как сдавление, сжатие, жжение.

4. Типичные условия возникновения - при ходьбе, особенно в гору, утром после еды, в ветреную и морозную погоду.
5. Условия прекращения боли - остановка движения, прием нитроглицерина.
6. Длительность боли от 2 до 5-10 мин.
7. Ишемические изменения ЭКГ-депрессия ST в покое или после нагрузки.

При выраженных формах стенокардии диагноз ставится при выявлении 4-5 из указанных признаков - он высоко достоверен.

Лечение.

Общие рекомендации по лечению ИБС.

- Больному нужно объяснить, что разработано эффективное лечение ИБС.
- Рекомендуют физические упражнения, их интенсивность зависит от тяжести стенокардии.

Больным, подверженным значительным эмоциональным нагрузкам, склонным к конфликтам с окружающими, проводят психотерапию.

Рассказывают, как в повседневной жизни избегать приступов стенокардии.

Не следует вводить строгие ограничения – это ухудшит состояние больного.

Неотложные меры при приступе стенокардии.

Нитроглицерин, 300-600 мкг под язык.

Другие способы:

Изосорбида динитрат, 5 мг под язык каждые 5 мин (до 3 раз) в течение 15 мин, или

- Нитроглицерин в виде дозированного аэрозоля, 1-2 вдоха (до 3 вдохов) в течение 15 мин, или
- При непереносимости нитратов – нифедипин, 5 мг под язык или разжевать.

Стенокардия напряжения (переносимость физической нагрузки высокая).

- Аспирин, 150 мг внутрь 1 раз в сутки.
- При боли – нитроглицерин (таблетки под язык или дозированный аэрозоль). В некоторых случаях – в-адреноблокаторы, нитраты в виде мазей или пластырей

Стенокардия напряжения (переносимость физической нагрузки средняя или низкая).

- Аспирин, 150 мг 1 раз в сутки.
- При боли – нитроглицерин (таблетки под язык или дозированный аэрозоль).

Добавляют в-адреноблокаторы или антагонисты кальция, а также один из следующих препаратов: котических анальгетиков, нейролептанальгезия, при брадикардии -

- Изосорбида динитрат, 10 мг внутрь 3 раза в сутки, или
- Изосорбида моонитрат, 60 мг внутрь 1 раз в сутки.

В стационаре назначают нитроглицерин в/в. Затем проводят коронарную ангиографию, решают, есть ли показания к баллонной коронарной ангиопластике или коронарному шунтированию.

Лечение в межприступном периоде: редкие приступы стенокардии (ФК I) - нитраты (нитросорбид 10 - 20 мг на прием) в предвидении значительных нагрузок. Стенокардия ФК II требует постоянного приема (годами!) Блокаторов бета-адренергических рецепторов (анаприлин, обзидан и др.); доза их индивидуальна (от 10 до 40 - 60 мг на 1 прием), крайне желателен прием 4, а не 3 раза в день (в настоящее время появились препараты пролонгированного действия), причем последний раз не позднее 3 - 4 ч до отхода ко сну; при этом частота сердечных сокращений должна снизиться до 60 - 70 в 1 мин (сосчитывается не по ЭКГ, снятой в покое, а лишь в активном состоянии больного!). Нитраты (нитромазин, тринитролонг и др.) следует применять систематически, а по прекращению приступов (стабилизация течения) - лишь перед нагрузками (поездка по городу, эмоциональные напряжения и т. П. Нитросорбид принимают по 10 мг 4 - 6 раз в день; мазь нитрол наносят на кожу через каждые 4 - 6 ч (действует 4 - 5 ч), в том числе и непосредственно перед отходом ко сну.

При стенокардии ФК II и выше - прекращение приема антиангинальных препаратов (в обобщности бета-блокаторов - феномен "отдачи") Даже на короткий срок не оправдано и

потому нецелесообразно. Проводится также лечение сопутствующих заболеваний - гипертонической болезни, заболеваний органов пищеварения и др.

Прогноз при отсутствии осложнений сравнительно благоприятный. Трудоспособность сохраняется, но с ограничением работ, требующих значительных физических усилий. При высоких классах стенокардии необходимо проводить селективную коронарографию для решения вопроса хирургического лечения. Все больные со стенокардией подлежат диспансерному наблюдению и вторичной профилактике ИБС.

Теоретический опрос можно провести по традиционно-дидактическому методу с применением метода “ручка на середине стола”.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА «Трехступенчатого интервью»

Цель: Научить правильному психологическому подходу к больному, выявлению и решению его проблем.

Основные положения методики:

Группа делится на 2-3 малые подгруппы в которых студентам отводятся роли: врач, больной, эксперт. Исполняющим роль больного студентам анонимно сообщается диагноз. Каждая группа проводит консультацию в течение 10-15 минут, эксперт оценивает и записывает действия участников по 3 разделам:.

1. Что сделано правильно;
2. Что сделано неправильно;
3. Как надо было сделать.

Преимущества: Методику можно использовать в тех случаях, когда отсутствуют тематические больные.

Метод напоминает ролевую игру, однако он дополнен третьим участником-экспертом и одновременным обсуждением 2-3 клинических вариантов. Это делает его более насыщенным и оживляет учебный процесс, и позволяя глубже оценить, уровень знаний студентов.

Пример: В каждой подгруппе педагог выбирает 3-х студентов на роль больного, врача, эксперта. Педагог заранее готовит результаты лабораторных и инструментальных исследований больного, которые выдаются "врачу" по требованию. Студенту исполняющему роль больного заранее подготовленный сценарий.

Больной Б., 52 лет, преподаватель в школе. На приеме у ВОП жалуется на боли в области сердца, за грудиной с иррадиацией в левое плечо, лопатку, боль приступообразная, возникает во время быстрой ходьбы, сопровождается чувством страха, в покое проходит. Из анамнеза болеет в течение 6 месяцев, лечился у невропатолога с диагнозом «межреберная невралгия». В течение 25 лет курит по 1,5 - 2 пачки сигарет в день. Последние 2 года периодически повышается АД до 150/90 мм.рт.ст. Отец и старший брат перенесли инфаркт миокарда.

При осмотре отмечается избыточный вес. Над легкими везикулярное дыхание. Границы сердца расширены влево. Аускультативно: I тон на верхушке ослабленный, акцент II тона над аортой, АД 170/100 мм рт.ст. Пульс ритмичный, 88 уд/мин. несколько напряжен. Органы брюшной полости без особенностей.

"Врач" должен правильно суметь объединить кажущуюся разнообразную симптоматику в единый диагноз и убедить больного в необходимости лечения. "Эксперт" - при оценке действий "врача" должен обязательно обратить внимание на ошибки и положительные стороны.

Был ли правильный психологический подход к больному, установились ли между ними доверительные отношения?

Заподозрил ли у больного ИБС? - Запросил ли у педагога результаты лабораторно-инструментальных методов исследования? - Назначил ли адекватную терапию? При оценке действия "больного": С какой степени достоверности выразил тяжесть общего

состояния. Правильно ли представил свои болезненные ощущения (симптомы болезни). В конце занятия педагог подводит итог с указанием на положительные стороны и выявленные недостатки в действия каждого из участников.

№	Оценка	отлично	хорошо	удовл	неуд	плохо
	Усвоение в %	100%- 86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% и ниже
1	Теоретическая часть	20-17,2 балл	17-14,2 балл	14-11 балл	10,8-7,4 балл	7,2 балл

4.2 Аналитическая часть

Ситуационные задачи: . Больная К. 32 года беспокоят приступообразные боли в области сердца, не купирующиеся нитроглицерином, одышка, сердцебиение, раздражительность, головные боли, резкая слабость, сухость во рту, повышение АД. Максимальный АД до 200/120 мм.рт.ст. Повышение АД сопровождается лихорадкой, удушьем, сердцебиением и дрожью. Из анамнеза болеет в течение 6 лет. АД снижается через 10-15 мин, после приема 1 таб. закона и 20 мг эналаприла и сопровождается полиурией. Аускультативно: тоны сердца приглушены, акцент II тона на аорте, систолический шум на верхушке. ЧСС и пульс 88 уд в 1 мин. На ЭКГ признаки гипертрофии левого желудочка с перегрузкой.

1. Перечислите не менее 5 заболеваний, которые сопровождаются выше перечисленными симптомами;
2. Ваш предполагаемый диагноз;
3. Необходимые лабораторные и инструментальные исследования для подтверждения диагноза;
4. Тактика ВОП и эффективные гипотензивные препараты с указанием их доз .

Ответы:

1. Синдром Конна, феохромоцитома, коарктация аорты, неспецифический аортоартериит, гипертоническая болезнь, пиелонефрит. 25 баллов.
2. Феохромоцитома. Симптоматическая артериальная гипертонзия. 30 баллов.
3. Общий анализ крови, мочи, исследования мочи на катехоламины и ванилилминдальную кислоту, пневмоперитонеум, УЗИ или КТ надпочечников. 25 баллов.
4. Госпитализация в отделение эндокринологии, консультация хирурга, кардиолога. Закон 10 мг по 1/2 табл.х 2 раза в день. - 20 баллов.

2. Больная М. 43, поступила в клинику с жалобами на головную боль, частое и обильное мочеиспускание, особенно в ночное время, приступы резкой мышечной слабости, жажду, судороги в руках и ногах, повышение артериального давления. Болеет в течение 3-х лет. При осмотре состояние средней тяжести. Тонус мышц ослаблен. Небольшая одутловатость лица. Сердце - границы расширены влево на 2 см, тоны приглушены, ритмичны, акцент II тона на аорте. Пульс 100 уд. в 1 мин, напряженный. АД 200/130 мм. рт. ст. В 2-х анализах мочи уд. вес 1005-1007, реакция щелочная, эритроциты -2-3/1, лейкоциты 2-5/1, соли оксалаты +.

1. Ваш предварительный диагноз;
2. Перечислите не менее 5 видов АГ с которыми необходимо провести дифференциальный диагноз;
3. Какие из перечисленных ниже дополнительных исследований следует назначить для подтверждения диагноза;
 - а) Определение суточной экскреции с мочой катехоламинов и ванилил-миндальной кислоты;
 - б) Определение щелочного резерва крови;

- в) Определение содержания альдостерона в крови и суточной моче;
 - г) Определение уровня ренина в плазме крови;
 - ж) Исследование суточного выделения калия и натрия в моче с подсчетом коэффициента Na/K;
 - з) Определение в суточной моче содержания 17-кетостероидов и 17-оксикортикостероидов;
4. Укажите эффективные гипотензивные препараты с указанием доз.

3. 62 летний больной С. обратился к ВОП с жалобами на сильные головные боли, особенно затылочной области, тошнота, иногда рвота, снижение зрения, повышение АД до 160/100 мм.рт.ст., слабость в правой половине тела, похудание, общую слабость, периодические повышение температуры тела до 37,6⁰С. Из анамнеза считает себе больным в течение 2 лет. Неоднократно получал лечение у невропатолога и терапевта. Принимаемые препараты малоэффективны. Объективно: больной гипостенического телосложения. Отмечается болезненность и ригидность затылочных мышц. Положительный симптом Кернига. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД 140/90 мм.рт.ст. Пульс 78 уд в 1 мин. Со стороны органов брюшной полости изменений нет. ОАК: Нв -90г/л, эр.- 3,0x10¹²/л, лейкоц.- 7,4x10⁹/л, СОЭ -54 мм/час.

1. Перечислите не менее 5 заболеваний, которые сопровождаются выше перечисленными симптомами.
2. Ваш предполагаемый диагноз?
3. Необходимые лабораторные и инструментальные исследование для подтверждения диагноза.
4. Тактика ВОП.

4. 52 летняя больная Т., по профессии педагог, жалуется на ноющие головные боли чуть ниже затылка, головокружение, шум в ушах, ограничение движение головы, тошноту, снижение памяти, плохой сон, онемение рук по утрам. При этом отмечает повышение АД до 150/90 мм.рт.ст. Вышеуказанные жалобы беспокоят последние 2 года. Не лечилась. Объективно: общее состояние удовлетворительное. При осмотре отмечается ограничение и болезненность движений в шейном отделе позвоночника. При пальпации боли в шейных и плечевых мышцах. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс и ЧСС 78 уд. в 1 мин. Отёков нет.

1. Перечислите не менее 5 заболеваний, которые сопровождаются выше перечисленными симптомами;
2. Ваш предполагаемый диагноз;
3. План обследование;
4. Тактика ВОП. Лечение.

5. В приемное отделение привезли 26 летнего больного с жалобами на повышение температуры тела, озноб, сильные головные боли, тошноту, рвоту, отсутствие аппетита, сонливость, общую слабость. Из анамнеза: В течение недели лечился по поводу ОРВИ и продолжал работу. Вчера вечером состояние резко ухудшилось. Объективно: состояние больного тяжелое. Сознание спутанное. На вопросы отвечает медленно. Кожные покровы бледные. Температура тела 39,1⁰С. Отмечается болезненность и ригидность затылочных мышц. Положительный симптом Кернига. В легких: везикулярное дыхание. ЧДД-30 раз в мин. Сердце-тоны звучные, ритмичные, ритм галопа, ЧСС и пульс 120 уд/мин. АД 100/60 мм рт.ст. ОАК: Нв-130 г/л; ц/п-0,9; лейкоц.-12,0 тыс. Э-2%; п/я-8%; с/я-76%; лимф.-10%; мон.-4%; СОЭ-50 мм/час. ОАМ: в пределах нормы.

1. Перечислите не менее 6 заболеваний, которые сопровождаются выше перечисленными симптомами.
2. Ваш предполагаемый диагноз?

3. План обследования.
4. Тактика ВОП.

6. Больной С., 49 лет, шофер. На амбулаторном приеме ВОП жалуется на боли в области сердца, за грудиной с иррадиацией в левое плечо, лопатку, боль приступообразная, возникает во время быстрой ходьбы, сопровождается чувством страха, в покое проходит. Из анамнеза болеет в течение 7 месяцев, лечился у невропатолога с диагнозом « межреберная невралгия ». В течение 25 лет курит по 1-1,5 пачки сигарет в день. Последние 2 года периодически повышается АД до 150/90 мм.рт.ст. Отец и старший брат перенесли инфаркт миокарда. Имеет избыточный вес. Над легкими везикулярное дыхание. Границы сердца расширены влево. Аускультативно: I тон на верхушке ослабленный, акцент II тона над аортой, АД 170/100 мм рт.ст. Пульс ритмичный, 88 уд/мин. несколько напряжен. Органы брюшной полости без особенностей.

1. Перечислите не менее 5 заболеваний, которые сопровождаются выше перечисленными симптомами;
2. Ваш предварительный диагноз;
3. План обследования;
4. Перечислите основные факторы риска которые имеются у данного больного;
5. Лечение.

7. Мужчина 55 лет, жалуется на боли в области сердца, за грудиной сжимающего характера, иррадирующие в нижнюю челюсть и левую локтевой сустав при подъеме по лестнице на первый этаж, продолжается 5-8 мин и купируется в покое или после приема 2 таблетки нитроглицерина. Из анамнеза: в течение 28 лет работал директором школы, курит, предпочитает жирные, плотные пищи. Над легкими везикулярное дыхание. Границы сердца в пределах нормы, аускультативно тоны приглушены, ритмичные. Пульс 75 уд. в 1 мин. АД 120/80 мм рт.ст. Живот увеличен за счет подкожной жировой клетчатки. Индекс массы тела 32.

1. Перечислите не менее 5 заболеваний, которые сопровождаются выше перечисленными симптомами;
2. Ваш предварительный диагноз;
3. План обследования;
4. Какие тесты проводятся для подтверждения диагноза;
5. Лечение с указанием дозы препаратов.

8. 65 летний больной С. в течение 15 лет страдает сахарным диабетом II типа. 2000 году был поставлен диагноз ишемическая болезнь сердца и АГ. Регулярно получает стационарное и амбулаторное лечение у эндокринолога и кардиолога, но рекомендации врачей выполняет не всегда. В последние дни состояние ухудшилось. Появились сжимающие, колющие боли за грудиной иррадирующие в межлопаточную область при незначительной физической нагрузке иногда в покое, камок в горле. Объективно: общее состояние средней тяжести, имеет избыточный вес. На верхушке сердца ослабление I тона, над аортой акцент II тона, АД 170/100 мм.рт.ст. пульс ритмичный 88 уд/мин, несколько напряжен. ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 78 уд. в 1 мин, признаки гипертрофии левого желудочка, в II, III, AVF отведениях депрессия сегмента ST на 1 мм.

1. Перечислите не менее 5 заболеваний, которые сопровождаются выше перечисленными симптомами;
2. Ваш полный предварительный диагноз;
3. Перечислите показания к проведению проб с физической нагрузкой;
4. Критерии прекращения выполнения проб с физической нагрузкой;
5. Укажите основные группы препаратов для лечения данного больного.

9. В СВП обратился мужчина 58 лет, которого беспокоят боли в области сердца, возникающие при подъёме на 1-й этаж и иррадиирующие в левую руку и левую лопатку, головокружение, головные боли, сердцебиение и ухудшение памяти.

Дополнительные сведения: из анамнеза: в течение 7 лет страдает ИБС и ГБ, по поводу которых состоит на «Д» учете. В 2007 году перенес ОИМ. Много лет курит, сейчас пытается бросить. Работает главным бухгалтером в управлении. Отец 7-х детей.

Объективно: Границы сердца расширены влево. Пульс и ЧСС 62 в минуту. АД 160/100 мм рт.ст. На ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 64 в минуту, на задней стенке признаки рубцовых изменений.

ОАК: Нв-122г/л; Эритроциты- $3,9 \cdot 10^{12}$ /л; Лейкоциты- $5,4 \cdot 10^9$ /л; СОЭ-8мм/ч

ОАМ: кол-во- 100 мл, цвет – желтый, относительная плотность-1015, белок- abs, лейкоциты – 3-4/1

Биохимический анализ крови: холестерин – 7,2 ммоль/л, сахар крови – 5.5 ммоль/л

Решение задачи должно соответствовать 20-этапной решению проблемы пациента (смотрите методические рекомендации)

Ситуационные задачи:

1. 59 летний больной обратился к ВОП с жалобами на сжимающие и ноющие боли в области сердца, иррадиирующие в левой половине грудной клетки, левую руку усиливающие в горизонтальном положении и при движении грудной клетки, при поворотах головы, раздражительность, плохой сон, чувство страха смерти. Боли продолжаются часами и не купируются нитроглицерином. Больной повышенного питания, в легких везикулярное дыхание. Левая граница сердца по срединно-ключичной линии, тоны чистые, приглушены, ритмичные, пульс 75 уд. в мин. АД 130/80 мм рт.ст. Данные дополнительных исследований: ан. крови и мочи без патологии.

1. Перечислите не менее 5 заболеваний, которые сопровождаются выше перечисленными симптомами;
2. Ваш полный предварительный диагноз;
3. Абсолютные противопоказания к проведению проб с физической нагрузкой;
4. ЭКГ признаки свидетельствующие достоверность проб с физической нагрузкой.
5. Укажите основные группы препаратов для лечения данного больного.

Ответы:

1. Миокардиты, миокардиодистрофии, кардиомиопатии, перикардиты, ИБС, перикардиты, межреберная невралгия, остеохондроз позвоночника.- 20 баллов
 2. Остеохондроз шейно-грудного отдела позвоночника с корешковым синдромом.- 25 баллов
 3. Инфаркт миокарда, нестабильная стенокардия, гипертонический криз, рассливающая аневризма аорты, НК III ст. 20 баллов.
 4. Появление отрицательного зубца Т, депрессия ST интервала более чем на 1 мм, появление аритмий сердца. - 20 баллов.
 5. Нестероидные противовоспалительные препараты, хондропротекторы.- 15 баллов.
2. Больная 36 лет, жалуется на боли в области сердца ноющего характера, длящиеся часами, связанные с волнением, изменением погоды и в предменструальный период, тревогу, беспокойство, снижение настроения, чувство затрудненного вдоха (желание периодически глубоко вдыхать воздух), после приема пищи, при длительном пребывании в вертикальном положении. При внешнем осмотре: блеск глаз, повышенная потливость ладоней, «пятнистая» гиперемия кожи лица, усиленный смешанный дермографизм. Границы сердца не увеличены. Выслушивается непроводной систолический шум на верхушке. Пульс ритмичный -80 уд. в мин. АД 120/80 мм.рт.ст.
- При общеклиническом исследовании крови острофазовые показатели не изменены. ЭКГ - в V 1-3 зубец Т уплощенный.

1. Перечислите не менее 5 заболеваний, которые сопровождаются выше перечисленными симптомами.
2. Ваш полный предварительный диагноз;
3. Перечислите показания к проведению проб с физической нагрузкой;
4. Критерии положительных проб с физической нагрузкой;
5. Тактика ВОП и принципы лечение.

3. Больной Р., 36 лет, грузчик, обратился на прием к ВОП с жалобами на боли нижней части грудины, область сердца, особенно после поднятия тяжестей на работе и наклоне вперед, после еды и горизонтальном положении, плохой сон. Последние дни состояние ухудшилось, боли распространялись за грудиной и в области эпигастрии. В анамнезе заболевания внутренних органов отрицает. Выше указанные жалобы беспокоят часто осенью и весной в течение 2 лет. Отец страдает с ИБС и ГБ. Объективно: больной повышенного питания, кожа и слизистые обычной окраски, чистый. Сердце – тоны средней звучности, ритмичные. Пульс 70 уд. в 1 мин. АД 120/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, чувствительный в области эпигастрии. Печень и селезенка не увеличены.

1. Перечислите не менее 5 заболеваний, которые сопровождаются выше перечисленными симптомами;
2. Ваш предварительный диагноз;
3. Дополнительные методы исследования;
4. Тактика ВОП;
5. Лечение с указанием доз препаратов и диеты (опишите подробно!).

4. Больной 36 лет, строитель. Обратился к ВОП с жалобой на боли в левой половине грудной клетки усиливающиеся при дыхании и движении грудной клетки, одышку, сердцебиение, повышение температуры тела до $37,7^{\circ}\text{C}$, кашель с трудно отделяемой ржавой мокротой. Заболевание связывает с переутомлением и переохлаждением на работе. Объективно: состояние больного ср. тяжести. Цианоз губ, румянец на щеках. В легких: перкуторно слева ниже угла лопатки притупление перкуторного звука. Аускультативно: в этой области звонкие, средно-и мелкопузырчатые влажные хрипы. ЧДД-30 раз/мин. Сердце- акцент II тона на легочной артерии, ЧСС и пульс 120 уд/мин. АД 110/70 мм рт.ст. ОАК: Нв-130 г/л; ц/п-0,9; лейко.- $17,0 \times 10^9/\text{л}$. СОЭ-34 мм/час. Рентгенокопия гр.клетки – слева в нижнем легочном поле начиная с V ребра определяется гомогенное затемнение с четкими контурами.

1. Перечислите не менее 5 заболеваний, которые сопровождаются выше перечисленными симптомами;
2. Ваш предварительный диагноз;
3. Дополнительные методы исследования;
4. Тактика ВОП и лечение.

5. Больной Б. 37 лет заболел остро: появились сильные боли в области сердца усиливающиеся при дыхании, икота, рвота, потливость. Температура тела поднялась до 38°C . Объективно: Общее состояние больного ср. тяжести. Над легкими везикулярное дыхание хрипов нет. При аускультации в области абсолютной тупости сердца выслушивается шум трения перикарда, пульс 96 в минуту, ритмичный. АД 120/70 мм.рт.ст, со стороны органов дыхания и брюшной полости без особенностей. ОАК: лейкоциты $9,8 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ 39 мм/час. На ЭКГ: в стандартных отведениях подъем ST сегмента на 2-2,5 мм. На повторном ЭКГ через 2 дня подъем ST во всех стандартных и грудных отведениях носил конкордантный характер.

1. Перечислите не менее 5 заболеваний, которые сопровождаются выше перечисленными симптомами;
2. Ваш предварительный диагноз;

3. Дополнительные методы исследования;
4. Показания к круглосуточному мониторингованию ЭКГ по Холтеру;
5. Тактика ВОП и лечение.

6. 58 летнего больного И. в течение недели беспокоят боли в области сердца, распространяющиеся на заднюю поверхность грудной клетки, ощущение жжения, покалывания. Боли постоянные, не связанные с физической нагрузкой, прикосновение одежды усиливает боль. В момент осмотра больной встревожен, считает, что у него инфаркт миокарда. Со слов больного: накануне заболевания целый день работал под кондиционером. Объективно: общее состояние удовлетворительное, нормостеник, левая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания. Температура тела 37,8⁰С. При пальпации слева в 5– 6- межреберьях резкая болезненность – отталкивает руку врача. В лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 76 уд/мин, АД 130/80 мм.рт.ст. Печень и селезёнка не увеличены.

1. Перечислите не менее 5 заболеваний, которые сопровождаются выше перечисленными симптомами;
2. Ваш предварительный диагноз;
3. Противопоказания к назначению нитратов и β- блокаторов;
4. Тактика ВОП и лечение.

7. Больной С., 58 лет, бухгалтер, жалуется на частые безпричинные боли в области сердца с иррадиацией в левую руку. При этом ощущает чувство сжатия в горле. Боли длятся 5-15 минут, купируются после приема 3-4 табл. нитроглицерина. Из анамнеза: в течение 5 лет страдает с АГ и ИБС. Раньше боли появлялись при значительной физической нагрузке, продолжались 1-2 мин, помогал валидол, или 1 табл. нитроглицерина. Объективно: больной повышенного питания, на веках ксантелазмы. Тоны сердца звучные, имеются редкие экстрасистолы. АД 160/95 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Сахар крови– 5,4 ммоль/л; холестерин–7,2 ммоль/л. ПТИ 100%. ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 75 уд. в 1 мин, единичные левожелудочковые экстрасистолы, в II, III, AVF отведениях сегмент ST снижен на 1,5 мм.

1. Перечислите не менее 5 заболеваний, которые сопровождаются выше перечисленными симптомами;
2. Ваш предварительный диагноз;
3. Классификация этого заболевания с подробным указанием клинических вариантов;
4. План обследования;
5. Тактика ВОП и лечение.

8. 43 летний больной А. жалуется на периодические боли в области сердца и за грудиной с иррадиацией в левую руку при эмоциональной и физической нагрузке продолжающиеся 2-3 мин которые проходят в покое. Боли появились 20 дней тому назад после стрессовой ситуации на работе. Из анамнеза подобные боли раньше не наблюдались. Отец страдает АГ и сахарным диабетом. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Сердце - тоны приглушены, пульс 80 уд/мин., ритмичный. АД 120/80 мм рт.ст. В легких везикулярное дыхание. Живот мягкий, безболезненный. Стул и диурез в норме.

1. Перечислите не менее 5 заболеваний, которые сопровождаются выше перечисленными симптомами;
2. Ваш предварительный диагноз;
3. План обследования;
4. Показание к проведению коронарографии;
5. Тактика ВОП. Лечение.

№	Оценка	отлично	хорошо	удовл	неуд	плохо
	Усвоение в %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% и ниже
2	Ситуационная задача	50-43 балл	42,5- 35,5 балл	35- 27,5 балл	27-18,5 балл	18балл

4.2.2 графический органайзер: «Рыбий скелет»

Цель схемы «рыбьего скелета» описать целый круг поле проблемы и попытаться решить ее, развивает и активизирует системное, творческое, аналитическое мышление.

Ход схемы: студенты знакомятся с правилами построения схемы. Индивидуально или в парах записывают на верхней косточке формулировку подпроблем, а на нижней – факты подтверждающие что данные проблемы существуют.

Объединяются в мини группы, сравнивают и дополняют свою схему.

Далее проводят презентацию результатов. Презентация заполненной схемы позволяет продемонстрировать взаимосвязь подпроблем. Их комплексный характер.

4.3. Практическая часть

Перечень навыков, которым ВОП должен владеть после завершения занятий по данной тематике

1. Провести осмотр больных с заболеваниями, сопровождающимися болями в области сердца.
2. Интерпретация анализов, данных лабораторно-инструментальных исследований, (клинические и биохимические анализы крови, мочи, кала, рентгенологические исследования органов грудной клетки, эхокардиография, УЗИ почек), больных с ИБС.
3. Выписывание лекарственных препаратов больным с ИБС.

№	Оценка	отлично	хорошо	удовл	неуд	плохо
	Усвоение в %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% и ниже
4	Практическая часть	15-12,9 балл	12,75-10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5-балл	5,4 балл

5. Формы контроля знаний, навыков и умений

- Устно
- Письменно
- Решение ситуационных задач
- Демонстрация освоенных практических навыков

5.1. Критерии оценок знаний и умение практических навыков студентов.

№	Оценка	отлично	хорошо	удовл	неуд	плохо
	Усвоение в %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% и ниже
1	Теоретическая часть	20-17,2 балл	17-14,2 балл	14-11 балл	10,8-7,4 балл	7,2 балл
2	Ситуационные задачи	50-43 балл	42,5- 35,5 балл	35- 27,5 балл	27-18,5 балл	18балл
3	Тест	15-12,9балл	12,7-10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5 балл	5,4 балл
4	Практическая	15-12,9 балл	12,75-10,6	10,5-8,25	8,1-5,5-балл	5,4 балл

	часть		балл	балл		
--	-------	--	------	------	--	--

6. Критерии оценки текущего контроля

Уровни оценок	Рейтинг баллы	Характеристика работы студента
	20	Балл присутствия на практическом занятии. Полное отсутствие уровня знаний и не умение выполнить практический навык – студент абсолютно не готов к практическому занятию.
Не удовлетворительно	20 - 54,9	<p>Студент отвечает неудовлетворительно.</p> <p>Студенты не владеет базовыми уровнями знаний и навыков, хотя бы одного из нижеперечисленных:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Не знает клинические признаки стенокардии и инфаркта миокарда • Не знает до госпитальную помощь больным с инфарктом миокарда • Не знает факторы риска при ИБС • Не знает групп препаратов при лечении ИБС. Стабильных стенокардиях. • Не может указать на ЭКГ признаки ишемии, повреждения и некроза • Не способен собрать рациональный анамнез во время курации больных со стенокардией и инфарктом миокарда. • Во время курации не способен объективно оценить состояние больных со стенокардией и инфарктом миокарда • Не способен рационально составлять план обследования больных с ИБС в условиях СВП или СП.
Обеспечение базового уровня знаний и навыков		
Удовлетворительно 55-70,9%	55-60,9	Удовлетворительный ответ низкого качества. Студент старается владеть базовыми уровнями знаний и навыков (см.ниже), но при ответе или выполнении навыков допускают серьезные ошибки.
	61-65,9	Удовлетворительный ответ средней степени. Студент владеет базовыми уровнями знаний и навыков (см.ниже), но при ответе или выполнении навыков допускают ошибки (возможны отдельные погрешности)
	66-70,9	Удовлетворительный ответ высокого качества. Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков: <ul style="list-style-type: none"> • Знает клинические признаки стенокардии и инфаркта миокарда • Может дифференцировать стенокардию от инфаркта миокарда по субъективным, объективным и лабораторно-инструментальным данным • Знает до госпитальную помощь больным с

		<p>инфарктом миокарда</p> <ul style="list-style-type: none"> • Знает факторы риска при ИБС • Знает группы препаратов при лечении ИБС • Может указать на ЭКГ признаки ишемии, повреждения и некроза • Может установить наличие инфаркта миокарда на основании ЭКГ • Способен собрать рациональный анамнез во время курации больных со стенокардией и инфарктом миокарда. • Во время курации способен объективно оценить состояние больных со стенокардией и инфарктом миокарда • Может интерпретировать результаты лабораторно-инструментальных методов исследований – может указать о наличии гиперхолестеринемии, лейкоцитоза, повышенного КФК и СОЭ. • Может показать технику регистрации ЭКГ • Способен рационально составлять план обследования больных с ИБС в условиях СВП или СП. • Способен корректно заполнять дневник больного.
Продвинутый уровень знаний		
Хорошо 71-85,9%	71-75,9	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (указанные в пункте «66-70,9») + владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Знает стадии инфаркта миокарда • Знает классификацию ИБС • Знает механизм действия лекарственных препаратов • Рационально выбрать лекарственных препаратов, используемых при лечении ИБС.
	76-80	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «71-75,9», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Знает патогенез ИБС • Знает принципы первичной, вторичной и третичной профилактики ИБС
	81-85,9	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «71-75,9» и «76-80», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Может указать локализацию инфаркта миокарда на основании ЭКГ признаков. • Принципы ведения, наблюдения и мониторинга больных ИБС в условиях СВП или СП. • Умеет провести консультацию по вопросам не медикаментозных и медикаментозных советов с

		использованием навыков МЛЮ. <ul style="list-style-type: none"> • Принципы диспансеризации и реабилитации больных с ИБС в условиях СВП или СП
Отлично 86-100%	86-90	Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «81-85,9», а также владеет следующими знаниями и навыками: <ul style="list-style-type: none"> • Знает принципы лечения острого инфаркта миокарда • Знает показания и противопоказания к коронарографии • Умеет предоставлять достоверную информацию о стенокардии и инфаркте миокарде на основании интернет данных
	91-95	Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «86-90», а также владеет следующими знаниями и навыками: <ul style="list-style-type: none"> • Знает эхокардиографические признаки инфаркта миокарда
	96-100	Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «91-95», а также владеет следующими знаниями и навыками: <ul style="list-style-type: none"> • Предоставил научные данные на основе литературы (статьи и интернет) • Знает показания и противопоказания стентирования и АКШ

Примечание: Базовый уровень знаний и навыков – это минимум знаний, который обеспечивает принцип «безопасности» для пациента.

7. Контрольные вопросы

1. Основные факторы риска при ИБС
2. Диагностика различных ФК стенокардии.
3. Особенности болевого синдрома при стенокардии.
4. Основные лабораторно-инструментальные исследования при ИБС.
5. **Тактика ВОП при различных вариантах течения стенокардий.**
6. **Механизм действия нитропрепаратов.**
7. **Механизм действия В-блокаторов.**
8. **Механизм действия ингибиторов АПФ.**
9. **Механизм действия антиагрегантов.**
10. Показания к хирургическому лечению.
11. **Первичная и вторичная профилактика ИБС.**

8. Рекомендуемая литература

Основные

- 1) Ички касалликлар, Шарапов У.Ф. Т: Ибн Сино, 2003
- 2) Ички касалликлар, Бобожанов С. Т: Янги аср авлод, 2008
- 3) Внутренние болезни, том 1 Мухин Н.А. М.: ГЭОТАР - Медиа, 2009
- 4) Textbook of Internal Medicine Editor-in-Chief William N. Kelley 1997

Дополнительные

- 1) Умумий амалиёт врачлар учун маърузалар туплами , Гадаев А.Г., Т., 2012
- 2) Общая врачебная практика, Под ред.Ф.Г.Назирова, А.Г.Гадаева. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
- 3) Сборник практических навыков для врачей общей практики. Гадаев А., Ахмедов Х.С. Т., 2010.
- 4) Умумий амалиёт врачлар учун амалий куникмалар туплами Гадаев А.Г., Ахмедов Х.С., 2010.
- 5) Терапевтический справочник Вашингтонского Под ред. М.Вудли М.: Практика, 2000.
- 6) Умумий амалиёт шифокори учун кулланма Ф.Г.Назирова, А.Г.Гадаев тахр. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.
- 7) Лечение болезней внутренних органов. Окорочков А.Н. Все томы.2005.
- 8) Дифференциальный диагноз внутренних болезней. Виноградов А.В. М.: Медицинское информационное агенство, 2009.
- 9) Внутренние болезни: учебник.- в 2-х т. (1т) Под ред. Мартынова и др. М.: ГЭОТАР - Медиа, 2005:

8. Хронологическое содержание занятия

Время	Мероприятия	Содержание	Материалы	Продолжительность занятия
8.30– 9.30	Утренняя конференция	Доклад дежурных врачей и дежурных субординаторов по дежурству.	Истории болезни, ЭКГ, кодоскоп.	1 час
9.15-10.00	Клинический аудит выписывающихся больных.	Подробный доклад студентов о выписываемых больных.		45 минут
10.05-10.45	Теоретический разбор темы	Проверка исходного уровня подготовленности студентов. Опрос студентов по теме занятия с применением метода “трех ступенчатого интервью”. Студентам раздаются ЭКГ, которые студенты должны анализировать, расшифровать и дать заключение. Решение ситуационных задач по данной теме.	Учебные доски, папка с ЭКГ, таблицы и ситуационные задачи, соответствующие теме занятия.	40 минут

10.45 -11.05.	Проработка практических навыков.	Студент под надзором преподавателя должен выполнить минимум два практического навыка.	Больной или волонтер.	20 минут
11.05-11.45	Курация больных В отделении кардио-логии и кардиореанимации	Каждый студент курирует больных определенной палаты.	Больной, фонендоскоп, тонометр, история болезни (с данными клинико-лабораторных исследований)	40 минут
11.45-12.15	Перерыв			30 мин
12.20-14.00	Разбор тематических больных	По выбору педагога проводится полный осмотр больного по теме занятия, или пациентов, готовящихся к выписке, анализ данных лабораторно-инструментального исследования, обоснование предварительного и окончательного клинического диагнозов. Определяется план лечения с дозами препаратов.	Больной, фонендоскоп, тонометр, история болезни (данными клинико-лабораторных исследований)	1 час

Практическое занятие №17.

Тема: Боль в области сердца. ИБС. Дифференциальная диагностика болевого синдрома при стенокардии и инфаркт миокарда (клинический, лаборатор, ЭКГ). Дифференциальная диагно-стика при различных клинических вариантах инфаркта миокарда. Тактика ВОП.

Учебное время: 6 час	
Структура учебного занятия	<ol style="list-style-type: none">1. Учебный тематический кабинет.2. Кабинет ЭКГ3. Учебные пособия, фантомы, муляжи, раздаточный материал, сборник ситуационных задач и тестов4. Телевизор, видео аппаратура, мультимедиа
Цель учебного занятия: Научить ВОП вопросам своевременной диагностики при болях в грудной клетке, обусловленных инфарктом миокарда, а также принципам ведения больных в условиях первичного звена здравоохранения, предусмотренных требованиями "Квалификационной характеристики врача общей практики».	
Педагогические задачи: <ol style="list-style-type: none">1. Рассмотреть вопросы диагностики инфаркта миокарда, клиники в зависимости от стадии.2. Продемонстрировать больных с инфарктом миокарда.3. Обсудить данные клинико-лабораторных исследований при инфаркте миокарда.4. Научить ЭКГ диагностике инфаркта миокарда.5. Обсудить вопросы касательно тактики ведения в рамках квалификационной характеристики ВОП.6. Обсудить принципы оказания до госпитальной помощи.7. Обсудить принципы лечения (не медикаментозные и медикаментозные) в условиях СВП или СП (после выписки из стационара).8. Обсудить принципы ведения, наблюдения и мониторинга больных в условиях СВП или СП.9. Обсудить принципы первичной, вторичной и третичной профилактики при данных заболеваниях	Результаты учебной деятельности: Студент должен: <ol style="list-style-type: none">1. Механизм возникновения инфаркта миокарда.2. Клинические проявления инфаркта миокарда в зависимости от стадии.3. Диагностику инфаркта миокарда.4. Дифференциальную диагностику заболеваний, протекающих с болями в грудной клетке, частности стенокардии и ИМ.5. Принципы лечения (не медикаментозные и медикаментозные) в условиях СВП или СП.6. Принципы ведения, наблюдения и мониторинга больных в условиях СВП или СП.7. Принципы первичной, вторичной и третичной профилактики при данных заболеваниях. уметь: Анализировать данные жалоб и анамнеза для диагностики инфаркта миокарда. Диагностировать, дифференцировать по клинике и лабораторно-инструментальным данным стенокардии и ИМ. Установить наличие инфаркта

	<p>миокарда на основании ЭКГ. Оказать медицинскую помощь до госпитального этапа. Выбрать препараты с доказанной эффективностью Консультировать по не медикаментозным методам лечения. Провести мониторинг в условиях СВП или СП.</p>
Методы обучения	метод «круглого стола», демонстрация, видеопросмотр, дискуссия, беседа, решение тестов и ситуационных задач
Формы организации учебной деятельности	Индивидуальная работа, работа в группах, коллективная, аудиторная, внеаудиторная.
Средства обучения	Раздаточные учебные материалы визуальные материалы, видеофильмы, муляжи, графические органайзеры, комплекты медицинских карт, таблицы, стенды.
Способы и средства обратной связи	Блиц-опрос, тестирование, презентация результатов выполнения учебного задания, заполнение медицинских карт, выполнение практического навыка «профессиональный расспрос»

Технологическая карта занятия

Тема: Боль в области сердца. ИБС. Дифференциальная диагностика болевого синдрома при стенокардии и инфаркт миокарда (клинический, лаборатор, ЭКГ). Дифференциальная диагностика при различных клинических вариантах инфаркта миокарда. Тактика ВОП.

№	Этапы практического занятия	Форма занятия Место проведения	Длительность занятия 225
1	Вводная часть (обоснование темы)		10
2	Обсуждение темы практического занятия с применением новых педагогических технологий (метод «круглого стола»), а также демонстрационного материала (истории болезни, таблицы, плакаты, рентгенограммы), определение исходного уровня.	Опрос, обсуждение Учебная комната, палаты	40
3	Вывод обсуждения		10
4	Определение задания для выполнения практической части - профессиональный расспрос. Объяснение положений и рекомендаций для выполнения задания по заполнению истории болезни.	Обсуждение Осмотр в палате	20

5	Освоение практической части занятия под руководством преподавателя.	Проф. расспрос. Беседа с больными и заполнение историй болезни, ситуационные задачи. осмотр в палате	20
6	Интерпретация данных обследования больных-жалобы, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация больных, а также исследования ОАМ, ОАК и биохимические анализы и постановка диагноза	Истории болезни, лабораторные данные ситуационные задачи	25
7	Обсуждение теоретических, практических знаний студентов, закрепление материала, определение уровня усвоения оценкой знаний.	Устный опрос, тесты, обсуждение, определение практических навыков Учебная комната	75
8	Определение вывода по теме практического занятия, оценка по 100 бальной системе и объявление оценок. Домашнее задание следующего практического занятия (сборник вопросов).	Информация, вопросы для самостоятельной работы. Учебная комната	25

2. Мотивация

Течение инфаркта миокарда характеризуется острым началом, наличием тяжелых осложнений и высокой летальностью. Максимальная летальность наблюдается в первые часы на догоспитальном этапе. В связи с этим, усилие врача общей практики (ВОП) направляется на диагностику болей в грудной клетке, обусловленных инфарктом миокарда, для оказания медицинской помощи и направлении в специализированные стационары. Эти обстоятельства являются основанием для включения данной тематики в программу подготовки ВОП.

3. Межпредметные и внутрипредметные связи

Анатомия, Гистология с эмбриологией и цитологией, Биология, Нормальная физиология, Биохимия, Патологическая анатомия, Патологическая физиология, Топографическая анатомия и оперативная хирургия, Пропедевтика внутренних болезней, Туберкулез, Онкология, Рентгенология и медицинская радиология, Физиотерапия, Эндокринология, Факультетская терапия, Госпитальная терапия

4. Содержание занятия

4.1. Теоретическая часть

В теоретической части практического занятия последовательно рассматриваются следующие вопросы.

Инфаркт миокарда (ИМ) – ишемический некроз миокарда вследствие острого несоответствия коронарного кровотока потребностям миокарда.

Преобладающий возраст – старше 40 лет.

Клинически выделяют 5 периодов в течении ИМ:

1. Продромальный период, длительностью от несколько часов, дней до одного месяца, может отсутствовать. Клиническая симптоматика соответствует прогрессирующей, нестабильной стенокардии;

2. Острейший период- от возникновения резкой ишемии миокарда до появления признаков некроза (от 30 мин до 2 час). Началом инфаркта миокарда считают появление приступа интенсивной и продолжительной (более 30 мин, нередко многочасовой) загрудинной «кинжальной» боли (ангинозное состояние), не купирующейся повторными приемами нитроглицерина; боли сжимающего, распирающего характера, иррадирующие в левую руку, кисти, нижнюю челюсть, ухо, зубы, под левой лопатку. Реже в картине приступа преобладает удушье или боль сосредотачивается в подложечной области (астматическая и гастралгическая формы острого инфарктного приступа) Сопровождается чувством страха, возбуждением. Осмотр- бледность кожи, видимых слизистых оболочек, возможно акроцианоз. Пульс= возможно брадикардия, сменяющаяся нормо- или тахикардией, аритмия. АД сначала повыситься, затем умеренно снижается;

3. Острый период – образование некроза и миомаляции (2-14 дней). Клиника: исчезает боль, наблюдаются артериальная гипертензия (часто значительная), исчезающая после стихания боли и не требующая применения гипотензивных препаратов; учащение пульса (не всегда); повышение температуры тела (со 2-3-х суток); гиперлейкоцитоз, сменяющийся стойким повышением СОЭ; в сыворотке крови - преходящий прирост гликемии, азотемии, уровня фибриногена, активности ферментов - креатинкиназы и ее миокардиального изофермента (в пределах первых 48 ч), асат (в пределах 72 ч), ЛДГ и ее изофермента ЛДГ1 (в пределах 5 сут);

4. Подострый период- завершение начальных процессов организации рубца, замещение некротической ткани грануляционной (4-8 нед от начала заболевания). Болевой синдром отсутствует, восстанавливается ритм и проводимость сердца, постепенно уменьшаются проявления резарбционно- некротического синдрома;

5. Постинфарктный период- увеличение плотности рубца и максимальная адаптация миокарда к новым условиям функционирования (3-6 мес от начала инфаркта). При благоприятном течении особых клинических проявлений нет. Лабораторные данные нормальны.

Мелкоочаговый инфаркт характеризуется развитием мелких очагов некроза в миокарде.

Атипические формы: 1.Периферическая с атипичной локализацией боли: леворучная, леволопаточная, гортанно- глоточная, верхнепозвоночная, нижнечелюстная; 2. Абдоминальная (гастральгическая); 3. Астматическая; 4. Коллаптоидная; 5.Отечная; 6.Аритмическая; 7.Церебральная; 8.Стертая (малосимптомная); 9.Комбинированная.

Дифференциальная диагностика стабильной и нестабильной стенокардии, инфаркта миокарда с зубцом Q

Клинический признак	Стабильная стенокардия	Нестабильная стенокардия	ИМ с зубцом Q
Длительность заболевания	От нескольких месяцев до нескольких лет	Впервые возникшая (длительность до 30 дней) или прогрессирующая на фоне длительно существующей	Впервые возникшая или на фоне стенокардии
Характер болей	Стереотипный	Появление новых болей или стенокардии покоя	Затяжная ангинозная боль
Интенсивность Болей	Не изменяется	Нарастает, может волнообразно нарастать	Труднопереносимая
Продолжительность болей	2-10 мин	10-20 мин	20-30 мин и более
Условия возникновения боли	Хорошо известны Пациенту	Изменяются, появляются новые	Боль в покое
Частота приступов	Не изменяется	Увеличивается	Ангинозный или Астматический статус
Суточная потребность в нитроглицерине	Не изменяется	Резко увеличивается (до 15-20 табл. И более)	Нитроглицерин Неэффективен
Толерантность к Физической нагрузке	Не изменена	Резко снижается	Не переносит физическую нагрузку
ЭКГ	Изменения стабильные	ST сегмент – появляется динамичность	Динамика ST, зубец Q
Биохимические Показатели	Не изменяются	Увеличиваются, но не более 15% от нормы	Повышение миоглобина и МВ КФК в первые 2 ч, затем полож. Тропонины Iит, АСАТ, лдги др.

Тактика ведения	Подбор антиангинальных препаратов оптимального режима зависимости от клинико-функционального класса	Немедленная госпитализация в специализированное отделение (палата интенсивной терапии), ограничение режима и проведение интенсивного лечения (антиагрегантная, антитромботическая терапия)	То же + тромболитическая терапия
Ближайший прогноз	Стабильное состояние	Неопределенный, развивается у 12—16% больных ИС. Угроза внезапной смерти	Могут развиваться осложнения ИМ: аритмии, сердечная недостаточность, угроза внезапной смерти

Лабораторные и инструментальные данные.

По ЭКГ – различают стадии:

1. Ишемическая стадия связана с образованием очага ишемии, над очагом поражения увеличивается амплитуда зубца Т, он становится высоким, заостренным (субэндокардиальная ишемия).
2. Стадия повреждения: В участках субэндокардиальной ишемии развивается субэндокардиальное повреждение, что проявляется смещением интервала S-T книзу от изолинии. Повреждение и ишемия быстро распространяются трансмурально на субэпикардиальную зону, интервал S-T смещается куполом вверх, зубец Т снижается и непосредственно сливается с интервалом S-T.
3. Острая стадия связана с образованием некроза в центре очага повреждения. ЭКГ признаки: появление патологического зубца Q (шире чем 0,03с и глубже $\frac{1}{4}$ зубца R) уменьшение или полное исчезновение зубца R (трансмуральный ИМ), куполообразное подъем интервала S-T от изолинии, отрицательный зубец Т.
4. Подострая стадия: Зоны повреждение нет, интервал S-T на изолинии (если интервал S-T не опускается до изолинии больше 3 нед, можно заподозрить аневризму), зубец Т вначале отрицательный симметричный, затем постепенно уменьшается, становится изоэлектричным или слабоположительным.
5. Рубцовая стадия характеризуется исчезновением ЭКГ – признаков ишемии, но стойким сохранением рубцовых изменений, зубец Т положительный.

ЭКГ- патологический зубец Q, преходящие изменения зубца Т и ST-сегмента, динамика которых позволяет судить о давности инфаркта.

Инфарктоподобные изменения на ЭКГ наблюдаются при блокаде левой ножки пучка Гиса, синдроме Вольфа-Паркинсона -Уайта, рубцовых изменениях.

Ферменты крови.

При мелкоочаговым ИМ комплекс QRS обычно не изменяется, лишь в некоторых случаях уменьшается зубец R, интервал S-T может смещаться книзу от изолинии (субэндокардиальный инфаркт), зубец Т становиться отрицательным, «коронарным», или двухфазным.

ЭКГ- диагностика локализации ИМ.

1. Распространенный ИМ передней стенки левого желудочка с вовлечением передней части межжелудочковой перегородки, верхушки и боковой стенки – в отведениях I, II, avl, V1-V6;
2. ИМ передней, боковой стенки – в отведениях I, II, avl, V4-V6;
3. Верхушечный ИМ – в отведениях V4;
4. Заднедиафрагмальном ИМ – в отведениях II, III, avf, D (по Небу), кроме того, возможно увеличение зубцов R в отведении avr, T – в V1-V3 и смещение интервала S-T книзу в отведениях V1-V3.

Изменения активности ферментов сыворотки при инфаркте миокарда прямо коррелируют с обширностью инфаркта. Исследование активности ферментов позволяет также оценить давность инфаркта.

Тропонины (I, T и C) освобождаются из поврежденных миокардиальных клеток и через лимфатическую систему попадают в общий кровоток. В крови обнаруживаются различные формы тропонины (Tn I) и тропонины T (Tn T)- свободные и комплексированные бинарные комплексы. У больных ИМ возрастание уровня тропонина отмечается через 4-7 часов после острого ангинозного приступа или его клинического эквивалента, достигая пика в пределах 12-24 часов. Степень увеличения концентрации Tn в этот период весьма значительна, хотя существенно колеблется у отдельных пациентов.

Диапазон диагностической значимости уровня Tn (диагностическое окно) в основном ограничивается 3-7 сутками, значительно варьируя у ряда больных. Для Tn –T этот период более длителен и может быть пролонгирован до 12-14 дней. Поэтому Tn I и Tn T- поздние диагностические маркеры, позволяющие выявить «пропущенный ИМ». Такая чувствительность Tn при высокой степени специфичности позволяет рассматривать эти миокардиальные маркеры как золотые стандарты в диагностике ИМ, имеющие явные преимущества перед КК-МВ и ЛДГ-1. Высокая чувствительность и специфичность Tn позволяет выявить минимальные зоны некроза миокарда у коронарных больных, обозначаемые как минимальные миокардиальные повреждения. Регистрация повышенной концентрации Tn I и Tn T в крови больных с острым коронарным синдромом, даже при минимальных изменениях ЭКГ, или при нетипичной клинической картине является достаточным основанием для постановки диагноза ИМ.

Выявление возрастания концентрации Tn в крови больного во время или после проведения процедур транслюминальной ангиопластики или стентирования трактуется как ИМ. Определение Tn I и Tn T используется в оценке эффективности тромболитической терапии у больных с ИМ. Резкое повышение уровня Tn через 90 мин после проведения лечебной процедуры доказательство успешной реваскуляризации миокарда.

Определение уровня Tn в крови больного позволяет провести дифференциальную диагностику между ИМ и нестабильной стенокардией, а также провести стратификацию, отбор больных с высоким и низким риском развития ИМ или других кардиальных осложнений в ранние или отдаленные сроки, подобрать оптимальную медикаментозное или хирургическое лечение.

Креатинфосфокиназа (КФК). Активность начинает повышаться через 6-8 часов после первых клинических проявлений, достигает пика через 20-24 часа и нормализуется через 48 часов. Ранний пик активности КФК при назначении тромболитиков (через 15 часов) свидетельствует об эффективности тромболитической терапии и восстановлении проходимости коронарной артерии. МВ-фракция КФК специфична для миокарда, что позволяет дифференцировать повреждения миокарда от таковых поперечно-полосатой мускулатуры. При инфаркте миокарда МВ-фракция составляет более 15 %.

Аспартатаминотрансфераза (АСТ) Активность достигает пика через 24-48 часов и нормализуется через 72 часа.

Лактатдегидрагеназа (ЛДГ). Активность ЛДГ сыворотки достигает пика через 3-4 суток и нормализуется через 7-14 суток после первых клинических проявлений инфаркта.

Сцинтиграфия миокарда с пирофосфатом. Имеет значение впервые 2 недели после инфаркта миокарда. Информативно при подозрении на инфаркт миокарда на фоне полной блокады левой ножки пучка Гиса. Очаговое накопление изотопа подтверждает диагноз инфаркта миокарда.

Ниже приведена таблица 2 дифференциальной диагностики стабильной и нестабильной стенокардии и инфаркта миокарда с зубцом Q

Лечение инфаркта миокарда

Общие принципы оказания помощи больным с ИМ.

- 1) Догоспитальный этап – осуществляется ВОП
- 2) Госпитальный этап. Помощь больным оказывается в специализированных кардиологических отделениях с блоком интенсивного наблюдения и терапии.

Догоспитальная помощь со стороны ВОП

- Обеспечение покоя
- Вызвать 03
- Проводят непрерывную ингаляцию кислорода через носовые канюли.
- Нитроглицерин, 300 мкг под язык.
- При брадикардии вводят атропин.
- Аспирин, 325 мг внутрь однократно.
- Морфин, 5 мг в/в струйно или инфузия со скоростью 1 мг/мин до исчезновения боли (максимальная доза 15мг), с метоклопрамидом (для предупреждения тошноты, 10 мг в/в струйно) или без него.
- Гепарин 10000 ед в/в
- Госпитализация

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА «КРУГЛОГО СТОЛА»

Цель: Вовлечение в процесс обсуждения темы всех студентов группы с одновременным контролем их знаний.

Основные положения методики:

По кругу пускается лист бумаги с заданием. Каждый студент записывает в него один из правильных по его мнению вариантов ответа и передает следующему участнику, который должен продолжить ответ своим вариантом. Во время обсуждения неправильные ответы зачеркиваются, что учитывается при выставлении итоговой оценки в конце занятия. Данный метод используется для стимулирования обмена идеями, повышает степень вовлеченности участников, учит аргументировать и отстаивать собственную точку зрения.

№	Оценка	отлично	хорошо	удовл	неуд	плохо
	Усвоение в %	100%- 86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% и ниже
1	Теоретическая часть	20-17,2 балл	17-14,2 балл	14-11 балл	10,8-7,4 балл	7,2 балл

4.2 Аналитическая часть

4.2.1. Ситуационные задачи:

1. У больной К 54 лет, внезапно появились сильные боли в области эпигастрии, тошнота, рвота, вздутие живота, чувства нехватки воздуха, слабость. В анамнезе ИБС и ГБ в течение 6 лет и хр. гастрит. Дома не регулярно принимал нитросорбид при болях в области сердца, и адельфан при повышении АД. Ухудшение состояние связывает с

эмоциональным напряжением и употреблением плова. Объективно: В легких везикулярное дыхание. ЧДД -24 р в 1 мин. Тоны сердца приглушены, аритмичные за счет ЭС, ЧСС 96 уд в 1 мин. АД 140/90 мм.рт.ст. Живот мягкий болезнен в области эпигастрии и правой подреберье. Печень и селезенка не пальпируются. ОАК: лейкоциты $17,4 \times 10^9$, СОЭ -10 мм/час, АСТ -0,6, ЛДГ- 2,4 ммоль/л, СРБ +.

1. Перечислите не менее 5 заболеваний, которые сопровождаются выше перечисленными симптомами;
2. Ваш полный предварительный диагноз;
3. Основные лабораторные изменения для уточнения диагноза (укажите сроки повышения);
4. Тактика ВОП;
5. Купирование болевого синдрома догоспитальном этапе.

№	Ответы	Баллы
1.	Инфаркт миокарда, перикардит, заболевание пищевода, язвенная болезнь желудка и 12 перстной кишки, панкреатит	20
2.	ИБС. Острый инфаркт миокарда абдоминальный тип с нарушением ритма ЭС. ГБ III ст. АГ III ст. Риск очень высокий	30
3.	Лейкоцитоз (несколько часов), СОЭ (со 2-3 дня), КФК (4 ч), тропанин Т (до развития ИМ), АЛТ (8-12ч.), АСТ(8-12ч.), ЛДГ1(в первые часы), миоглобин (2ч.), сахар крови (в первые часы), ЭКГ, ЭхоКГ	20
4.	Госпитализация в кардиореанимацию	10
5.	Проводят непрерывную ингаляцию кислорода через носовые канюли (2-4 л/мин); устанавливают катетер в периферическую вену; нитроглицерин, 300 мкг под язык; при брадикардии вводят атропин; аспирин, 300 мг внутрь однократно; морфин, 5 мг в/в струйно или инфузия со скоростью 1 мг/мин до исчезновения боли (максимальная доза 15мг), с метоклопрамидом (для предупреждения тошноты, 10 мг в/в струйно) или без него; нитраты в/в и внутрь, стрептокиназа, гепарин, кордарон	20

2. Мужчина 64 лет в течение 6 лет страдает с ГБ и ИБС. Лечился не регулярно. После психоэмоционального напряжения внезапно появились сердцебиение, перебои в работе сердца, одышка в состоянии покоя, общая слабость, чувство страха смерти, холодный пот. Объективно: Сознание ясное, больной беспокойный, возбужден. ЧСС 210 уд в 1 мин, пульс- 150 в минуту. АД – 130/80 мм.рт.ст. На ЭКГ: зубца Р отсутствует, во всех отведениях беспорядочные f волны, расстояние интервала R-R неодинаковые, в отведениях с V1 по V4 QRS комплекс виде QS, интервал ST выше изоэлектрической линии в виде купола.

1. Ваш полный предварительный диагноз;
2. Перечислите основные клинические варианты данного заболевания;
3. Основные лабораторные и инструментальные исследования для уточнения диагноза;
4. Перечислите клинические периоды и их продолжительность;
5. Тактика ВОП и лечение.

3. 71 летний мужчина рано утром проснулся от резкой боли в эпигастриальной области, иррадирующие в грудную клетку и спину. Позже появились общая слабость, изжога, отрыжка, тошнота и рвота с съеденной накануне пищей. Боль была продолжительная, не купировалась после приема но-шпы, инъекции анальгина с димедролом. В анамнезе больной в течение последних 20 лет страдал гипертонической болезнью. Последние годы беспокоят боли в области сердца, во время которых принимает нитроглицерин с хорошим

эффектом. Общее состояние больной тяжелое, кожные покровы чистые, бледные, влажные, на ощупь холодные. Сердце: тоны глухие, аритмичные, пульс 110 уд. в 1 мин., слабого наполнения и напряжения. АД 150/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный в области эпигастрии.

1. Перечислите не менее 5 заболеваний, которые сопровождаются выше перечисленными симптомами;
 2. Ваш полный предварительный диагноз;
 3. План обследования. Укажите основные симптомы «второго дня»;
 4. Перечислите ожидаемые осложнения раннего периода данного заболевания;
 5. Лечение.
-

4. Больной 58 лет, страдает сахарным диабетом и гипертонической болезнью. Курит. Ухудшение состояния в течение последней недели. После стресса появилась одышка, сухость во рту, головные боли. Сегодня в 4 часа утра проснулся от удушья, появился кашель с пенистой мокротой, камок в горле, дискомфорт в области сердца, чувство страха смерти. Был госпитализирован по «скорой» в отделении общей реанимации. Во время осмотра: над легкими с 2 -х сторон выслушиваются разнокалиберные влажные хрипы. Сог- ритм галопа, усиление и раздвоение II тона над легочной артерией. ЧСС 120 уд. в 1 мин. АД 160/100 мм рт. ст. На ЭКГ: синусовая тахикардия. В отведениях I, II, aVL, V4- V6 подъём сегмента ST от изолинии на 4 мм.

1. Перечислите не менее 5 заболеваний, которые сопровождаются выше перечисленными симптомами и ЭКГ изменениями;
 2. Ваш полный предварительный диагноз;
 3. План обследования;
 4. На фоне какого состояния наблюдаются атипичные формы данной патологии;
 5. Экстренная помощь с указанием дозы препаратов.
-

5. Больной 65 лет обратился к врачу по поводу приступов резкой слабости, одышки при незначительной физической нагрузке, приступы удушья в горизонтальном положении, сухой кашель. Из анамнеза в течение 10 лет страдает сахарным диабетом и в последние 3 года ИБС. Ухудшение состояния в течение 2 дней, связывает свое заболевание с переутомлением на работе и семейными неприятностями. Объективно: больной повышенного питания. Над легкими в нижних отделах ослабленное дыхание. Тоны сердца приглушены и ритмичные. ЧСС и пульс 100 уд в 1 мин. АД – 130/80 мм.рт.ст. Снята ЭКГ: Ритм синусовый, глубокий и широкий зубец Q и подъём интервала ST выше изолинии в отведениях V1- V4 и в A (по Небу).

1. Перечислите не менее 5 заболеваний, которые сопровождаются выше перечисленными симптомами и ЭКГ изменениями;
 2. Ваш полный предварительный диагноз;
 3. План обследования;
 4. Поздние осложнения данной патологии;
 5. Тактика ВОП и плановое лечение.
-

6. Больная Д, 62 лет, жалуется на головные боли, головокружение, шум в ушах, онемение, слабость и снижение чувствительности конечностей слева, снижение памяти, резкую слабость, плохой сон, одышку и сердцебиение пи незначительной физической нагрузке. Из анамнеза: В течение 8 лет страдает с ГБ и ИБС. Лечилась не регулярно. Ухудшение состояния связывает с эмоциональными и физическими напряжениями. При осмотре: Больная повышенного питания, кожные покровы бледные, влажные на ощупь. Сог - тоны приглушены, систолический шум на верхушке, акцент II тона на аорте. АД –170/100

мм.рт.ст. Ps – 100 уд. в мин., ритмичный. На ЭКГ: ритм синусовый. Подъем сегмента ST и глубокий, широкий зубец Q в I, II, а VL, V5-6 отведениях. Формируется отрицательный зубец T.

1. Перечислите не менее 5 заболеваний, которые сопровождаются выше перечисленными симптомами и ЭКГ изменениями;
 2. Ваш полный предварительный диагноз;
 3. План обследования;
 4. Тактика ВОП. Плановое лечение.
 5. Особенности дислипидемии при метаболическом синдроме.
-

7. Больной 59 лет заметил, что при выходе на улицу в холодную погоду у него появляется боль в правом плече. Боль прекращалась, как только он входил в подъезд ближайшего дома или магазина. После рентгенографии плечевого сустава врач назначил физиотерапевтические процедуры по поводу артроза. В течение 2 недель аналогичные боли повторялись неоднократно и усиливались. Сегодня утром больной проснулся от нехватки воздуха, удушья, дискомфорта в области сердца, боли в правом плече и сердцебиения, перебои в работе сердца, головокружения. Объективно: Над легкими жесткое дыхание. АД 100/60 мм.рт.ст. На ЭКГ: ритм синусовый, PQ интервал 0,18, 0,20, 0,22, 0,24 сек и выпадение QRST комплекса. ЧСС 106-100 уд. в 1 мин депрессия сегмента ST в V1-6, отрицательный зубец T в тех же отведениях.

1. Перечислите не менее 5 заболеваний, которые сопровождаются выше перечисленными симптомами и ЭКГ изменениями;
 2. Ваш полный предварительный диагноз;
 3. План обследования;
 4. Тактика ВОП и плановое лечение;
 5. Противопоказания к тромболитической терапии.
-

8. Больной 52 лет обратился к врачу по поводу приступов резкой слабости при ходьбе и в покое. Врач посоветовал отдохнуть, дал больничный лист и предложил принимать комплекс витаминов. Через неделю после появления приступов слабости развился трансмуральный инфаркт переднеперегородочной области. Через 1,5 года вновь стали возникать аналогичные приступы резкой слабости. Через несколько дней у больного на работе появилась боль в левой руке, головокружение, чувство нехватки воздуха. Была вызвана скорая помощь. На ЭКГ: Ритм синусовый. ЧСС 100 уд в 1 мин. Рубцовые изменения в переднеперегородочной области. В отведениях II, III, aVF высокий, заостренный зубец T и смещение сегмента ST выше изолинии куполом к верху. В отведениях I, aVL ST сегмент ниже изолинии.

1. Перечислите не менее 5 заболеваний, которые сопровождаются выше перечисленными симптомами и ЭКГ изменениями;
 2. Ваш полный предварительный диагноз;
 3. План обследования;
 4. Тактика ВОП и плановое лечение;
 5. Основные симптомы и проявления метаболического синдрома.
-

9. 48 летний больной, в течение 6 дней лечится в отделение кардиореанимации с диагнозом ОИМ переднеперегородочной области с зубцом Q. По клиническим и лабораторным данным была положительная динамика. Сегодня утром вновь появились боли загрудинной области с иррадиацией в левую руку, резкая слабость, приступ удушья. Некоторое улучшение состояния отмечалось после внутривенного введения 1,0 мл

морфина и 10 мл изокета на 100 мл изотоническом растворе натрия хлорида. На повторном ЭКГ: ритм синусовый ЧСС 100 уд. в 1 мин. В отведениях V1-3 QRS комплекс в виде QS, сегмент ST сближается к изолинии, отрицательный зубец T. А в отведениях V4-6 появился глубокий, широкий зубец Q и подъем сегмента ST выше изолинии. Частые политопные ЖЭ. Анализ крови: гемоглобин 120 г/л, лейкоциты $10,5 \times 10^9$ /л, СОЭ 10 м/ч, миоглобин 9,2 пкг/л, ЛДГ1-35%, СРП ++, сахар крови 7,1 ммоль/л.

1. Перечислите не менее 5 заболеваний или состояний, которые сопровождаются выше перечисленными симптомами и ЭКГ изменениями;
2. Ваш полный предварительный диагноз;
3. Перечислите основные признаки, подтверждающие Ваш диагноз;
4. Плановое лечение;

10. Больной 57 лет около месяца испытывает боли в области сердца с иррадиацией в левую руку при физической нагрузке, иногда приступы сердцебиения и перебои в работе сердца, головокружение, обмороки, снижение памяти, головные боли. В анамнезе в течение 5 лет страдает ИБС и ГБ. В 2004 году перенес ИМ. Объективно: Пер куторно признаки гипертрофии левого желудочка. Пульс 56 уд в 1 мин. АД 150/90 мм.рт.ст. На ЭКГ: Ритм синусовый ЧСС 50 уд. в мин. Рубцовые изменения в области задней стенки. При мониторингом наблюдении выявлено чередование выраженной брадикардии с пароксизмальной суправентрикулярной тахикардией, периоды мерцания и трепетания предсердий.

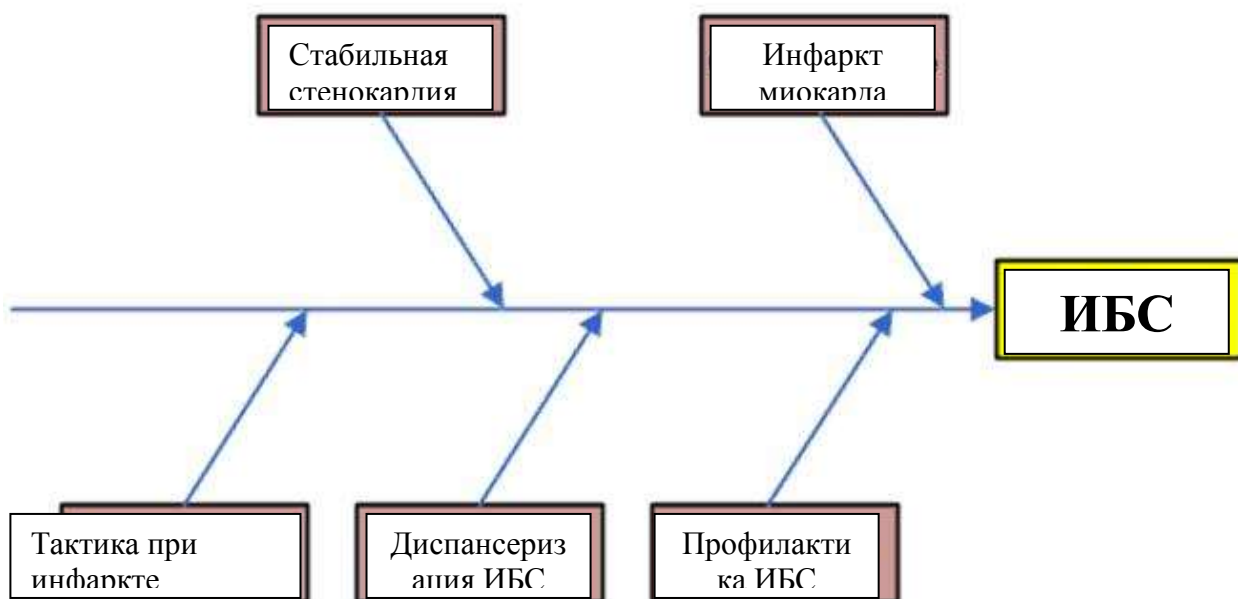
1. Ваш полный предварительный диагноз.
2. Информативные методы исследования.
3. Какие пробы проводятся для дифференциальной диагностики между регуляторными дисфункциями синусового узла и СССУ (укажите конкретно).
4. Тактика ВОП и принципы лечения.

№	Оценка	отлично	хорошо	удовл	неуд	плохо
	Усвоение в %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% и ниже
2	Ситуационная задача	50-43 балл	42,5- 35,5 балл	35- 27,5 балл	27-18,5 балл	18 балл

№	Оценка	отлично	хорошо	удовл	неуд	плохо
	Усвоение в %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% и ниже
3	Тест	15-12,9 балл	12,7-10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5 балл	5,4 балл

4.2.2 графический органайзер: «Рыбий скелет»

Цель схемы «рыбьего скелета» описать целый круг поле проблемы и попытаться решить ее, развивает и активизирует системное, творческое, аналитическое мышление.



Ход схемы: студенты знакомятся с правилами построения схемы. Индивидуально или в парах записывают на верхней косточке формулировку подпроблем, а на нижней – факты подтверждающие что данные проблемы существуют.

Объединяются в мини группы, сравнивают и дополняют свою схему. Далее проводят презентацию результатов. Презентация заполненной схемы позволяет продемонстрировать взаимосвязь подпроблем. Их комплексный характер.

4.3. Практическая часть

Перечень навыков, которым ВОП должен владеть после завершения занятий по данной тематике

1. Провести осмотр больных с болями в области сердца (стенокардия и ИМ).
2. Интерпретация анализов, данных лабораторно-инструментальных исследований (клинические и биохимические анализы крови, мочи, ЭКГ, ЭхоКГ) больных с болями в области сердца (стенокардия и ИМ).
3. Выписывание лекарственных препаратов при стенокардии и ИМ в зависимости от стадии.

Боли в области сердца

Стабильная и нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда

№	Оценка	отлично	хорошо	удовл	неуд	плохо
	Усвоение в %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% и ниже
4	Практическая часть	15-12,9 балл	12,75-10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5-балл	5,4 балл

5. Формы контроля знаний, навыков и умений

- Устно
- Письменно
- Решение ситуационных задач
- Демонстрация освоенных практических навыков

5.1. Критерии оценок знаний и умение практических навыков студентов.

№	Оценка	отлично	хорошо	удовл	неуд	плохо
	Усвоение в %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% и ниже
1	Теоретическая часть	20-17,2 балл	17-14,2 балл	14-11 балл	10,8-7,4 балл	7,2 балл
2	Ситуационные задачи	50-43 балл	42,5-35,5 балл	35- 27,5 балл	27-18,5 балл	18 балл
3	Тест	15-12,9 балл	12,7-10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5 балл	5,4 балл
4	Практическая часть	15-12,9 балл	12,75-10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5- балл	5,4 балл

6. Критерии оценки текущего контроля

Уровни оценок	Рейтинг баллы	Характеристика работы студента
	20	Балл присутствия на практическом занятии. Полное отсутствие уровня знаний и не умение выполнить практический навык – студент абсолютно не готов к практическому занятию.
Не удовлетворительно	20 - 54,9	<p>Студент отвечает неудовлетворительно. Студенты не владеет базовыми уровнями знаний и навыков, хотя бы одного из нижеперечисленных:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Не знает клинические признаки стенокардии и инфаркта миокарда • Не знает догоспитальную помощь больным с инфарктом миокарда • Не знает факторы риска при ИБС • Не знает групп препаратов при лечении ИБС. Стабильных стенокардиях. • Не может указать на ЭКГ признаки ишемии, повреждения и некроза • Не способен собрать рациональный анамнез во время курации больных со стенокардией и инфарктом миокарда. • Во время курации не способен объективно оценить состояние больных со стенокардией и инфарктом миокарда • Не способен рационально составлять план обследования больных с ИБС в условиях СВП или СП.
Обеспечение базового уровня знаний и навыков		
Удовлетворительно	55-60,9	Удовлетворительный ответ низкого качества. Студент старается владеть базовыми уровнями знаний и навыков (см.ниже), но при ответе или выполнении навыков допускают серьезные ошибки.
55-70,9%	61-65,9	Удовлетворительный ответ средней степени.

		<p>Студент владеет базовыми уровнями знаний и навыков (см.ниже), но при ответе или выполнении навыков допускают ошибки (возможны отдельные погрешности)</p>
	66-70,9	<p>Удовлетворительный ответ высокого качества.</p> <p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Знает клинические признаки стенокардии и инфаркта миокарда • Может дифференцировать стенокардию от инфаркта миокарда по субъективным, объективным и лабораторно-инструментальным данным • Знает догоспитальную помощь больным с инфарктом миокарда • Знает факторы риска при ИБС • Знает группы препаратов при лечении ИБС • Может указать на ЭКГ признаки ишемии, повреждения и некроза • Может установить наличие инфаркта миокарда на основании ЭКГ • Способен собрать рациональный анамнез во время курации больных со стенокардией и инфарктом миокарда. • Во время курации способен объективно оценить состояние больных со стенокардией и инфарктом миокарда • Может интерпретировать результаты лабораторно-инструментальных методов исследований – может указать о наличие гиперхолестеринемии, лейкоцитоза, повышенного КФК и СОЭ. • Может показать технику регистрации ЭКГ • Способен рационально составлять план обследования больных с ИБС в условиях СВП или СП. • Способен корректно заполнять дневник больного.
Продвинутый уровень знаний		
<p>Хорошо</p> <p>71-85,9%</p>	71-75,9	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (указанные в пункте «66-70,9») + владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Знает стадии инфаркта миокарда • Знает классификацию ИБС • Знает механизм действия лекарственных препаратов • Рационально выбрать лекарственных препаратов, используемых при лечении ИБС.

	76-80	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «71-75,9», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Знает патогенез ИБС • Знает принципы первичной, вторичной и третичной профилактики ИБС
	81-85,9	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «71-75,9» и «76-80», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Может указать локализацию инфаркта миокарда на основании ЭКГ признаков. • Принципы ведения, наблюдения и мониторинга больных ИБС в условиях СВП или СП. • Умеет провести консультацию по вопросам немедикаментозных и медикаментозных советов с использованием навыков МЛЮ. • Принципы диспансеризации и реабилитации больных с ИБС в условиях СВП или СП
	86-90	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «81-85,9», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Знает принципы лечения острого инфаркта миокарда • Знает показания и противопоказания коронарографии • Умеет предоставлять достоверную информацию о стенокардии и инфаркте миокарде на основании интернет данных
Отлично 86-100%	91-95	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «86-90», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Знает эхокардиографические признаки инфаркта миокарда
	96-100	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «91-95», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Предоставил научные данные на основе литературы (статьи и интернет) • Знает показания и противопоказания стентирования и АКШ

Примечание: Базовый уровень знаний и навыков – это минимум знаний, который обеспечивает принцип «безопасности» для пациента.

7.Контрольные вопросы

1.Патогенез ИМ.

2. Периоды течения ИМ.
3. Клиническая картина ИМ.
4. Варианты клинического течения ОИМ.
5. Типичные признаки болевого синдрома при ИМ.
6. ЭКГ-диагностика ОИМ.
7. Дифференциальная диагностика стенокардии с инфарктом миокарда.
8. Лабораторная диагностика ИМ.
9. Лечение и реабилитация больного с ИМ.

8. Рекомендуемая литература

Основные

- 1) Ички касалликлар, Бобожанов С. Т: Янги аср авлод, 2008
- 2) Ички касалликлар, Камолов Н.Н., 1991
- 3) Внутренние болезни, том 1 Мухин Н.А. М.: ГЭОТАР - Медиа, 2009
- 4) Textbook of Internal Medicine Editor-in-Chief William N. Kelley 1997

Дополнительные

- 1) Умумий амалиёт врачлар учун маърузалар туплами , Гадаев А.Г., Т., 2012
- 2) Общая врачебная практика, Под ред. Ф.Г. Назирова, А.Г. Гадаева. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
- 3) Справочник врача общей практики. Дж. Мёрта. М.: Практика, 1998.
- 4) Сборник практических навыков для врачей общей практики. Гадаев А., Ахмедов Х.С. Т., 2010.
- 5) Умумий амалиёт врачлар учун амалий куникмалар туплами Гадаев А.Г., Ахмедов Х.С., 2010.
- 6) Терапевтический справочник Вашингтонского Под ред. М. Вудли М.: Практика, 2000.
- 7) Умумий амалиёт шифокори учун кулланма Ф.Г. Назиров, А.Г. Гадаев тахр. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.
- 8) Диагностика болезней внутренних органов. Окороков А.Н. Т 1 2005.
- 9) Лечение болезней внутренних органов. Окороков А.Н. Все томы. 2005.
- 10) Дифференциальный диагноз внутренних болезней. Виноградов А.В. М.: Медицинское информационное агенство, 2009.
- 11) Внутренние болезни: учебник.- в 2-х т. (1т) Под ред. Мартынова и др. М.: ГЭОТАР - Медиа, 2005:

Интернет ресурслар:

<http://elibrary.ru> <http://www.freebooks4doctors.com/>
<http://www.medscape.com/> <http://www.mededucation.net/>
<http://www.thecochranelibrary.com>

Интернет медицина сайтлари:

Med.-site.narod.ru
www.medtext.ru
www.medkniga.ru
www.cardioline.ru

9. Хронологическое содержание занятия

Время	Мероприятие	Содержание	Материалы	Продолжительность занятия
8.30– 9.30	Утренняя	Доклад дежурных врачей и	Истории болезни,	1 час

	конференция	субординаторов по дежурству.	кодоскоп.	
9.15-10.00	Клинический аудит выписывающихся больных.	Подробный доклад студентов о выписываемых больных.		45 минут
10.05-10.45	Теоретический разбор темы	Проверка исходного уровня подготовленности студентов с использованием метода “тур по галерее”. Студентам раздаются ситуационные задачи по данной теме, они должны анализировать и дать заключение	Ситуационные задачи, таблицы, соответствующие теме занятия, учебные доски.	40 минут
10.45 - 11.05.	Проработка практических навыков.	Студент под надзором преподавателя должен выполнить минимум два практического навыка.	Больной или волонтер.	20 минут
11.05-11.45	Курация больных В отделении кардио-логии и кардиореанимации	Каждый студент курирует больных определенной палаты.	Больной, фонендоскоп, тонометр, история болезни (с данными клинико-лабораторных исследований).	40 минут
11.45-12.15	Перерыв			
12.20-14.00	Разбор тематического больного	По выбору педагога проводится полный осмотр больного по теме занятия или пациентов, готовящихся к выписке, анализ данных лабораторно-инструментального исследования, обоснованием предварительного диагноза. Определяется план лечения с дозами препаратов	Больной, фонендоскоп, тонометр, история болезни (с данными клинико-лабораторных исследований).	1 час

ТРЕБОВАНИЯ К ЗНАНИЯМ, УМЕНИЯМ И НАВЫКАМ ПРИ ОБУЧЕНИИ СТУДЕНТОВ НА ОСНОВЕ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНЫМИ ШУМАМИ И КАРДИОМЕГАЛИЕЙ

Цель: Научить студентов курсов посиндромальному решению проблемы больных с сердечными шумами и кардиомегалией, а также принципам их ведения в условиях первичного звена здравоохранения в рамках квалификационной характеристики ВОП

Основные задачи обучения:

- Обучить студентов в решении проблемы, связанной с сердечными шумами и кардиомегалией
- Обучить студентов своевременной диагностике при наличии проблемы, связанной с сердечными шумами и кардиомегалией.
- Обучить студентов отдифференцировать болезни, сопровождающиеся с сердечными шумами и кардиомегалией.
- Усовершенствовать необходимые знания, умения и практические навыки при решении проблемы пациентов с сердечными шумами и кардиомегалией (сбор информации, выявление проблемы и физикальный осмотр, а также умение обоснованно назначать лабораторно-инструментальные методы исследования);
- Обучить студентов обоснованно выбрать тактику ведения;
- Обучить студентов обоснованно осуществлять лечебно-профилактических мер и наблюдению в условиях СВП и СП.

При разборе данной проблемы больных ключевыми моментами оценки знаний студентов должны быть:

- 1) Умение выделить основную проблему, которая отразилась на качестве жизни больных.
- 2) Умение задавать вспомогательные вопросы рационального анамнеза.
- 3) Умение выделить наличие факторов риска.
- 4) Умение перечислить заболевания или состояния, которые могут быть причиной данной проблемы.
- 5) Умение обоснованно провести физикальный осмотр.
- 6) Умение обоснованного назначения лабораторно-лабораторных исследований в условиях СВП или СП.
- 7) Умение выделить необходимость дополнительных исследований за пределами СВП или СП.
- 8) На основании полученной информации умение установить основную причину (диагноз) данной проблемы.
- 9) Умение определить тактику ведения на основании квалификационной характеристики ВОП.
- 10) Умение давать немедикаментозные советы.
- 11) Умение определить медикаментозное лечение на основании доказательной медицины
- 12) Умение определить профилактических мер на уровне первичного звена здравоохранения.
- 13) Умение определить принципы диспансеризации и реабилитации больных в условиях СВП или СП.

Что должен знать студент при решении проблемы пациентов с сердечными шумами и кардиомегалией:

№	Перечень знаний	Базовый уровень
1	Перечень заболеваний, которые протекают с сердечными шумами и кардиомегалией.	Студент должен знать как минимум 10 наиболее часто встречаемых заболеваний
2	Перечень наиболее опасных заболеваний, которые протекают с сердечными шумами и кардиомегалией.	Студент должен знать как минимум 5 заболеваний
3	Перечень состояний, требующие ведения в условиях СВП или СП (1-категория)	Согласно квалификационной характеристики ВОП
4	Перечень состояний, требующие консультации узкого специалиста или госпитализаций (2-категория)	Согласно квалификационной характеристики ВОП
5	Перечень исследований, требующие проведения в условиях СВП или СП (3.1-категория)	Согласно квалификационной характеристики ВОП
6	Перечень исследований, требующих направлений за пределы СВП или СП (3.2-категория)	Согласно квалификационной характеристики ВОП
7	Основные гемодинамические изменения при пороках сердца	Студент должен знать: - механизмы гипертрофии отделов сердца - признаки компенсации и декомпенсации
8	Основные признаки недостаточности кровообращения по малому кругу	Студент должен перечислить.
9	Основные признаки недостаточности кровообращения по большому кругу	Студент должен перечислить.
10	Ключевые моменты (критерий) диагностики заболеваний, протекающие с сердечными шумами и кардиомегалией	Студент должен знать отличительные признаки и проявления каждого заболевания, а также критерии их диагностики.
11	Симптомы поражения внутренних органов	Студент должен знать признаки поражения сердца, легких, печени, селезенки, почек.
12	Признаки сердечной недостаточности	Студент должен перечислить основные проявления
13	Признаки асцита	Студент должен перечислить основные проявления
14	Показатели лабораторно-инструментальных методов исследований	Студент должен знать: - нормативные показатели
15	Лечебная тактика	Студент должен знать методы и принципы лечения (в том числе немедикаментозные).
16	Принципы первичной, вторичной и третичной профилактики	Студент должен знать основные мероприятия, необходимые для первичной, вторичной и третичной профилактики
17	Принципы диспансеризации и реабилитации больных в условиях	Студент должен перечислить основные мероприятия по диспансеризации и

СВП или СП (4-категория)	реабилитации
--------------------------	--------------

Что должен уметь студент при решении проблемы пациентов с сердечными шумами и кардиомегалией:

	Перечень навыков	Базовый уровень
1	Расспросить больного и его родственников	<ul style="list-style-type: none"> • Студент должен уметь задавать лаконичные вопросы рационального вопроса, которые действительно помогает в установке вероятного диагноза. • Студент должен уметь целенаправленно выявлять и оценивать жалобы пациента. • Студент должен уметь анализировать анамнез заболевания: начало заболевания, первые симптомы, причинная их связь и динамика развития. • Студент должен уметь анализировать анамнез жизни: выявление факторов риска, здоровье родителей и ближайших родственников.
2	Выявить факторы риска	Студент должен уметь выявить неуправляемые и управляемые факторы риска как при расспросе больного, так на основании объективного подхода
3	Рассчитать индекс масса/тела	Студент должен уметь выявить признаки: <ul style="list-style-type: none"> - недостаточности веса - повышенного веса.
4	Измерить артериальное давление.	Студент должен уметь провести тонометрию с учетом пошагового принципа.
5	Провести осмотр кожи	Студент должен уметь обнаружить наличие: <ul style="list-style-type: none"> -бледности - цианоза, - иктеричности, -наличие высыпаний
6	Исследовать пульс на сонных, лучевых и бедренных артериях	Студент должен уметь обнаружить: <ul style="list-style-type: none"> - наличие или отсутствие пульса Студент должен уметь оценить свойства лучевой артерии.
7	Провести пальпацию, перкуссию и аускультацию органов дыхания.	Студент должен уметь оценить: <ul style="list-style-type: none"> - экскурсию грудной клетки - голосовое дрожание - изменение легочного звука и их интерпретация - типы дыхания - наличие дыхательных шумов и хрипов
8	Провести пальпацию области сердца	Студент должен уметь выявить: <ul style="list-style-type: none"> - сердечный толчок - систолическое и диастолическое дрожание Студент должен уметь оценить верхушечный толчок.
9	Провести перкуссию сердца	Студент должен уметь определить: <ul style="list-style-type: none"> - границы относительной и абсолютной тупости сердца - границы сосудистого пучка

		<ul style="list-style-type: none"> - поперечник сердца - конфигурацию и талию сердца. <p>Студент должен уметь выявить:</p> <ul style="list-style-type: none"> - признаки гипертрофии отделов сердца - митральную конфигурацию - аортальную конфигурацию
10	Провести аускультацию сердца	<p>Студент должен уметь выявить:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ослабление I и II тона - усиление I тона на верхушке - акцента II тона на аорте или легочной артерии - систолический и диастолический шум, а также выявить их эпицентр <p>Уметь отдифференцировать функциональные сердечные шумы от органических.</p> <ul style="list-style-type: none"> - шума трения перикарда
11	Провести пальпацию, осмотр, перкуссию живота	<p>Студент должен уметь выявить наличие:</p> <ul style="list-style-type: none"> - асцита <p>Студент должен уметь выявить:</p> <ul style="list-style-type: none"> - гепатомегалию <p>Студент должен уметь оценить:</p> <ul style="list-style-type: none"> - всех доступных образований в брюшной полости
12	Осмотреть конечности	<p>Студент должен осмотреть конечности и тела и уметь обнаружить:</p> <ul style="list-style-type: none"> - местный или генерализованный отек. Пальцам должен уметь надавить на тыльную поверхность стопы и обнаружить: - появляется ямка или нет.
13	Провести осмотр костно-суставной системы	<p>Студент должен уметь обнаружить:</p> <ul style="list-style-type: none"> - наличие суставного синдрома
14	Обследовать щитовидную железу.	<p>Студент должен уметь осмотреть и пропальпировать щитовидную железу и выявить признаки увеличения, а также различить степени зоба</p>
15	Интерпретировать клинические и биохимические анализы	<p>Студент должен уметь выявить признаки:</p> <ul style="list-style-type: none"> - органических поражений
16	Интерпретировать рентген снимок легких	<p>Студент должен уметь выявить признаки:</p> <ul style="list-style-type: none"> - изменение размеров сердца
17	Снять ЭКГ и расшифровать ее	<p>Студент должен уметь регистрировать ЭКГ с учетом пошагового принципа.</p> <p>Студент должен уметь расшифровать результаты ЭКГ и выявить признаки:</p> <ul style="list-style-type: none"> - гипертрофии отделов сердца - нарушений ритма сердца
18	Отдифференцировать болезни, сопровождающиеся кардиомегалией и сердечными шумами	<p>Студент должен уметь отдифференцировать болезни на основании отличительных черт (анамнез, объективный осмотр и лабораторно-инструментальные исследования)</p>
19	Дать немедикаментозные советы	<p>Студент должен уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - обучить больных по самоконтролю

		- консультировать по диете - консультировать по ведению здорового образа жизни
20	Рационально использовать лекарственные средства при лечении заболеваний, протекающие с сердечными шумами и кардиомегалией.	3. Студент должен уметь выбрать препараты с доказанной эффективностью. 4. При выборе препарата студент должен уметь оценить: - эффективность - безопасность - приемлемость - экономичность.
21	Провести мониторинг и наблюдение больных	Студент должен перечислить принципы ведения и наблюдения заболеваний, протекающие с сердечными шумами и кардиомегалией в условиях СВП или СП.

Практическое занятие № 19.

Тема: Сердечные шумы и кардиомегалия. Дифференциальная диагностика Оценка функциональных (миокардиальные, при изменении крови, лихорадках,) и органических (при пороках сердца) шумов сердца. Тактика ВОП.

Технология обучения

Учебное время: 6,4 часа	Количество студентов 8-10
Структура учебного занятия	<ol style="list-style-type: none"> 1. Учебный тематический кабинет кафедры. 2. Учебные пособия 3. Больничные палаты. 4. Телевизор, видео аппаратура, оверхейт, мультимедиа. ЭКГ аппарат, компьютер с презентацией занятия.
Цель учебного занятия: Научить студентов дифференциальной диагностике шумов на верхушке сердца и на аорте (органические и функциональные), установке их причин, а также диагностике приобретенных митральных пороков сердца.	

<p>Педагогические задачи:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Рассмотреть вопросы дифференциальной диагностики шумов на верхушке сердца и на аорте (органические и функциональные). 2. Продемонстрировать больных с шумами на верхушке сердца и на аорте (органические и функциональные). 3. Рассмотреть вопросы лабораторно-инструментальных исследований при наличии шума на верхушке сердца и на аорте (органические и функциональные). 4. Научить студентов тактике ведению больных при наличии шума на верхушке сердца и на аорте (органические и функциональные). 5. Разъяснить показания и противопоказания к хирургическому лечению при митральных и аортальных пороках сердца. 	<p>Результаты учебной деятельности:</p> <p><u>ВОП должен знать:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Причины возникновения шумов на верхушке сердца и на аорте (органические и функциональные) 2. Клинические проявления заболеваний с функциональными шумами на верхушке сердца и на аорте. 3. Клинические проявления заболеваний с органическими шумами на верхушке сердца и на аорте. 4. Диагностику различных заболеваний с шумами на верхушке сердца и на аорте. 5. Дифференциальную диагностику различных видов приобретенных митральных и аортальных пороков сердца. 6. Тактику ВОП при митральных и аортальных пороках сердца. 7. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. <p><u>ВОП должен уметь:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Анализировать данные жалоб и анамнеза для диагностики заболеваний с функциональными и органическими шумами на верхушке сердца и на аорте. 2. Диагностировать заболевания с функциональными и органическими шумами на верхушке сердца и на аорте. 3. Дифференцировать по клинике и данным лабораторно-инструментальных исследований заболеваний с функциональными и органическими шумами на верхушке сердца и на аорте. 4. Тактику ведения при заболеваниях с функциональными и органическими шумами на верхушке сердца и на аорте в условиях СВП или СП.
<p>Методы обучения</p>	<p>Лекция, ситуационные задачи, тесты, демонстрация, видеопросмотр, дискуссия, беседа, обучающая игра мозговой штурм.</p>
<p>Формы организации учебной деятельности</p>	<p>Индивидуальная работа, работа в группах, коллективная, аудиторная, внеаудиторная.</p>
<p>Средства обучения</p>	<p>Учебные пособия, раздаточный материал, сборник ситуационных задач и тестов, набор ЭКГ. Телевизор, видео аппарата, мультимедиа.</p>
<p>Способы и средства обратной связи</p>	<p>Блиц-опрос, тестирование, презентация результатов выполнения учебного задания, заполнение амбулаторных карт, выполнение практического навыка «снятие ЭКГ, расшифровка ЭКГ»</p>

Тема: Сердечные шумы и кардиомегалия. Дифференциальная диагностика Оценка функциональных (миокардиальные, при изменениях крови, лихорадках,) и органических (при пороках сердца) шумов сердца. Тактика ВОП.

1. Технологическая карта занятия

№	Этапы практического занятия	Форма занятия	Длительность занятия 225
		Место проведения	
1	Вводная часть (обоснование темы)		10
2	Обсуждение темы практического занятия с применением новых педагогических технологий ("трехступенчатое интервью"), а также демонстрационного материала (таблицы, плакаты, рентгенограммы.ЭКГ), определение исходного уровня.	Опрос, обсуждение Учебная комната практических навыков	40
3	Вывод обсуждения		10
4	Определение задания для выполнения практической части - профессиональный расспрос. Объяснение положений и рекомендаций для выполнения задания по заполнению истории болезни	Обсуждение Учебная комната	20
5	Освоение практической части занятия под руководством преподавателя.	Проф. расспрос. Беседа с больными и заполнение истории болезни, ситуационные задачи. Кардиологическое, ревматологическое отделение клиники	20
6	Интерпретация данных обследования больных-жалобы, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация больных, а также исследования ОАМ, ОАК, мокроты на МБТ	Истории болезни, лабораторные данные ситуационные задачи	25
7	Обсуждение теоретических, практических знаний студентов, закрепление материала, определение уровня усвоения оценкой знаний.	Устный опрос, тесты, обсуждение, определение практических навыков Кардиологическое и ревматологическое отделение клиники	75
8	Определение вывода по теме практического занятия, оценка по 100 бальной системе и объявление оценок. Домашнее задание следующего практического занятия (сборник вопросов).	Информация, вопросы для самостоятельной работы. Учебная комната	25

2.Мотивация

Врачу первого контакта приходится выявлять во время профилактических осмотров больных с шумами в области верхушки сердца, которые часто являются прямым признаком порока сердца. Но эти шумы могут быть функциональными или органическими. В этой ситуации усилие ВОП направляется на уточнение причин шумов, диагностику и установления разновидности порока сердца (при наличии органических шумов). В случае диагностики пороков сердца предстоит решать вопрос об определении группы больных, подлежащих лечению в условиях СВП или СП, или направлении в специализированные стационары. Эти и другие обстоятельства являются основанием для включения данной тематики в программу подготовки ВОП.

3.Межпредметные и внутрипредметные связи

Анатомия, гистология с эмбриологией и цитологией, биология, нормальная физиология, биохимия, патологическая анатомия, патологическая физиология, топографическая анатомия и оперативная хирургия, пропедевтика внутренних болезней, рентгенология и медицинская радиология, физиотерапия, эндокринология, факультетская терапия, госпитальная терапия.

4.Содержание занятия

4.1 Теоретическая часть

В теоретической части занятия последовательно рассматриваются следующие вопросы:

Кардиомегалия – значительное увеличение размеров и массы сердца. Увеличенными могут быть одна, несколько или все камеры сердца. Размеры и конфигурация сердца зависят от пола, возраста человека и др. Поэтому термин «кардиомегалия» является в определенной степени относительным понятием.

Нередко врачу общей практики приходится сталкиваться с состояниями и заболеваниями, сопровождающимися увеличением размеров сердца. Поэтому определить их причины, оценить тяжесть и прогноз, а также выбрать правильно врачебную тактику ведения такого больного чрезвычайно важно.

Многие заболевания и состояния могут привести к увеличению размеров сердца.

Причины истинной кардиомегалии:

Ишемическая болезнь сердца; постинфарктный кардиосклероз, инфаркт миокарда, аневризма левого желудочка, АГ, кардиомиопатии, врожденные и приобретенные пороки сердца, миокардиты, перикардиты.

Миокардиодистрофии, вызванные заболеваниями эндокринной системы.

Вызванные электролитными нарушениями (недостаток фосфора, магния).

Хронические заболевания легких, опухоли сердца, тяжелая анемия, хр. почечная недостаточность.

Причины физиологической кардиомегалии

Беременность, «сердце спортсмена».

Причины псевдокардиомегалии

Выпот в полость перикарда, высокое стояние диафрагмы (при повышении внутрибрюшного давления, гепатомегалии и др.).

Экссудативные плевриты с большим количеством выпота.

Синдром прямой спины (отсутствие физиологического изгиба грудного отдела позвоночника, впалая грудина).

Миокардиты - воспалительные заболевания сердечной мышцы различной этиологии.

Диагностика миокардитов.

Основана на наличии клинических симптомов поражения сердца и результатов дополнительных методов исследования.

1. Периферические симптомы: бледность, цианоз губ, повышение температуры.
2. Симптомы поражения сердечно-сосудистой системы:
 - Болевой симптома (продолжительные тупые, колющие боли в сердце с отсутствием эффекта от нитратов);
 - Объективные признаки поражения сердца: ослабление верхушечного толчка, расширение границ сердца, диастолический ритма галопа или (и) систолический шума, глухость сердечных тонов, снижение артериального давления, нарушение частоты и ритма сердечной деятельности;
 - Признаки сердечно-сосудистой недостаточности по левожелудочковому типу или (и) по правожелудочковому типу (одышка, набухание шейных вен, влажные хрипы над легкими, увеличение печени, отеки на ногах);
3. Связь заболевания с этиофактором и наличие продромального периода.
4. Данные дополнительных методов исследований, подтверждающих поражение сердца:
 - ЭКГ: переходящие изменения сегмента ST и зубца T;
 - ЭхоКГ и рентгенография сердца - увеличение размеров сердца;
 - Острофазовые показатели: ускорение СОЭ, эозинофилия, нейтрофильный лейкоцитоз, увеличение сиаловой кислоты, фибриногена, положительный С-реактивный белок, диспротеинемия с увеличением глобулиновой фракции, повышение уровня сердечных изоферментов.

Анемия – состояние, характеризующееся уменьшением содержания гемоглобина в единице объема крови. Анемия может быть самостоятельным заболеванием, так и проявлением или осложнением других болезней (синдромов). Причины возникновения и механизмы развития их различны.

Клинические симптомы: 1. Общая слабость, снижение работоспособности, головокружение, шум в ушах, одышка, сердцебиения, снижение аппетита, затруднение при глотании, нарушение менструаций. 2. Бледность и сухость кожи, видимых слизистых оболочек, выпадение волос, ломкость и исчерченность ногтей, трещины в углах рта. 3. ССС: гипотензия, тахикардия, расширение левой границы сердца, глухость тонов, систолический шум на верхушке, снижение зубцов T и сегмента S-T на ЭКГ.

Недостаточность митрального клапана

Этиология: ревматизм, септический эндокардит, атеросклероз, системные заболевания соединительной ткани.

Клиника: В стадии компенсации жалоб нет.

В стадии декомпенсации - одышка, сердцебиение, перебои и боли в области сердца, при развитии застоя в легких – кашель, кровохаркание, приступы сердечной астмы, отеки на ногах, акроцианоз, увеличения болезненная печень, набухание шейных вен. При осмотре: *facies mitralis*; «сердечный горб» (если парок с детства), смещение верхушечного толчка влево - усиленный, разлитой. При перкуссии: увеличение относительной тупости сердца влево и вверх. Аускультативно: ослабление I тона на верхушке (до его отсутствия), часто выслушивается у верхушки III тон, акцент и расщепление II тона над легочной артерией, систолический шум на верхушке мягкий, дующий или грубый с музыкальным оттенком в зависимости от выраженности клапанного дефекта, проводится в подмышечную область; если по передней - левому края груди.

Рентгенография в переднее -задней проекции: закругление четвертой дуги по левому контуру, выбухание третьей дуги в первой косой и левой боковой проекциях (отклонение пищевода по дуге с радиусом больше 6 см). Рентгеноскопия: симптом систолической экспансии - при выраженной митральной недостаточности наблюдается выбухание левого предсердия, где этот отдел сердца смещает контрастированный пищевод по дуге с большим радиусом. Возможен также феномен выбухания ушка левого

предсердия на правый контур сердца, а также коромыслообразное движение в месте соприкосновения ЛП с контуром ЛЖ, расширение корней легких с нечеткими контурами.

ЭКГ - гипертрофия ЛЖ и ЛП, блокада левой ножки пучка Гиса. ФКГ - снижение амплитуды I тона над верхушкой, III тон занимает всю систолу, СШ связан с I тоном, убывающий.

ЭхоКГ - дискордантность движения передней и задней створки, признаки фиброза и кальциноза. Увеличение скорости движения передней створки, признаки фиброза.

Стеноз митрального отверстия - сужение левого атеровентрикулярного отверстия (в норме 4-6 см², «критический площадь» -1-1,5 см²).

Этиология: ревматизм, компонент болезни Лютембаше. В стадии компенсации жалобы у больных могут отсутствовать, при декомпенсации появляются сухой кашель, кровохарканье, сердцебиение, перебои в работе сердца, отеки на ногах, колющие боли в области сердца, при выраженной декомпенсации – боли и тяжесть в области правой подреберье, асцит. При осмотре - “*facies mitralis*”, акроцианоз, у детей плохое физическое развитие, инфантилизм, “сердечный горб”, пульсация в эпигастрии за счет правого желудочка, отсутствие верхушечного толчка, диастолическое дрожание.

Перкуторно: границы сердца увеличены вверх и вправо; аускультативно: I хлопающий тон над верхушкой сердца, щелчок открытия митрального клапана, акцент II тона над ЛА, препротодиастолический шум над верхушкой.

ФКГ – усиленный, с большой амплитудой II тон над ЛА, щелчок открытия МК, премезопротодиастолический шум. ЭКГ - гипертрофия ЛП и ПЖ.

Рентгенографическое исследование: митральная конфигурация сердца при контрастировании пищевода в боковой проекции, смещение пищевода по дуге малого радиуса, скошенность дуги ЛЖ.

ЭхоКГ - однонаправленное движение передней и задней митральных створок вперед диастолы, снижение скорости раннего диастолического раскрытия передней створки, уменьшение амплитуды движения передней створки, ЛЖ не расширен, хорошо лоцируется правый желудочек, гипертрофия ЛП, застой в малом круге кровообращения. Метод позволяет определить степень стенозирования и наличие фиброза и кальциноза створок.

В практической деятельности врача распознавание митрального стеноза основывается прежде всего на аускультативных данных. Однако в ряде случаев митрального стеноза его аускультативные признаки (ДШ на верхушке, хлопающий I тон) могут отсутствовать, что часто бывает у лиц пожилого возраста, при мерцательной аритмии и особенно при сочетании этих факторов. В таких случаях мысль о возможности МС может возникнуть при выслушивании тона открытия МК, выраженной правограмме на ЭКГ - типичной для этого порока конфигурации сердца. Причиной этих изменений аускультативной картины могут быть слабая выраженность митрального стеноза или изменение сердечной мышцы в результате ИБС. Наряду с этим, аускультативно характерные признаки МС появляются при ряде других патологических состояний. Так, пресистолический шум на верхушке иногда определяется при недостаточности клапанов аорты (шум Флинта), при трикуспидальном стенозе, когда максимум шума может выслушиваться в проекции МК; при тяжелой легочной гипертензии различного генеза наряду с шумом Грехема-Стилла. При митральном пороке с выраженным стенозом и митральной недостаточности площадь МО 0,5 см², и не больше 1 см², волна регургитации незначительна. Клиническая картина похожа на чистый МС. На этом фоне отчетливо обращает на себя внимание те или иные признаки регургитации: СШ на верхушке, усиленный верхушечный толчок, I тон может быть хлопающим или ослабленным, что характерно для МН.

Пролапс митрального клапана –выбухание, выпячивание или даже выворачивание одной или обеих створок МК в полость левого предсердия.

Клиника: Субъективные проявления: боли в области сердца, особенно в период волнений, не связаны с физической нагрузкой, не купируются нитроглицерином, носят постоянный характер, перебои в области сердца, сердцебиения. Аускультация- изолированный мезодиастолический или поздний систолический щелчок, или только поздний СШ, или сочетание того и другого. Систолический щелчок и СШ возрастают в вертикальном и уменьшаются- в горизонтальном положении.

ЭКГ: могут определяться уплощение, или двугорбые, или отрицательные зубцы Т в отведениях II, III, реже в V_5 - V_6 и высокие зубцы Т в V_1 - V_2 . Дополнительные исследование ФКГ и ЭхоКГ.

Тактика ВОП. Лечение собственно порока может быть только хирургическим. Для уточнения показаний к такому лечению необходима своевременная консультация специалиста-кардиохирурга. Консервативная терапия сводится к предупреждению и лечению рецидива основного процесса и осложнений, к лечению и предупреждению сердечной недостаточности, также нарушений сердечного ритма. Большое значение имеют своевременная и адекватная профессиональная ориентация и трудоустройство больного. Медикаментозная терапия малоэффективна. В поздних стадиях - нитраты, антагонисты кальция. Возможно хирургическое лечение (комиссуротомия, имплантация искусственного клапана).

Критерии	Функциональные	Органические
Причина	При нарушении функции неизмененных клапанов. При увеличении скорости кровотока или уменьшении вязкости крови: анемия, изменение крови при лихорадке, беременность.	Анатомические изменения в строении клапанов сердца: недостаточность митрального клапана, стеноз митрального отверстия, пролапс митрального клапана.
Отношение шума к фазе сердечной деятельности	В большинстве случаев систолические	Систолический шум появляется вместе с I тоном во время короткой паузы сердца; он совпадает с верхушечным толчком и пульсом сонной артерии. Диастолический шум возникает после II тона во время длинной паузы сердца: -протодиастолический -мезодиастолический -пресистолический
Характер	Непостоянны, могут возникать и исчезать при различных положениях тела, после физической нагрузки, в разных фазах дыхания, мягкие, дующие.	грубые, скребущие пилящие, иногда музыкальные
По продолжительности	Не продолжительны	Продолжительные
По интенсивности	Обычно не интенсивные	Убывающий, нарастающий
Место наилучшего выслушивания, иррадиация	Выслушиваются на ограниченном участке и не проводятся далеко от места возникновения	При недостаточности митрального клапана систолический шум лучше всего выслушивается на верхушке сердца; по плотной мышце левого

		<p>желудочка он может проводиться в аксиллярную область либо по ходу обратного кровотока из левого желудочка в левое предсердие: во второе и третье межреберья вверх вдоль левогочрая грудины.</p> <p>При стенозе митрального отверстия выслушивается диастолический шум на ограниченном участке в области верхушке сердца.проводной в подмышечную область.</p> <p>При пролапсе митрального клапана – поздний систолический шум - клик.</p>
Лечение	Не требует	Лечение основного заболевания.

Стеноз устья аорты.

Этиология: ревматизм, бактериальный эндокардит, атеросклероз, врожденный стеноз устья аорты. Патологоанатомический субстрат: сращение и уплотнение створок клапана и отложение в них солей кальция.

Патогенез: Препятствие току крови из ЛЖ ведет к ранней гипертрофии ЛЖ.

Клиника: В стадии компенсации субъективных проявлений нет. При декомпенсации жалобы на головокружение, обмороки, приступы стенокардии. При снижении сократительной способности ЛЖ – приступы сердечной астмы. Осмотр: бледность кожи и слизистых, приподнимающий верхушечный толчок, смещенный влево и вниз. Систолическое дрожание во втором межреберье справа от грудины, за грудиной, усиленный сердечный толчок, увеличение его площади, смещение вниз и влево. Малый медленно нарастающий пульс, снижение АД (особенно систолический) и пульсового давления.

Аускультативно: грубый СШ над аортой и в точке Боткина с проведением на сонные артерии, межлопаточную область, яремную ямку, лучше выслушивается в горизонтальном положении на выдохе. Ослабление I тона на верхушке, ослабление или исчезновение II тона над аортой.

ФКГ: ромбовидный СШ на аорте, снижение II тона на аорте, снижение I тона на верхушке.

ЭКГ- синдром ГЛЖ и перегрузки левого желудочка.

Рентгенологически – аортальная конфигурация сердца, увеличение ЛЖ, ограниченное постстенотическое расширение восходящей аорты, медленная напряженная пульсация при рентгеноскопии.

ЭхоКГ- утолщение створок аортального клапана с множественным эхосигналом в них, уменьшение систолического расхождения створок в период систолы, обнаружение ГЛЖ и задней стенки ЛЖ, конечный диастолический размер полости долго остается нормальным.

Для распознавания порока большое значение имеет обнаружение СШ во II межреберье, а иногда в I и III межреберье справа от грудины, особенно характерно систолическое дрожание в этой же области. II тон бывает ослабленным, а максимально шум определяется на верхушке или у левого края грудины, что требует дифференциации с недостаточностью МК, СЛА, ДМЖП. В таких случаях помогает тщательная аускультация, ЭхоКГ и ФКГ. В отличие от МН, при аортальном стенозе I тон на верхушке сохранен, а II тон на аорте ослаблен, СШ грубый, ромбовидный, в отличие от убывающего шума при митральной регургитации.

В отличие от СЛА при аортальном пороке II тон ослаблен на аорте, а не на ЛА.

При Ro-исследовании увеличение левого, а не правого желудочка. В отличие от ДМЖП, при аортальном стенозе СШ проводится на сосуды шеи, II тон на аорте ослаблен.

СШ может выслушиваться: при атеросклерозе аорты, вызванный гипертонией, сифилисе или недостаточности клапана аорты. В этих случаях СШ не грубый, обычно короткий, не усиливается в середине систолы, II тон сохранен.

Недостаточность клапанов аорты - патологическое состояние, при котором полулунные клапаны не закрываются полностью и во время диастолы происходит обратный ток крови из аорты в левый желудочек.

Субстрат - деформация полулунных клапанов или расширение фиброзного кольца.

Этиология: ревмокардит, сифилис, атеросклероз, расслаивающаяся аневризма аорты.

Клиника: Субъективно: ощущения толчков, боли в области сердца, пульсации в области шеи, головы, головные боли, головокружение, обмороки; при декомпенсации – одышка, боли в правом подреберье, отеки и утомляемость.

Осмотр: бледность кожи, при декомпенсации – акроцианоз, отеки на ногах, одышка, пульсация крупных артерий, качание головы (симптом Мюссе), сотрясение и систолическое втяжение или волнообразное движение грудной стенки в области сердца, сужение зрачка при систоле и расширение при диастоле (симптом Ландольфи), капиллярный пульс. Пальпация области сердца – энергичный, резистентный, приподнимающийся, куполообразный верхушечный толчок в 6-7 межреберье, расширение границ сердца влево и вниз.

Аускультативно: Диастолический шум во II межреберье справа от грудины или в точке Боткина. СШ относительного стеноза устья аорты выслушивается справа от грудины ослабление I тона на верхушке и ослабление II тона над аортой. Можно выявить пресистолический шум Флинта. При аускультации бедренной артерии прослушивается двойной тон Траубе, при сдавлении артерии – двойной шум Виноградова – Дюрозье. Пульс, быстро поднимающийся и спадающийся, высокое пульсовое давление, снижение диастолического давления.

ФКГ - высокочастотный диастолический шум, убывающий, начинается непосредственно от II тона с эпицентром в точке Боткина, СШ над аортой, снижение I тона на верхушке, снижение II тона над аортой.

ЭКГ- гипертрофия ЛЖ, глубокий зубец Q в левых грудных отведениях, перегрузка ЛП и ЛЖ.

Ro – скопия грудной клетки: аортальная конфигурация сердца, увеличение ЛЖ, расширение восходящей аорты, глубокая и быстрая пульсация ЛЖ и аорты.

ЭхоКГ - увеличение полости ЛЖ, увеличение экскурсии МЖП и миокарда задней стенки ЛЖ, увеличение диаметра корня аорты. В просвете аорты в диастолу отмечается отсутствие диастолического смыкания створок клапана, и их трепетание. Увеличение амплитуды движения стенок аорты, изменение формы движения передней митральной створки МК в диастолу и ее вибрация.

Сочетание недостаточности клапанов аорты и аортального стеноза.

Ревматический аортальный порок сердца чаще всего представляет собой сочетание стеноза устья аорты и недостаточности клапанов аорты. При таком сочетании аускультативно определяются систолический и диастолический шумы в точке Боткина и во II межреберье справа.

СШ грубого тембра, проводится в яремную ямку и на сонные артерии. Может пальпаторно определяться систолическое дрожание во II межреберье справа от грудины.

I и II тоны ослаблены. ЭКГ - признаки ГЛЖ с изменениями S-T и зубца T в отведениях I, AVL, V5, V6. Все прямые и косвенные симптомы не всегда могут помочь врачу решить вопрос о преобладании стеноза или недостаточности. Значительно большую информацию дает исследование АД. В случае преобладания аортальной недостаточности оно

снижается, наблюдается снижение диастолического давления и характерные изменения пульса. При рентгенологическом исследовании - усиление пульсации аорты и ЛЖ, аорта диффузно расширена. При преобладании стеноза диастолическое давление в норме, пульс существенно не изменен. На рентгенограмме - локальное расширение восходящей аорты- постстенотическое; пульсация дистального отдела аорты.

Более точные сведения о преобладании стеноза или недостаточности можно получить при ЭхоКГ, ангиокардиографии.

Дифференциальная диагностика аортальных пороков

Распознавание недостаточности клапана аорты обычно не вызывает затруднений при диастолическом шуме в точке Боткина или на аорте, увеличении ЛЖ и тех или иных периферических симптомов этого порока (большое пульсовое давление, увеличение разницы давления между бедренной и плечевой артериями до 60-100 мм. рт ст, характерные изменения пульса). Однако ДШ над аортой и в точке Боткина может быть и функциональным, например, при уремии. При сочетанных пороках сердца и небольшой аортальной недостаточности распознавание порока затруднено. В этих случаях помогает ЭхоКГ - исследование с доплеркардиографией. Наибольшие трудности возникают при установлении этиологии порока.

Ревматизм: частое сочетание с митральным пороком и стенозом устья аорты.

Бактериальный эндокардит: появление других признаков эндокардита.

При ЭхоКГ существование другого порока до развития аортальной недостаточности.

Сифилис: формирование порока через 10 -25 лет после заражения, другие проявления сифилиса, положительная реакция Вассермана.

Также проводят дифференциальную диагностику с такими заболеваниями как: врожденный двухстворчатый аортальный клапан, болезнь Бехтерева, синдром Рейтера, СКВ, ССД, травма грудной клетки, атеросклероз аорты, расслаивающаяся аневризма аорты, синдром Марфана, неспецифический аортоартериит.

Инфекционный эндокардит

ИЭ- воспалительное инфекционное заболевание эндокарда, характеризующееся локализацией возбудителя на клапанах сердца, реже- на пристеночном эндокарде и сопровождающееся, как правило, бактериемией и поражением различных органов и систем.

Классификация ИЭ

1.Этиологическая характеристика: Грамположительные бактерии (стрептококки, стафилококки), грамотрицательные бактерии (кишечная палочка, синегнойная палочка, клебсиелла, протей), бактериальные коалиции, L- формы, грибы (кандида, гистоплазма, аспергиллы), вирусы коксаки.

Патогенетическая фаза: инфекционно- токсическая, иммуновоспалительная, дистрофическая.

2.Степень активности: высокая (III), умеренная (II), минимальная (I).

3.Вариант течения: острый, подострый, абортивный (выздоровление), хронический (рецидивирующий).

4.Клинико-морфологическая форма: первичная (на интактных клапанах), вторичная (на фоне пороков).

5.Ведущая органная патология: Сердца: ИМ, порок, миокардит, аритмия, НК. Сосуды: геморогии, васкулит, тромбоэмболия. Почки: диффузный или очаговый нефрит, почечная недостаточность. Печень: гепатит, цирроз. Селезенка: спленомегалия, инфаркт, абсцесс. Легкие: пневмония, инфаркт, абсцесс. Нервная система: менингоэнцефалит, гемиплегия, абсцесс мозга.

Клинические симптомы:

1. Лихорадка с ознобом и потливостью. 2. Выраженная интоксикация: слабость, анорексия, головная боль, миалгия, артралгия, похудание. 3. Кожа бледно – желтоватого

цвета, определяются петехии, симптом Лукина- петехии на конъюнктиве нижнего века, пятна Джейнуэя- красно- фиолетовые до 5 мм в диаметре пятна на ладонях, ступнях, туловище; узелки Ослера - величиной с горошину на ладонной и подошвенной поверхности. 4. Утолщение концевых фаланг («барабанные палочки») и ногтей («часовые стекла»). 5. Аускультация сердца: важнейший признак развивающегося эндокардита – протодиастолический шум, лучше всего выслушиваемый в точке Боткина при вертикальном положении больного или на левом боку. Шум в начале мягкий, короткий, непостоянный, в последующем более продолжительный, приобретающий пилящий характер. Музыкальный характер шума (визжащий, напоминающий писк) указывает на прободение или отрыв створки аортального клапана. Нередко первым аускультативным признаком эндокардита бывает систолический шум в точке Боткина вследствие полипозных вегетаций на аортальном клапане. При развитии ИЭ на фоне уже сформировавшегося ревматического порока появляются новые шумы, которых не было прежде. При первичном ИЭ первое место по частоте поражения клапанов занимает изолированная недостаточность клапана аорты, второе – комбинированное поражение аортального и митрального клапанов, третье - изолированное поражение митрального клапана. При вторичном ИЭ на фоне ревматизма первое место по частоте принадлежит комбинированному поражению аортального и митрального клапанов, второе - изолированному поражению митрального клапана. 6. Тромбоэмболический синдром: эмболии в селезеночную, почечную, легочную, коронарные, церебральные артерии и др. с развитием инфарктов соответствующих органов. 7. Увеличение печени, селезёнки, лимфатических узлов. Поражение почек (диффузные гломерулонефриты): микрогематурия, протеинурия, цилиндрурия, артериальная гипертензия. Поражение ЦНС: менингоэнцефалит, субарахноидальные кровоизлияния, тромбоэмболии сосудов мозга, психозы.

Лабораторно-инструментальное исследование: ОАК (гипохромная анемия, лейкопения, при осложнениях – лейкоцитоз со сдвигом влево, моноцитоз, тромбоцитопения, возрастание СОЭ), ОАМ (микрогематурия, протеинурия, цилиндрuria), БАК (увеличение уровня гамаглобулинов, сиаловых кислот, фибрина, положительная сулемовая, тимоловая и формоловая пробы), положительная реакция Вассермана. Посевы крови на стерильность – один из основных методов верификации диагноза ИЭ. Идентификация возбудителя определяет установление этиологии болезни.

Изменение ЭхоКГ позволяет рано выявить утолщение и вегетации аортального клапана, уточнить характер порока сердца.

Тактика ВОП. Необходимо отправить больного к узкому специалисту в стационар. Лечение собственно порока может быть только хирургическим. Для уточнения показаний к такому лечению необходима своевременная консультация специалиста-кардиохирурга. Консервативная терапия сводится к предупреждению и лечению рецидива основного процесса и осложнений, к лечению и предупреждению сердечной недостаточности, также нарушений сердечного ритма. Большое значение имеют своевременная и адекватная профессиональная ориентация и трудоустройство больного. Медикаментозная терапия малоэффективна. В поздних стадиях - нитраты, антагонисты кальция. Возможно хирургическое лечение (комиссуротомия, имплантация искусственного клапана).

	Стеноз устья аорты	Аортит
Пол, возраст	У лиц старше 40– 45 лет, но иногда и в более молодом возрасте. У мужчин наблюдается в 3-4 раза чаще, чем у женщин.	Молодой возраст, болеют чаще мужчины
Причина	Ревматизм, атеросклероз, септический эндокардит, врожденное подклапанное или	Ревматический вальвулит, септический эндокардит, атеросклероз аорты,

	инфундибулярное сужение аорты в следствие разрастания фиброзно-измененной мышечной ткани.	сифилитический аортит, расслаивающаяся аорта, травмы грудной клетки.
Тоны	Ослабление I тона на верхушке II тон на аорте ослаблен из-за уменьшения систолического артериального давления и изменения аортальных клапанов	Ослабление I тона на верхушке сердца, II тон может быть сохранен над аортой или даже акцентирован.
Шумы	выслушивается грубый систолический шум, который проводится на сосуды шеи.	Диастолический шум на аорте и точке Боткина–Эрба: обычно мягкий, дующий, протодиастолический; к концу диастолы. При выслушивании крупных артерий часто можно выявить двойной шум Дюрозье-Виноградова и двойной тон Траубе. Лучше всего эти феномены определяются над сонными и бедренными артериями.
Точки наилучшего выслушивания	Во втором межреберье справа у грудины, во всех точках сердца	Во втором межреберье справа у грудины, в точке Боткина-Эрба
Внешний вид больного	Кожные покровы бледные. При пальпации во втором межреберье справа у грудины часто выявляется симптом «кошачьего мурлыканья»	Кожные покровы бледные. Выраженная пульсация крупных артерий шеи «пляска каротид», пульсаторное сужение и расширение зрачков, артерий ногтевого ложа, при легком надавливании на конец ногтя «капиллярный пульс. Ритмичное покачивание головы «симптом Мюссе», связанное с выраженными пульсовыми колебаниями дуги аорты, левого главного бронха и трахеи.

Метод «Трехступенчатое интервью».

Шаги:

Все студенты делятся на 3 группы:

- первая группа студентов – больные;
- вторая группа студентов – врачи;
- третья группа студентов – эксперты.

Каждая группа состоит из трех студентов, роли распределяются следующим образом: «врач», «больной», «эксперт – врач общего профиля».

«Больному» анонимно сообщается диагноз, каждая группа в течение 10-15 минут проводит обсуждение. «Эксперт» - врач оценивает действие студентами как «больными» так и «врачами» и вносит в таблицу:

- что было сделано правильно;
- что было сделано неправильно;
- как надо было сделать.

Врач – должен собрать жалобы, анамнестические данные методом расспроса; провести осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию больного. На основании собранных данных уметь выставить диагноз, провести дифференциальную диагностику и обосновать окончательный диагноз.

Кроме того, врач должен провести разъяснительную работу объяснение, что это за заболевание, влияние социальной стороны жизни, значение питания и длительного лечения при этом заболевании.

Эксперт в карте консультации отмечает этапы проводимого обсуждения и время, в течение которого проводится работа.

После окончания работы экспертом производится оценка проведенных мероприятий. Сделанные выводы публично оглашаются перед группой.

Максимальный балл 20-19	18-17 балл	16-15 балл	14-13 балл	12 балл
отлично	хорошо	удов	Неудов	плохо
100%-86%	85%-73%	70-56%	53%-46%	43% и меньше

4.2. Аналитическая часть

4.2.1. Ситуационные задачи:

1. Больная Д. 37 лет, обратилась к ВОП с жалобами на повышение температуры тела до 38,5⁰С в течение 2 недель, на одышку, сердцебиение при незначительной физ. нагрузке, боли в крупных суставах, появление отеков на ногах. Из анамнеза: в течение 20 лет страдает ревматизмом. В последние 2 года отмечает нарушение ритма сердца. При осмотре: общее состояние средней тяжести. При аускультации в нижних отделах обеих легких выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы. ЧДД 24 в мин. Сердца- тоны приглушены, аритмичные, систоло- диастолический шум на верхушке, ЧСС -132, пульс - 110 ударов мин., АД 90/60мм.рт.ст. На ЭКГ: Зубец Р отсутствует. Электрическая ось отклонена вправо. Расстояние R-R разные С V1 по V6 отрицательный зубец Т.

1. Ваш предполагаемый полный диагноз;
2. Какие исследования необходимы для уточнения диагноза;
3. Перечислите не менее 3 признаков функциональных шумов;
4. Дифференциальный диагноз
5. Тактика введения больного
6. Перечислите основные групп препаратов применяемые для лечение данного больного по доказательной медицине.

№	Ответы	Баллы
1	Повторная ревматическая лихорадка. Митральный порок сердца с преобладанием стеноза. Ревматический миокардиосклероз с нарушением ритма. МА тахисистолическая форма. Осл: НК ПБ ст. (ФК III)	30
2	ОАК, ОАМ, коагулограмма, острофазные пробы, рентгенография грудной клетки, ЭхоКГ, ЭКГ в динамике	15
3	Шум мягкий, не проводится, не усиливаются после физической нагрузки	20
4	ВПС-ДМЖП.инфекционный эндокардит.аортальные пороки	
5	Госпитализация терапевтическое (кардиологическое или ревматологическое) отделение, консультация кардиохирурга После выписки из стационара рекомендуется постоянное наблюдение и лечение в условиях СП или СВП	15
6	НПВС, диуретики, АБ, сердечные гликозиды, ИАПФ под контролем АД.	20

2. Больная 19 лет. Беспокоят боли в суставах, одышка и сердцебиение при физической нагрузке, сухой кашель по ночам, повышение температуры тела. С детства страдает хр. тонзиллитом. Об-но: Кожные покровы бледные, на щеках румянец, цианоз губ, акроцианоз. В легких на фоне ослабленного везикулярного дыхания в нижних отделах единичные влажные мелкопузырчатые хрипы. Границы сердца расширены вверх и вправо. Аускультативно: тоны сердца приглушены, на верхушке хлопающий I тон, протодиастолический шум, акцент и раздвоение II тона на легочной артерии. ЧСС и пульс - 120 уд/мин, ритмичный, АД 90/70 мм рт.ст Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются.

1. Ваш предполагаемый полный диагноз;
 2. Какие исследования необходимы для уточнения диагноза;
 3. Перечислите разновидности диастолических шумов и время появления их по отношению тонов сердца;
 4. Тактика введения больного и лечение.
-

3. Больная 25 лет. Жалобы: сердцебиение, колющие боли в области сердца, одышка при физической нагрузке, боли и отечность в крупных суставах. В анамнезе – часто простудные заболевания. Об-но: состояние относительно удовлетворительное. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Границы сердца расширены влево. Аускультация: на верхушке ослабленный I тон и систолический шум, проводящийся на аксиллярную область, акцент II тона на легочной артерии, Пульс 84 уд/мин. АД 120/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. ОАК: гемоглобин 110 г/л, эритроциты $3,8 \times 10^{12}$ /л лейкоц. $9,5 \times 10^9$ /л; СОЭ –30 мм/час. Серомуковиды – 100 ммоль/л, АСЛО –1:500 АЕ.

1. Перечислите не менее 5 заболеваний сопровождающиеся функциональными и органическими шумами в области верхушки;
2. Ваш предполагаемый диагноз;
3. План обследования;
4. Тактика ВОП и лечение.

4. 35 летняя женщина обратилась к ВОП с жалобами на периодические, колющие боли в области сердца, сердцебиение, чувство нехватки воздуха при эмоциональной или физической нагрузке, общая слабость, головокружение. Из анамнеза: страдает хр. пиелонефритом. Замужем. 4 беременности и роды. Об-но: состояние относительно удовлетворительное. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Границы сердца: правая по правому краю грудины, верхняя на III межреберье слева, левая на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии по V межреберью. Аускультация: тоны сердца приглушены, на верхушке короткий систолический шум. Пульс 78 уд/мин. АД 100/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. ОАК: гемоглобин 86 г/л, эритроциты $2,6 \times 10^{12}$ /л лейкоц. $6,5 \times 10^9$ /л; СОЭ –12 мм /час.

1. Перечислите не менее 5 заболеваний сопровождающиеся выше перечисленными симптомами;
 2. Ваш предполагаемый диагноз;
 3. Какое дополнительное лабораторное обследование необходимо провести для подтверждения диагноза;
 4. Тактика ВОП и лечение.
-

5. 28 летний мужчина обратился к ВОП с жалобами: на длительные сжимающие боли в области сердца во время волнения, не связанные с физической нагрузкой и не купирующиеся нитроглицерином, сердцебиение, одышка при физической нагрузке. До настоящего времени считал себе здоровым. Занимается спортом. Об-но: состояние удовлетворительное. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Границы сердца в

приделах нормы. Аускультация: тоны ясные, поздний систолический шум на верхушке. Пульс 80 уд/мин. АД 120/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Периферических отеков нет.

1. Перечислите не менее 5 заболеваний сопровождающиеся выше перечисленными симптомами;
2. Ваш предварительный диагноз;
3. Укажите бескровное инструментальное исследование для подтверждения диагноза;
4. Изменение характера систолического шума в зависимости от положения тела больного;
5. Тактика ВОП.

6. Больной С. 42 лет, электросварщик. Жалобы на повышение температуры, озноб, боль в левой половине грудной клетки, одышку, кашель с выделением ржавой мокроты. Заболевание связывает с переохлаждением на работе 2 дня назад. Об-но: состояние больного средней тяжести. Цианоз губ, румянец на левой щеке. Температура 39,2⁰С. Слева грудная клетка отстаёт в акте дыхания, голосовое дрожание усиленно, при перкуссии определяется притупление легочного звука ниже угла лопатки. При аускультации: нежная крепитация. ЧДД 30 в мин. Тоны сердца звучные, систолический шум на верхушке, акцент II тона над легочной артерией. Пульс аритмичный за счет экстрасистоллы, 120 уд/мин. ОАК: Нв-130 г/л., эр.-4,5x10¹²/л, цп-0,9, л-17,0 x10⁹/л, э-2%, п/я-8%, с/я-76%, лимф.-10%, СОЭ-36 мм/час.

1. Ваш предварительный полный диагноз;
2. Перечислите не менее 3 заболеваний, при которых выслушивается акцент II тона над легочной артерией;
3. Дополнительные методы исследования;
4. Тактика ВОП и лечение.

7. 72 летняя больная жалуется на одышку, сердцебиение при незначительной физ. нагрузке, периодические боли в области сердца, головные боли, головокружение, шум в ушах, умеренные отеки на ногах. Из анамнеза: за последние 3-4 года отмечает повышение артериального давления до 180/90 мм.рт.ст., при этом принимает 1 таб. адельфана. До этого считала себе здоровым.

Об-но: Общее состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы чистые, бледно-розового цвета. Над легкими везикулярное дыхание, хрипов нет. Границы сердца увеличены влево. Тоны сердца приглушены, ритмичные, систолический шум на верхушке и на аорте. ЧСС и пульс 80 уд/мин. Печень и селезенка не пальпируются.

1. Ваш полный предварительный диагноз;
2. Дополнительные методы исследования;
3. Перечислите не менее 3 заболеваний, при которых наблюдаются повышение систолического АД (а) и систолический шум на верхушке (б);
4. Тактика ВОП и принципы лечения.

Максимальный балл 20-19	18-17 балл	16-15 балл	14-13 балл	12 балл
отлично	хорошо	Удов	неудов	плохо
100%-86%	85%-73%	70-56%	53%-46%	43% и меньше

Максимальный балл 20-19	18-17 балл	16-15 балл	14-13 балл	12 балл
отлично	Хорошо	Удов	неудов	плохо

100%-86%	85%-73%	70-56%	53%-46%	43% и меньше
----------	---------	--------	---------	--------------

4.2.2. Графический органайзер: Концептуальная таблица

- Концептуальная таблица обеспечивает сравнение изучаемых явлений, понятий, взглядов, тем и пр. по двум и более аспектам.
- Развивает системное мышление, умения структурировать. Систематизировать информацию.

Знакомятся с правилами составления концептуальной таблицы. Определяют то, что подлежит сравнению, выделяют характеристики, по которым будет проводиться сравнение.

Индивидуально или в мини группах строят и заполняют концептуальную таблицу

- По вертикали располагается то, что подлежит сравнению
- По горизонтали - различные характеристики, по которым проводится сравнение.



Группа разбивается на две малые группы, участники каждой малой группы оценивают работу студентов другой малой группы. Каждый правильный ответ оценивается в 15 баллов.

Группа №	Правильный и четкий ответ (5)	Наглядность (5)	Оглашение регламента (2,5)	Активность участников группы (2,5)	Итого баллов
1.					
2.					

Максимальный балл 20-19	18-17 балл	16-15 балл	14-13 балл	12 балл
отлично	хорошо	удов	неудов	плохо
100%-86%	85%-73%	70-56%	53%-46%	43% и меньше

4.3. Практическая часть

Перечень навыков, которым ВОП должен владеть после завершения занятий по данной тематике

- Профессиональный расспрос
- перкуссия и аускультация сердца

Цель: Научить студентов умению вступать в контакт с больными митральными пороками, методам деонтологии. Улучшить навыки перкуссии и аускультации сердца.

№	Этапы	Не выполнил (+)	Полностью выполнил (-)
1	Попригветстугйте пациента уважительно и доброжелательно, попросите расположиться удобно. Представьтесь больному.		
2	Узнайте причину обращения: наличие жалоб, профилактический осмотр		
3	Соберите анамнез: <ul style="list-style-type: none"> • имя; возраст; семейное положение; • жалобы; наследственные заболевания; • болезни в семье; перенесенные заболевания; • наличие вредных привычек; • длительность болезни и ее течение; • какое обследование проходил • какое лечение получал 		
4	Объясните , что эта информация нужна Вам для того, чтобы помочь выбрать методику исследования, при этом гарантируя конфиденциальность.		
5	Проведите клинический осмотр больного: объективный осмотр; пальпация; перкуссия; аускультация.		
6	Выберите дополнительные методы исследования по показаниям: <ul style="list-style-type: none"> • ЭКГ; • ЭХОКС; • Р скопия органов грудной клетки с контрастированием пищевода; • Общий анализ крови и мочи. • Острофазовые пробы. 		
7	Расскажите больному о существующих методах исследования данного заболевания кратко, аргументируя свой выбор.		
8	Попросите пациента повторить инструкцию, чтобы убедиться в правильности усвоенной		

	информации. Вежливо попрощайтесь с пациентом и назначьте время следующего визита.		

5. Формы контроля знаний, навыков и умений

- устный
- решение ситуационных задач
- демонстрация практических навыков
- СРС

6. Критерии оценки текущего контроля

Уровни оценок	Рейтинги Баллы	Характеристика работы студента
	20	Балл присутствия на практическом занятии. Полное отсутствие уровня знаний и не умение выполнить практический навык – студент абсолютно не готов к практическому занятию.
Не удовлетворительно	20 - 54,9	<p>Студент отвечает неудовлетворительно. Студенты не владеет базовыми уровнями знаний и навыков, хотя бы одного из нижеперечисленных:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Не знает клинические признаки заболеваний с функциональными шумами на верхушке и на аорте. • Не знает клинические проявления заболеваний с органическими шумами на верхушке сердца и на аорте. • Не знает причин возникновения шумов на верхушке и на аорте. • Не знает диагностику различных заболеваний с шумами на верхушке и на аорте. • Не может анализировать данные жалоб и анамнеза заболеваний с функциональными и органическими шумами на верхушке сердца и на аорте. • Не способен собрать рациональный анамнез во время курации больных. • Во время курации не способен объективно оценить состояние больных. • Не способен рационально составлять план обследования больных в условиях СВП или СП.
Обеспечение базового уровня		

знаний и навыков		
<p>Удовлетворительно</p> <p>55-70,9%</p>	<p>55-60,9</p>	<p>Удовлетворительный ответ низкого качества.</p> <p>Студент старается владеть базовыми уровнями знаний и навыков (см.ниже), но при ответе или выполнении навыков допускают серьезные ошибки.</p>
	<p>61-65,9</p>	<p>Удовлетворительный ответ средней степени.</p> <p>Студент владеет базовыми уровнями знаний и навыков (см.ниже), но при ответе или выполнении навыков допускают ошибки (возможны отдельные погрешности)</p>
	<p>66-70,9</p>	<p>Удовлетворительный ответ высокого качества.</p> <p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Знает клинические признаки митрального, аортального стеноза, недостаточности митрального и аортального клапанов, пролапс митрального клапана. • Может дифференцировать различные виды приобретенных митральных пороков по субъективным, объективным и лабораторно-инструментальным данным • Способен собрать рациональный анамнез во время курации больных с приобретенными пороками сердца. • Во время курации способен объективно оценить состояние больных с пороками сердца. • Может интерпретировать результаты лабораторно-инструментальных методов исследований – может указать о наличие гиперхолестеринемии, лейкоцитоза, повышенного КФК и СОЭ. • Может показать технику регистрации ЭКГ • Способен рационально составлять план обследования больных с пороками в условиях СВП или СП. • Способен корректно заполнять дневник больного.
Продвинутый уровень знаний		
<p>Хорошо</p> <p>71-85,9%</p>	<p>71-75,9</p>	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (указанные в пункте «66-70,9») + владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Знает классификацию пороков • Знает тактику ВОП при митральных и аортальных пороках.

	76-80	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «71-75,9», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Знает показания и противопоказания к хирургическому лечению. • Знает принципы первичной, вторичной и третичной профилактики.
	81-85,9	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «71-75,9» и «76-80», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Принципы ведения, наблюдения и мониторинга больных с пороками в условиях СВП или СП. • Умеет провести консультацию по вопросам немедикаментозных и медикаментозных советов с использованием навыков МЛЮ. • Принципы диспансеризации и реабилитации больных с пороками в условиях СВП или СП
Отлично 86-100%	86-90	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «81-85,9», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Знает показания и противопоказания к ангиографии • Умеет предоставлять достоверную информацию о пороках на основании интернет данных
	91-95	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «86-90», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Может провести мониторинг в условиях СВП или СП.
	96-100	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «91-95», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Предоставил научные данные на основе литературы (статьи и интернет) • Знает показания и противопоказания стентирования и АКШ

Примечание: Базовый уровень знаний и навыков – это минимум знаний, который обеспечивает принцип «безопасности» для пациента.

7.Контрольные вопросы

1. Этиопатогенез митрального порока сердца.
2. Клиника и диагностические критерии митрального и аортального стеноза.
3. Клиника и диагностические критерии недостаточности митрального и аортального клапанов.
4. Клиника и диагностические критерии пролапса митрального клапана.
5. Дифференциальная диагностика функциональных и органических шумов в области верхушки сердца и на аорте.
6. Показания и противопоказания к комиссуротомии.
7. Тактика ВОП при митральных и аортальных пороках сердца.

8. Рекомендуемая литература

Основные

- 1) Ички касалликлар, Шарапов У.Ф. Т: Ибн Сино, 2003
- 2) Внутренние болезни, том 1 Мухин Н.А. М.: ГЭОТАР - Медиа, 2009
- 3) Внутренние болезни, том 2 Мухин Н.А. М.: ГЭОТАР - Медиа, 2009
- 4) Textbook of Internal Medicine Editor-in-Chief William N. Kelley 1997

Дополнительные

- 1) Умумий амалиёт врачлар учун маърузалар туплами , Гадаев А.Г., Т., 2012
- 2) Общая врачебная практика, Под ред.Ф.Г.Назирова, А.Г.Гадаева. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
- 3) Справочник врача общей практики. Дж.Мёрта. М.: Практика, 1998.
- 4) Сборник практических навыков для врачей общей практики. Гадаев А., Ахмедов Х.С. Т., 2010.
- 5) Умумий амалиёт врачлар учун амалий куникмалар туплами Гадаев А.Г., Ахмедов Х.С., 2010.
- 6) Терапевтический справочник Вашингтонского Под ред. М.Вудли М.: Практика, 2000.
- 7) Дифференциальный диагноз внутренних болезней. Виноградов А.В. М.: Медицинское информационное агенство, 2009.
- 8) Внутренние болезни: учебник.- в 2-х т. (2 т.) Под ред. Мартынова и др. М.: ГЭОТАР - Медиа, 2005:

Интернет ресурслар:

<http://www.lib.uiowa.edu/hardin/md/index.html>,<http://dir.rusmedserv.c>,<http://www.medlinks.ru/>,<http://www.kosmix.com/>,<http://www.medpoisk.ru/>,<http://www.tripdatabase.com/>,
<http://www.intute.ac.uk/medicine/>

Интернет медицина сайтлари:

Med.-site.narod.ru
www.medlook.ru
www.medbok.ru

9. Хронологическое содержание занятия

Время	Мероприятия	Содержание	Материалы	Продолжительность занятия
--------------	--------------------	-------------------	------------------	----------------------------------

8.30– 9.30	Утренняя конференция	Доклад дежурных врачей и дежурных субординаторов по дежурству.	Истории болезни, ЭКГ, кодоскоп.	1 час
9.15-10.00	Клинический аудит выписывающихся больных.	Подробный доклад студентов о выписываемых больных.		45 минут
10.05-10.45	Теоретический разбор темы	Проверка исходного уровня подготовленности студентов с использованием метода «тур по галерее» и решением ситуационной задачи. Студентам раздаются ситуационные задачи по данной теме, и они должны анализировать и дать заключение.	Ситуационные задачи, учебные доски, таблицы, соответствующие теме занятия.	40 минут
10.45 -11.05.	Проработка практических навыков.	Студент под надзором преподавателя должен выполнить минимум два практического навыка.	Больной или волонтер.	20 минут
11.05-11.45	Курация больных В отделении кардиологии и кардиореанимации	Каждый студент курирует больных определенной палаты.	Больной, фонендоскоп, тонометр, история болезни (с данными клинико-лабораторных исследований).	40 минут
11.45-12.15	Перерыв			30 мин

12.20-13.20	Разбор тематических больных	По выбору педагога проводится полный осмотр больного по теме занятия или пациентов, готовящихся к выписке, анализ данных лабораторно-инструментального исследования, обоснование предварительного и окончательного клинического диагнозов. Определяется план лечения с дозами препаратов.	Больной, фонендоскоп, тонометр, история болезни (данными клинико-лабораторных исследований).	1 час
-------------	-----------------------------	---	--	-------

Практическое занятие № 20

Тема: Сердечные шумы и кардиомегалия. Дифференциальная диагностика при различных клинических формах кардио-миопатий (дилатационной, рестриктивной, гипертро-фической, аритмогенная дисплазия правого желудочка). Дифференциальная диагностика острой и хронической сердечной недостаточности.

Технология обучения

Учебное время: 6 ,4часа		Количество студентов 8-10	
Структура учебного занятия		<ol style="list-style-type: none"> 1. Учебный тематический кабинет кафедры. 2. Учебные пособия 3. Больничные палаты. 4. Телевизор, видео аппаратура, компьютер, оверхейт, мультимедиа. 5. Комплекты таблиц, методические рекомендации, видеофильм; 	
Цель учебного занятия: Научить ВОП вопросам своевременной диагностики и дифференциальной диагностики врожденных пороков сердца и магистральных сосудов, а также принципам ведения больных в условиях первичного звена здравоохранения, предусмотренных требованиями "Квалификационной характеристики врача общей практики»			
Педагогические задачи:		Результаты учебной деятельности:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Рассмотреть вопросы диагностики и дифференциальной диагностики врожденных пороков сердца и магистральных сосудов: ДМПП, ДМЖП, ОАП, стеноз устья 		Врач общей практики (ВОП) должен знать: <u>ВОП должен знать:</u> <ol style="list-style-type: none"> 1. Механизм развития врожденных пороков сердца и магистральных сосудов: ДМПП, ДМЖП, ОАП, стеноз устья легочной артерии, тетрада Фалло, коарктации аорты. 	

<p>легочной артерии, тетрада Фалло, коарктация аорты.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Продемонстрировать больных с ВПС и магистральных сосудов. 3. Обсудить данные клинико-лабораторно-инструментальных исследований при диагностике врожденных пороков сердца и магистральных сосудов. 4. Обсудить вопросы касательно тактики ведения в рамках квалификационной характеристики ВОП 5. Обсудить принципы лечения (немедикаментозные и медикаментозные). 6. Обсудить принципы ведения, наблюдения и мониторинга больных в условиях СВП или СП. 7. Обсудить принципы первичной, вторичной и третичной профилактики при данных заболеваниях. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Клинические проявления пороков сердца и магистральных сосудов. 2. Диагностику заболеваний: ДМПП, ДМЖП, ОАП, стеноз устья легочной артерии, тетрада Фалло, коарктация аорты. 3. Дифференциальную диагностику ВПС и магистральных сосудов. 4. Тактику ВОП. 5. Принципы лечения (медикаментозное и немедикаментозное) при данных заболеваниях. 6. Принципы диспансерного наблюдения и мониторинга больных в условиях СВП или СП. 7. Принципы первичной, вторичной и третичной профилактики при данных заболеваниях. <p><u>ВОП должен уметь:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Анализировать данные жалоб и анамнеза для диагностики ВПС и магистральных сосудов: ДМПП, ДМЖП, ОАП, стеноз устья легочной артерии, тетрада Фалло, коарктация аорты. 2. Уметь диагностировать, дифференцировать врожденные пороки сердца и магистральных сосудов. 3. Направить больного в специальное лечебное учреждение к кардиохирургу для решения вопроса оперативного вмешательства данного порока. 4. Выбрать препараты с доказанной эффективностью 5. Консультировать по немедикаментозным методам лечения. 6. Провести мониторинг в условиях СВП или СП.
<p>Методы обучения</p>	<p>Лекция, ситуационные задачи, тесты, демонстрация, видеопросмотр, дискуссия, беседа, обучающая игра мозговой штурм.</p>
<p>Формы организации учебной деятельности</p>	<p>Индивидуальная работа, работа в группах, коллективная, аудиторная, внеаудиторная.</p>
<p>Средства обучения</p>	<p>Учебные пособия, раздаточный материал, сборник ситуационных задач и тестов, набор ЭКГ. Телевизор, видео аппаратура, мультимедиа.</p>
<p>Способы и средства обратной связи</p>	<p>Блиц-опрос, тестирование, презентация результатов выполнения учебного задания, заполнение истории болезни, выполнение практического навыка «снятие ЭКГ, расшифровка ЭКГ»</p>

Технологическая карта занятия

Сердечные шумы и кардиомегалия. Дифференциальная диагностика при различных клинических формах кардио-миопатий (дилатационной, рестриктивной, гипертро-фической, аритмогенная дисплазия правого желудочка). Дифференциальная диагностика острой и хронической сердечной недостаточности.

№	Этапы практического занятия	Форма занятия Место проведения	Длит-ть занятия 225
1	Вводная часть (обоснование темы)		10
2	Обсуждение темы практического занятия с применением новых педагогических технологий ("круглого стола"), а также демонстрационного материала (таблицы, плакаты, рентгенограммы.ЭКГ), определение исходного уровня.	Опрос, обсуждение Учебная комната практических навыков	40
3	Вывод обсуждения		10
4	Определение задания для выполнения практической части - профессиональный расспрос. Объяснение положений и рекомендаций для выполнения задания по заполнению истории болезни	Обсуждение Учебная комната	20
5	Освоение практической части занятия под руководством преподавателя.	Проф. расспрос. Беседа с больными и заполнение истории болезни, ситуационные задачи. Кардиологическое, ревматологическое отделение клиники	20
6	Интерпретация данных обследования больных- жалобы, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация больных, а также исследования ОАМ, ОАК, мокроты на МБТ	Истории болезни, лабораторные данные ситуационные задачи	25
7	Обсуждение теоретических, практических знаний студентов, закрепление материала, определение уровня усвоения оценкой знаний.	Устный опрос, тесты, обсуждение, определение практических навыков Кардиологическое и ревматологическое отделение клиники	75
8	Определение вывода по теме практического занятия, оценка	Информация, вопросы для самостоятельной работы.	25

	по 100 бальной системе и объявление оценок. Домашнее задание следующего практического занятия (сборник вопросов).	Учебная комната	
--	---	-----------------	--

2. Мотивация

В клинической практике большое значение имеют заболевания, сопровождающиеся изменением конфигурации сердца, кардиомиопатии. В этой ситуации усилие врача общей практики (ВОП) направляется на диагностику этих заболеваний для оказания медицинской помощи и уточнения места дислокации данной группы больных, подлежащих лечению в условиях СВП или СП, или направлению в специализированные стационары. Эти обстоятельства являются основанием для включения данной тематики в программу подготовки ВОП.

3. Межпредметные и внутрипредметные связи

Преподавание данной темы базируется на знании студентами основ анатомии, нормальной и патологической физиологии. Полученные в ходе занятия будут использованы при прохождении ими терапии, хирургии и других клинических дисциплин, а также при дальнейшем изучении ими таких тем как пороки сердца, ИБС и ГБ. Учитывая, что симптом сердечные шумы и кардиомегалия является симптомом многих заболеваний, ВОП приходится работать со многими специалистами кардиохирургами, кардиологами.

4. Содержание занятия

4.1. Теоретическая часть

Дилатационная кардиомиопатия- характеризуется дилатацией с нарушением сократительной функции миокарда левого или обоих желудочков. В зависимости от этиологии она может быть семейной/генетической, вирусной или иммунной, алкогольной (токсической), идиопатической (вызванной неизвестными факторами) или ассоциированной с распознанным сердечно-сосудистым заболеванием, при котором степень дисфункции миокарда объяснена недостаточно.

Гипертрофическая кардиомиопатия- характеризуется гипертрофией миокарда левого или правого желудочков, которая обычно бывает асимметричной и вовлекает межжелудочковую перегородку. У многих пациентов заболевание вызывается мутацией в генах, кодирующих синтез саркомерных сократительных белков.

Рестриктивная кардиомиопатия- характеризуется рестриктивным (ограниченным) наполнением и пониженным диастолическим объёмом любого или обоих желудочков с нормальной или близкой к нормальной систолической функцией. Может быть идиопатической или связанной с другими заболеваниями (например, амилоидоз, эндокардиальная болезнь).

Аритмогенная правожелудочковая кардиомиопатия- характеризуется прогрессирующим фиброзно-жировым замещением миокарда правого желудочка, в некоторых случаях- миокарда левого желудочка, обычно это семейная болезнь.

В амбулаторной практике можно встретиться с типичными ситуациями, позволяющими заподозрить гипертрофическую кардиомиопатию.

В начальной стадии болезни каких-либо жалоб больной не предъявляет. Первым симптомом обычно бывает случайно обнаруженный систолический шум над всей поверхностью сердца с максимумом на верхушке или в зоне Боткина. Кардиалгии, одышка у молодого человека с указанием в анамнезе на врождённый порок сердца. Кардиалгии,

одышка в сочетании с глубокими отрицательными зубцами Т или случайное выявление патологической «инфарктной» ЭКГ при отсутствии жалоб.

При дилатационной кардиомиопатии бессимптомный период болезни продолжается от 1 до 10 лет, в среднем 3-5 лет. На этом этапе дилатационная кардиомиопатия может быть заподозрена при случайном выявлении кардиомегалии по данным рентгенологического, ЭКГ, ЭхоКГ у лиц молодого и среднего возраста, если исключены ИБС, ГБ, клапанные пороки сердца Клиническая манифестация - появившиеся без видимой причины одышка при нагрузке, тахикардия, утомляемость, иногда кардиалгии.

Дифференциальная диагностика между КМП, пороками сердца ИБС и ГБ проводится по следующим критериям: жалобы, возраст больного, начало заболевания, клинические проявления, данные физикального обследования, лабораторные данные.

Приобретенные пороки сердца (ППС) чаще всего являются следствием перенесенного эндокардита ревматической этиологии.

Клиника ППС: различают две группы симптомов – прямые признаки, обусловленные нарушением функционирования клапанного аппарата и косвенные признаки – обусловленные компенсаторной гипертрофией дилатацией соответствующих камер сердца. В отличие от пороков сердца при КМП изолированно поражаются сердечные мышцы, с развитием кардиомегалии. Причины неизвестны и характеризуются быстрым развитием, за короткий период, тяжелой сердечной недостаточностью и сложными нарушениями ритма и тромбоэмболиями.

Самой частой причиной ИБС является атеросклероз коронарных артерий. Для ИБС характерным синдромом является болевой приступ, приступообразные давящие боли за грудиной. В лабораторных исследованиях выявляется гиперлипидемия.

При ГБ – повышение АД не связано с первичными органическими повреждениями органов и систем. Доброкачественная ГБ характеризуется медленным прогрессированием поражений органов мишеней (сердца, ЧН, сетчатки глаз и почек). При ЭКГ и рентгенограмме выявляются признаки гипертрофии левого желудочка. Исследование глазного дна позволяет с достоверностью судить об изменениях сосудов мозга.

Использование метода «Ролевая игра»

Цель: обучение студентов критически оценки информации и выявление полноты знаний по данной проблеме.

Ролевая игра – это метод обучения, при котором участники разыгрывают ситуацию, связанную с целями занятия.

Два участника в вашей группе согласятся участвовать в исполнении ролей. Один будет медицинским работником, другой – пациентом. Каждый участник, принимающий участие в ролевой игре, должен в течение нескольких минут ознакомиться с разыгрываемой ситуацией и подготовиться к игре. Те участники, которые будут наблюдать игру, также должны прочитать исходную информацию, чтобы иметь возможность участвовать в дискуссии в малых группах, проводимые после ролевой игры.

Роли участников

Медицинский работник: Врач с большим опытом работы, терапевт. В клинику кардиологии пришел впервые и никогда не работал с персоналом этой клиники.

Пациентка: 28-летняя женщина, имеющая двоих детей, во время проф. осмотра жаловалась на одышку и сердцебиение, при осмотре обнаружено систолический шум на верхушке, интенсивность шума увеличивается при резком вставании. На ЭКГ отрицательный зубец Т. Врач больного направил на ЭхоКГ и рентген кабинет для уточнения диагноза и выработки оптимальной лечебной тактики.

Содержание ролевой игры: Ролевая игра фокусируется на взаимодействии врача и пациентки. Врач должен проконсультировать и успокоить пациентку. Пациентка должна продолжать нервничать до тех пор пока врач не подберет соответствующие слова и выражения, которые дадут ей необходимую информацию и успокоят ее.

Вопросы для дискуссии:

1. Общался ли врач с пациенткой в приветливой, успокаивающей манере?
2. Оказал ли подход врача запланированный эффект на пациентку?
3. Какие другие подходы могли бы быть эффективны?
4. Были ли страхи пациентки обоснованны?
5. Как можно избежать этой проблемы?

№	Оценка	отлично	хорошо	удовл	неуд	плохо
	Усвоение в %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% и ниже
1	Теоретическая часть	20-17,2 балл	17-14,2 балл	14-11 балл	10,8-7,4 балл	7,2 балл

4.2 Аналитическая часть

4.2.1. Задача

37летнего больного П., в течение 2 лет беспокоят одышка, сердцебиение при незначительной физ нагрузке, отеки на ногах, боли и тяжесть в обл. правом подреберье, перебои в работе сердца. Регулярно принимает дигоксин, диуретики, кордарон и аспирин по схеме. Сегодня днем после физ.нагрузки внезапно появились боль за грудиной, одышка, кашель, кровохарканье, головокружение, холодный пот, цианоз. Была вызвана скорая помощь. На ЭКГ – признаки гипертрофии левого и правого желудочка с перегрузка правого желудочка, полная блокада ПНПГ. На ЭхоКГ: диффузное снижение сократимости миокарда, симметричное увеличение объемов полостей и фракций выброса обеих желудочков Диагноз. Тактика ВОП. Лечение.

Вопросы	Ответы	баллы
О каком заболевании можно думать?	Дилатационная кардиомиопатия с нарушением проводимости. Полная блокада ПНПГ. Осл: НК ПБ ст. ТЭЛА	65
Тактика ВОП и лечение.	госпитализация в кардиореанимацию Анальгетики, тромболитики, фраксипарин, аспирин, сердечные гликозиды, ИАПФ, АБ.	35

Задача

Больной 68 лет, страдающий стенокардией в течение нескольких лет, отмечал появление приступов стенокардии ежедневно 1-2 раза при ходьбе. За неделю до госпитализации заметил, что боли стали более интенсивными и длительными. Ещё через несколько дней число приступов стенокардии по дороге на работу достигало 10-15 тяжесть приступов не изменилась, они прекращались вскоре после снятия нагрузки, лишь иногда больной пользовался нитроглицерином. К врачам не обращался, каких-либо антиангинальных препаратов не принимал. В день госпитализации на улице развился тяжёлый ангинозный приступ, сопровождающийся одышкой, кашлем с пенистой мокротой, обмороком, падением АД до 80/60 мм.рт.ст., больной доставлен в стационар по «скорой». На ЭКГ – подъём сегмента ST в I, II, aVL, V1-6. Диагноз. Лечение.

Вопросы	Ответы	баллы
О каком заболевании можно думать?	ИБС: ИМ переднее-перегородочной и верхушечной области с охватом боковой стенки. острейший период. Осл: Рефлекторный кардиогенный шок. Отек легких	60
Тактика ВОП и лечение.	увлажненный кислород, наркотические анальгетики, нитраты на фоне дофамина и	40

гормонов, диуретики, спирт в/в

Задача Больная Н., 50 лет, жалуется на головные боли в теменно-затылочной части, одышку при ходьбе, приступы удушья в покое, перебои в обл. сердца, повышение АД отмечает более 10 лет. в момент осмотра появилась удушье, кашель с выделением пенистой мокроты, давящие боли за грудиной. АД 245/135 мм рт.ст. Состояние тяжелое, кожа бледна, влажная. Дыхание над легкими ослабленное, с двух сторон много влажные хрипы. Границы сердца смещены влево на 2 см, выраженный акцент II тона над аортой, систолический шум на верхушке. Деятельность сердца ритмичная, тоны глухие, тахикардия до 140 в мин. Печень выступает на 1-2 см ниже реберной дуги. Отеков нет. На ЭКГ ритм синусовый признаки гипертрофии ЛЖ с перегрузкой.

Выставить развернутый клинический диагноз. План обследование и лечения.

Вопросы	Ответы	баллы
О каком заболевании можно думать?	ГБ II ст. с поражением сердца и головного мозга. Осл: Гипертонический криз. Отёк легких.	50
Дополнительные методы обследования.	ОАК, ОАМ, холестерин, липиды, мочевины, креатинин, сахар крови, коагулограмма, ЭхоКГ, рентгеноскопия грудной клетки.	25
Тактика ВОП и лечение.	ИАПФ, В адреноблокаторы, аспирин, нитраты в/в, диуретики, ганглиоблокаторы, наркотические анальгетики.	25

Задача

Больная Т., 16 лет. Последние 2-3 года жалуется на повышенную утомляемость, температуры тела до 38,7⁰С, одышку, сердцебиение при физической нагрузке. Периодически повышается температура. Об-но: пастозность, под глазами темные круги, кожные покровы на ощупь влажные, небольшой «сердечный горб», граница сердца расширена в поперечнике, пульс 92 в мин., АД на руке 125/50 мм рт.ст. на ногах 130/80 мм рт.ст. Грубый систолодиастолический шум с эпицентром во II межреберье слева от грудины, зарегистрированный на ФКГ. ЭКГ: признаки гипертрофии левого желудочка. Рентгенологическое исследование: легочной рисунок усилен на счет артериального русла, значительно увеличены правые отделы сердца и левое предсердия, II дуга умеренно выбухает. Печень +3см. ОАК: лейкоцитоз (9x10⁹/л) со сдвигом до сегментоядерных. В мазке из зева зеленающий стрептококк. ОАК: Гемоглобин- 96 г/л, эр 3,1 L-11,0, СОЭ-50 мм/ч. В биохим. анализе крови: гиперпротеинемия, диспротеинемия, повышение фибриногена, ДФА и тимоловая проба, СРП- положительная. Ваш диагноз. План обследование.

Вопросы	Ответы	баллы
О каком заболевании можно думать?	ВПС. открытый артериальный проток. Вторичный бак. Эндокардит а/ф. Активность II, инфекционно- токсическая стадия.	50
Дополнительные методы обследования.	Посев крови 3х кратный, ЭхоКГ, Рентгеноскопия грудной клетки.	25
Тактика ВОП и лечение.	Антибиотики широкого спектра действие, гепарин, дезинтоксикационная терапия.	25

Задача Больной 57 лет доставлен в клинику по «скорой» с жалобами на резкие давящие боли за грудиной, иррадирующие в левую руку, чувство страха смерти, общую слабость. Боль продолжалась в течение 3 часов, не купировалась нитроглицерином. Об-но: бледность кожных покровов, лицо покрыто холодным липким потом, цианоз губ. Мраморный цвет кожных покровов Над легкими: везикулярное дыхание, в нижних отделах застойные звучные хрипы. Сердце: левая граница на 2 см кнаружи от срединно-

ключичной линии, правая - по краю грудины, верхняя – 3 ребро, тоны глухие. Пульс и ЧСС – 120 в минуту, малого наполнения, мягкий, аритмичный. АД – 70/40 мм.рт.ст Живот слегка вздут, при пальпации безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. t – 36,6 С, на второй день температура - 38 С. В анализе крови: эр – 4,5 Нв -116 г/л, L-10,2, СОЭ – 18 мм/ч. ПТИ – 109 %, АСТ – 1,8, АЛТ – 0,9 ммоль/л, альдолаза – 12 ед/мл. Диурез снижен.

На ЭКГ – ритм синусовый, в II, III, aVF отведениях глубокий и широкий зубец Q, отрицательный зубец T, и интервал ST выше изолинии в виде купола. Политопные экстрасистолы. Диагноз. Тактика ВОП. Лечение.

Вопросы	Ответы	баллы
О каком заболевании можно думать?	. ИБС: ОИМ задней стенки с зубцом Q, острый стадия, ЖЭС III класс по Лауну. Осл: Кардиогенный шок.	60
Тактика ВОП и лечение.	Госпитализация в кардиореанимацию. Нитраты на фоне гармонов, допамин, гепарин, кордарон	40

Задача Болной Н., 50 лет жалуется на головные боли, сжимающие боли в области сердца с иррадиацией в левую руку, одышку при физ нагрузке, приступы удушья в горизонтальном положении, перебои в работе сердца, повышение АД. Из анамнеза в течение 10 лет страдает с ГБ. Во время осмотра внезапно появились боли за грудиной, кашель с пенистой макротой, удушье. Состояние больного тяжелое, кожные покровы бледные, влажные, акрацианоз. Над легкими с двух сторон множественные влажные хрипы. ЧДД -28 раза в мин. Сог- граница смещена влево. Аускультация: тоны приглушены, аритмичны. ЧСС- 140 уд. в мин. АД- 245/135 мм рт.ст. Живот мягкий б/б. Печень +1+2 см. Периферических отеков нет. ЭКГ до приступа: Ритм синусовый, ГЛЖ с перегрузкой. Политопные экстрасистолы. ОАК без изменений. Полный диагноз. Лечение.

Вопросы	Ответы	баллы
О каком заболевании можно думать?	ИБС. Прогрессирующая стенокардия напряжение с нарушением ритма. ЖЭС III кл. по Луну. Гипертоническая болезнь II ст. с поражением сердца и мозга. Осложнение: Гипертонический криз I типа. Отек легких.	65
Тактика ВОП и лечение.	нитраты в/в и внутрь, ИАПФ, кордарон, аспирин, диуретики, ганглиоблокаторы, наркотические анальгетики, увлажненный кислород.	35

Задача Больной 20 лет направлен на обследование в связи с ежедневными приступами головокружения и предобморочными состояниями, возникшими 6 месяцев назад после простудного заболевания. t – 38,2 С. Сердца тоны приглушены, аритмичны, ЧСС -60 уд. В 1 мин. АД 120/80 мм.рт.ст. В анализе крови: эр – 4,5 Нв -116 г/л, L-10,2, СОЭ – 25мм/ч., На ЭКГ: атриовентрикулярная блокада II степени. ОАМ: Уд. Вес 1020, белок- 0,033%, лейкоциты 3-4/1.

Предварительный предполагаемый диагноз. План обследования. Тактика ВОП.

Вопросы	Ответы	баллы
О каком заболевании можно думать?	Миокардит инфекционной этиологии с нарушением проводимости. Атриовентрикулярная блокада II степени.	50
Дополнительные методы обследования.	обследования. ОАК, ревмопробы, коагулограмма, ЭКГ, ритмограмма, ЭхоКГ.	25

Задача

Женщина 32 лет, после отдыха на юге отметила эритему на лице, боли в суставах, выпадение волос, сердцебиение, повышение температуры тела до 39⁰С, боли в обл. сердца, отеки на ногах. Об-но: бледность кожных покровов, на щеках высыпание. Над легкими: везикулярное дыхание, в нижних отделах застойные звучные хрипы. Сердце: левая границы на 2 см кнаружи от срединно-ключичной линии, правая - по краю грудины, верхняя – 3 ребро, тоны глухие. Пульс и ЧСС – 120 в минуту, малого наполнения, мягкий, ритмичный. АД – 160/120 мм.рт.ст Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены. В анализе крови: эр – 2,8 Нб -96 г/л, L-8,2, СОЭ – 38 мм/ч. ПТИ – 109 %, АСТ – 1,8, АЛТ – 0,9 ммоль/л. Диурез снижен. ОАМ: Уд. Вес 1020, белок-0,66%, лейкоциты 3-4/1, цилиндры восковидные -2-3/1.

Ваш предварительный диагноз. Методы исследования. Тактика ВОП.

Решение задачи по 20 этапной решение проблемы пациента

№	Оценка	отлично	хорошо	удовл	неуд	плохо
	Усвоение в %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% и ниже
2	Ситуационная задача	50-43 балл	42,5- 35,5 балл	35- 27,5 балл	27-18,5 балл	18 балл

4.2.2. Графический органайзер:**Диаграмма ВЕННА**

- используется для сравнения или сопоставления или противопоставления 2-3х аспектов и показа их общих черт.
- Развивает системное мышление, умение сравнивать, сопоставлять, проводить анализ и синтез.

Знакомятся с правилами построения диаграммы Венна. Индивидуально / в парах строят диаграмму Венна и заполняют части непересекающихся кругов (X)

Объединяются в пары, сравнивают и дополняют свои диаграммы.

В месте пересечения кругов составляют список тех черт, которые, на их взгляд, являются общими для информации 2-3х кругов (хх/xxx).

**4.3. Практическая часть**

Перечень навыков, которым ВОП должен владеть после завершения занятий по данной тематике

1. Перечислить принципы работы ВОП с учетом аспектов семейной медицины
2. Нести ответственность за этические моменты в работе ВОП
3. Знание требований этики, деонтологии и права.
4. Оценка особенностей развития семьи и отдельного пациента в экономическом, социальном, психологическом, нравственном, культурном и физическом аспектах.

№	Оценка	отлично	хорошо	удовл	неуд	плохо
	Усвоение в %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% и ниже
4	Практическая часть	15-12,9 балл	12,75-10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5-балл	5,4 балл

5. Формы контроля знаний, навыков и умений

- Устно
- Письменно
- Решение ситуационных задач
- Демонстрация освоенных практических навыков

5.1. Критерии оценок знаний и умение практических навыков студентов.

№	Оценка	отлично	хорошо	удовл	неуд	плохо
	Усвоение в %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% и ниже
1	Теоретическая часть	20-17,2 балл	17-14,2 балл	14-11 балл	10,8-7,4 балл	7,2 балл
2	Ситуационные задачи	50-43 балл	42,5- 35,5 балл	35- 27,5 балл	27-18,5 балл	18 балл
3	Тест	15-12,9 балл	12,7-10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5 балл	5,4 балл
4	Практическая часть	15-12,9 балл	12,75-10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5-балл	5,4 балл

6. Критерии оценки текущего контроля

Уровни оценок	Рейтинг баллы	Характеристика работы студента
	20	Балл присутствия на практическом занятии. Полное отсутствие уровня знаний и не умение выполнить практический навык – студент абсолютно не готов к практическому занятию.

<p style="text-align: center;">Не удовлетвор ительно</p>	<p style="text-align: center;">20 - 54,9</p>	<p>Студент отвечает неудовлетворительно. Студенты не владеет базовыми уровнями знаний и навыков, хотя бы одного из нижеперечисленных:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Не знает клинические признаки кардиомиопатии • Не знает механизм развития кардиомиопатии. • Не знает диагностику заболеваний, сопровождающихся изменениями конфигурации сердца. • Не может указать особенности физикальных данных заболеваний, сопровождающихся изменениями конфигурации сердца. • Не способен собрать рациональный анамнез во время курации больных. • Во время курации не способен объективно оценить состояние больных. • Не способен рационально составлять план обследования больных с кардиомиопатией в условиях СВП или СП.
Обеспечение базового уровня знаний и навыков		
<p style="text-align: center;">Удовлетвор ительно</p> <p style="text-align: center;">55-70,9%</p>	<p style="text-align: center;">55-60,9</p>	<p>Удовлетворительный ответ низкого качества. Студент старается владеть базовыми уровнями знаний и навыков (см.ниже), но при ответе или выполнении навыков допускают серьезные ошибки.</p>
	<p style="text-align: center;">61-65,9</p>	<p>Удовлетворительный ответ средней степени. Студент владеет базовыми уровнями знаний и навыков (см.ниже), но при ответе или выполнении навыков допускают ошибки (возможны отдельные погрешности)</p>
	<p style="text-align: center;">66-70,9</p>	<p>Удовлетворительный ответ высокого качества. Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Знает клинические признаки заболеваний, сопровождающихся изменениями конфигурации сердца. • Может дифференцировать заболевания, сопровождающихся изменением конфигурации сердца по субъективным, объективным и лабораторно-инструментальным данным • Может указать на ЭКГ различные виды изменений конфигурации сердца. • Способен собрать рациональный анамнез во время курации больных. • Во время курации способен объективно оценить состояние больных. • Может интерпретировать результаты лабораторно-инструментальных методов исследований – может указать о наличие гиперхолестеринемии, лейкоцитоза, повышенного КФК и СОЭ. • Может показать технику регистрации ЭКГ • Способен рационально составлять план обследования больных с изменением конфигурации сердца в условиях СВП или СП. • Способен корректно заполнять дневник больного.

Продвинутый уровень знаний		
Хорошо 71-85,9%	71-75,9	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (указанные в пункте «66-70,9») + владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Знает механизм действия лекарственных препаратов • Рационально выбрать лекарственных препаратов, с доказанной эффективностью.
	76-80	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «71-75,9», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Знает принципы первичной, вторичной и третичной профилактики данных заболеваний.
	81-85,9	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «71-75,9» и «76-80», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Принципы ведения, наблюдения и мониторинга больных в условиях СВП или СП. • Умеет провести консультацию по вопросам немедикаментозных и медикаментозных советов с использованием навыков МЛЮ. • Принципы диспансеризации и реабилитации больных в условиях СВП или СП
Отлично 86-100%	86-90	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «81-85,9», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Умеет предоставлять достоверную информацию о пороках на основании интернет данных.
	91-95	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «86-90», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Может провести мониторинг в условиях СВП или СП.
	96-100	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «91-95», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Предоставил научные данные на основе литературы (статьи и интернет) • Знает показания и противопоказания стентирования и АКШ

Примечание: Базовый уровень знаний и навыков – это минимум знаний, который обеспечивает принцип «безопасности» для пациента.

7.Контрольные вопросы

- 1.Перечислите заболевания, протекающие с изменениями конфигурации сердца.
- 2.Классификация кардиомиопатии (ВОЗ).

3. Клинические признаки и диагностика ДКМП.
4. Клинические признаки и диагностика ГКМП.
5. Принципы лечения кардиомиопатии.
6. Клинические признаки и диагностика РКМП.
7. Тактика ВОП при изменениях конфигурации сердца.

8. Рекомендуемая литература

Основные

- 1) Ички касалликлар, Шарапов У.Ф. Т: Ибн Сино, 2003
- 2) Ички касалликлар, Бобожанов С. Т: Янги аср авлод, 2008
- 3) Внутренние болезни, том 1 Мухин Н.А. М.: ГЭОТАР - Медиа, 2009
- 4) Внутренние болезни, том 2 Мухин Н.А. М.: ГЭОТАР - Медиа, 2009
- 5) Textbook of Internal Medicine Editor-in-Chief William N. Kelley 1997

Дополнительные

- 1) Умумий амалиёт врачлар учун маърузалар туплами, Гадаев А.Г., Т., 2012
- 2) Общая врачебная практика, Под ред. Ф.Г. Назирова, А.Г. Гадаева. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
- 3) Справочник врача общей практики. Дж. Мёрта. М.: Практика, 1998.
- 4) Сборник практических навыков для врачей общей практики. Гадаев А., Ахмедов Х.С. Т., 2010.
- 5) Умумий амалиёт врачлар учун амалий куникмалар туплами Гадаев А.Г., Ахмедов Х.С., 2010.
- 6) Терапевтический справочник Вашингтонского Под ред. М. Вудли М.: Практика, 2000.
- 7) Умумий амалиёт шифокори учун кулланма Ф.Г. Назиров, А.Г. Гадаев тахр. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.
- 8) Диагностика болезней внутренних органов. Огороков А.Н. Все томы. 2005.
- 9) Лечение болезней внутренних органов. Огороков А.Н. Все томы. 2005.
- 10) Дифференциальный диагноз внутренних болезней. Виноградов А.В. М.: Медицинское информационное агенство, 2009.
- 11) Внутренние болезни: учебник.- в 2-х т. (1т) Под ред. Мартынова и др. М.: ГЭОТАР - Медиа, 2005:

Интернет ресурслар:

<http://www.lib.uiowa.edu/hardin/md/index.html>, <http://dir.rusmedserv.c>, <http://www.medlinks.ru/>, <http://www.kosmix.com/>, <http://www.medpoisk.ru/>, <http://www.tripdatabase.com/>, <http://www.intute.ac.uk/medicine/>
<http://elibrary.ru> <http://www.freebooks4doctors.com/>
<http://www.medscape.com/> <http://www.mededucation.net/>
<http://www.thecochranelibrary.com>

Интернет медицина сайтлари:

Med.-site.narod.ru
www.medlook.ru
www.medbok.ru
www.medicum.ru
www.medtext.ru
www.medkniga.ru
www.cardioline.ru

9. Хронологическое содержание занятия

Время	Мероприятие	Содержание	Материалы	Продолжительность занятия
8.30–9.30	Утренняя конференция	Доклад дежурных врачей и дежурных субординаторов по дежурству.	Истории болезни, ЭКГ, кодоскоп.	1 час
9.15-10.00	Клинический аудит выписывающихся больных.	Подробный доклад студентов о выписываемых больных.		45 минут
0.05-10.45	Теоретический разбор темы	Проверка исходного уровня подготовленности студентов с использованием метода «ролевая игра». Опрос студентов по теме занятия. Студентам раздаются ЭКГ, которые студенты должны анализировать, расшифровать и дать заключение. Решение ситуационных задач по данной теме.	Учебные доски, папка с ЭКГ, таблицы и ситуационные задачи, соответствующие теме занятия.	40 минут
10.45 - 11.05.	Проработка практических навыков.	Студент под надзором преподавателя должен выполнить минимум два практического навыка.	Больной или волонтер.	20 минут
11.05-11.45	Курация больных В отделении кардиологии и кардиореанимации	Каждый студент курирует больных определенной палаты.	Больной, фонендоскоп, тонометр, история болезни (с данными клинико-лабораторных исследований).	40 минут
11.45-12.15	Перерыв			30 мин

12.20-14.00	Разбор тематических больных	По выбору педагога проводится полный осмотр больного по теме занятия или пациентов, готовящихся к выписке, анализ данных лабораторно-инструментального исследования, обоснование предварительного и окончательного клинического диагнозов. Определяется план лечения с дозами препаратов.	Больной, фонендоскоп, тонометр, история болезни (данными клиничко-лабораторных исследований).	1 час
-------------	-----------------------------	---	---	-------

ТРЕБОВАНИЯ К ЗНАНИЯМ, УМЕНИЯМ И НАВЫКАМ ПРИ ОБУЧЕНИИ СТУДЕНТОВ НА ОСНОВЕ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ БОЛЬНЫХ С ОТЕЧНО-АСЦИТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Цель: Научить студентов посиндромальному решению проблемы больных с отечно-асцитическим синдромом, а также принципам их ведения в условиях первичного звена здравоохранения в рамках квалификационной характеристики ВОП

Основные задачи обучения:

- Обучить студентов в решении проблемы, связанной с отечно-асцитическим синдромом;
- Обучить студентов своевременной диагностике при наличии проблемы, связанной с отечно-асцитическим синдромом.
- Обучить студентов дифференцировать болезни, сопровождающиеся с отечно-асцитическим синдромом.
- Усовершенствовать необходимые знания, умения и практические навыки при решении проблемы пациентов с отечно-асцитическим синдромом (сбор информации, выявление проблемы и физикальный осмотр, а также умение обоснованно назначать лабораторно-инструментальные методы исследования);
- Обучить студентов обоснованно выбрать тактику ведения;
- Обучить студентов обоснованно осуществлять лечебно-профилактических мер и наблюдению в условиях СВП и СП.

При разборе данной проблемы больных ключевыми моментами оценки знаний студентов должны быть:

- Умение выделить основную проблему, которая отразилась на качестве жизни больных.
- Умение задавать вспомогательные вопросы рационального анамнеза.
- Умение выделить наличие факторов риска.
- Умение перечислить заболевания или состояния, которые могут быть причиной данной проблемы.
- Умение обоснованно провести физикальный осмотр.
- Умение обоснованного назначения лабораторно-лабораторных исследований в условиях СВП или ОП.
- Умение выделить необходимость дополнительных исследований за пределами СВП или ОП.
- На основании полученной информации умение установить основную причину (диагноз) данной проблемы.
- Умение определить тактику ведения на основании квалификационной характеристики ВОП.
- Умение давать немедикаментозные советы.
- Умение определить медикаментозное лечение на основании доказательной медицины
- Умение определить профилактических мер на уровне первичного звена здравоохранения.
- Умение определить принципы диспансеризации и реабилитации больных в условиях СВП или СП.

Что должен знать студент при решении проблемы пациентов с отечно-асцитическим синдромом:

№	Перечень знаний	Базовый уровень
1	Перечень заболеваний, которые протекают с	Студент должен знать как

	отечно-асцитическим синдромом	минимум 10 наиболее часто встречаемых заболеваний
2	Перечень наиболее опасных заболеваний, которые протекают с отечно-асцитическим синдромом	Студент должен знать как минимум 5 заболеваний
3	Перечень состояний, требующие ведения в условиях СВП или СП (1-категория)	Согласно квалификационной характеристики ВОП
4	Перечень состояний, требующие консультации узкого специалиста или госпитализаций (2-категория)	Согласно квалификационной характеристики ВОП
5	Перечень исследований, требующие проведения в условиях СВП или СП (3.1-категория)	Согласно квалификационной характеристики ВОП
6	Перечень исследований, требующих направлений за пределы СВП или СП (3.2-категория)	Согласно квалификационной характеристики ВОП
7	Ключевые моменты (критерий) диагностики заболеваний, протекающие с отечно-асцитическим синдромом	Студент должен знать отличительные признаки и проявления каждого заболевания, а также критерии их диагностики.
8	Симптомы поражения внутренних органов	Студент должен знать признаки поражения сердца, легких, печени, селезенки, почек.
9	Признаки нефротического синдрома	Студент должен перечислить основные проявления
10	Признаки сердечной недостаточности	Студент должен перечислить основные проявления
11	Признаки асцита	Студент должен перечислить основные проявления
12	Признаки венозной недостаточности	Студент должен перечислить основные проявления
13	Показатели лабораторно-инструментальных методов исследований	Студент должен знать: - нормативные показатели и ожидаемые изменения при заболеваниях
14	Лечебная тактика	Студент должен знать методы и принципы лечения (в том числе немедикаментозные).
15	Принципы первичной, вторичной и третичной профилактики	Студент должен знать основные мероприятия, необходимые для первичной, вторичной и третичной профилактики
	Принципы диспансеризации и реабилитации больных в условиях СВП или ОП (4-категория)	Студент должен перечислить основные мероприятия по диспансеризации и реабилитации

Что должен уметь студент при решении проблемы пациентов с отечно-асцитическим синдромом:

№	Перечень навыков	Базовый уровень
1	Расспросить больного и его родственников	<ul style="list-style-type: none"> Студент должен уметь задавать лаконичные вопросы рационального

		<p>вопроса, которые действительно помогает в установке вероятного диагноза.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Студент должен уметь целенаправленно выявлять и оценивать жалобы пациента. • Студент должен уметь анализировать анамнез заболевания: начало заболевания, первые симптомы, причинная их связь и динамика развития. • Студент должен уметь анализировать анамнез жизни: выявление факторов риска, здоровье родителей и ближайших родственников.
2	Выявить факторы риска	Студент должен уметь выявить управляемые и неуправляемые факторы риска как при расспросе больного, так на основании объективного подхода
3	Рассчитать индекс масса/тела	Студент должен уметь выявить признаки: <ul style="list-style-type: none"> - недостаточности веса - повышенного веса.
4	Измерить артериальное давление.	Студент должен уметь провести тонометрию с учетом пошагового принципа.
5	Общий осмотр	Студент должен уметь выявить: <ul style="list-style-type: none"> -facies nefrotica -одутловатость - печеночные ладони, -гинекомастию, -набухание шейных вен - кахексию.
6	Провести осмотр кожи	Студент должен уметь обнаружить наличие: <ul style="list-style-type: none"> -бледности - цианоза, - иктеричности, -наличие высыпаний - уплотнений - телангиоэктазии.
7	Осмотр рта	Студент должен уметь оценить язык.
8	Исследовать пульс на сонных, лучевых и бедренных артериях	Студент должен уметь обнаружить: <ul style="list-style-type: none"> - наличие или отсутствие пульса Студент должен уметь оценить свойства лучевой артерии.
9	Провести пальпацию, перкуссию и аускультацию органов дыхания.	Студент должен уметь оценить: <ul style="list-style-type: none"> - экскурсию грудной клетки - голосовое дрожание - изменение легочного звука и их интерпретация - типы дыхания - наличие дыхательных шумов и хрипов
10	Провести пальпацию, перкуссию и аускультацию сердечно-сосудистую систему.	Студент должен уметь выявить признаки: <ul style="list-style-type: none"> - гипертрофии отделов сердца Студент должен уметь оценить:

		<ul style="list-style-type: none"> - тоны сердца; - при наличии сердечных шумов, уметь выявить их эпицентр, и отношение к фазе сердечной деятельности (систолический или диастолический шум); - уметь отдифференцировать функциональные сердечные шумы от органических. - шума трения перикарда
11	Провести осмотр, пальпацию, перкуссию живота	<p>Студент должен уметь выявить наличие:</p> <ul style="list-style-type: none"> -асцита -метеоризма -сосудистых звездочек - венозных коллатерали <p>Студент должен уметь провести поверхностную и глубокую пальпацию живота</p> <p>Студент должен уметь выявить признаки:</p> <ul style="list-style-type: none"> - гепатомегалии, -спленомегалии. <p>Студент должен уметь оценить:</p> <ul style="list-style-type: none"> - всех доступных образований в брюшной полости
12	Провести перкуссию и пальпацию почек	<p>Студент должен уметь выявить наличие:</p> <ul style="list-style-type: none"> - увеличенной почки
13	Провести аускультацию над почечными артериями	<p>Студент должен уметь выявить наличие:</p> <ul style="list-style-type: none"> -систолического шума.
14	Осмотреть конечности	<p>Студент должен осмотреть конечности и тела и уметь обнаружить:</p> <ul style="list-style-type: none"> - местный или генерализованный отек. <p>Пальцам должен уметь надавить на тыльную поверхность стопы и обнаружить:</p> <ul style="list-style-type: none"> - появляется ямка или нет. <p>Должен обратить внимание на состояния вен нижней конечности</p>
15	Провести осмотр костно-суставной системы	<p>Студент должен уметь обнаружить:</p> <ul style="list-style-type: none"> - наличие суставного синдрома
16	Обследовать щитовидную железу.	<p>Студент должен уметь осмотреть и пропальпировать щитовидную железу и выявить признаки увеличения, а также в зависимости от размеров щитовидной железы различить степени зоба</p>
17	Провести офтальмоскопию	<p>Студент должен уметь провести офтальмоскопию с учетом пошагового принципа и осмотреть глазное дно, а также выявить признаки:</p> <ul style="list-style-type: none"> - артериовенозных перекрестов
18	Интерпретировать клинические и биохимические анализы	<p>Студент должен уметь выявить сдвиги от нормы</p>
19	Интерпретировать рентген снимок легких	<p>Студент должен уметь выявить признаки:</p> <ul style="list-style-type: none"> - пневмонии

		<ul style="list-style-type: none"> - пневмоторакса - плеврита - рака легкого и туберкулеза
20	Снять ЭКГ и расшифровать ее.	<p>3. Студент должен уметь регистрировать ЭКГ с учетом пошагового принципа.</p> <p>4. Студент должен уметь расшифровать результаты ЭКГ и выявить признаки:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ишемии миокарда - инфаркта миокарда - гипертрофии отделов сердца - нарушений ритма сердца
21	Отдифференцировать болезни, сопровождающиеся с отечно-асцитическим синдромом.	Студент должен уметь отдифференцировать болезни на основании отличительных черт (анамнез, объективный осмотр и лабораторно-инструментальные исследования)
22	Дать немедикаментозные советы	Студент должен уметь: <ul style="list-style-type: none"> - обучить больных по самоконтролю - консультировать по диете - консультировать по ведению здорового образа жизни
23	Рационально использовать лекарственные средства при лечении заболеваний, протекающие с отечно-асцитическим синдромом.	<p>5. Студент должен уметь выбрать препараты с доказанной эффективностью.</p> <p>6. При выборе препарата студент должен уметь оценить:</p> <ul style="list-style-type: none"> - эффективность - безопасность - приемлемость - экономичность.
24	Провести мониторинг и наблюдение больных	Студент должен перечислить принципы ведения и наблюдения заболеваний, протекающие с отечно-асцитическим синдромом.

ПУЛЬМОНОЛОГИЯ

Практическое занятие №1

Тема:

Кашель с выделением мокроты. Диф. Диагностика ОРЗ, ОРВИ, острого бронхита и пневмонии. Тактика ВОП. Дифференциальная диагностика внебольничной и внутрибольничной пневмонии. Пневмонии разной этиологии (бактериальная, вирусная, микоплазменная). Тактика ВОП.

1. Технология обучения

Учебное время: 4 час	
Структура учебного занятия	<ol style="list-style-type: none"> 1. Учебный тематический кабинет. 2. Кабинет ЭКГ 3. Учебные пособия, фантомы, муляжи, раздаточный материал, сборник ситуационных задач и тестов 4. Телевизор, видео аппаратура, мультимедиа 5. Больничные палаты

Цель учебного занятия: Научить ВОП вопросам своевременной диагностики и дифференциальной диагностики заболеваний, протекающих с кашлем.	
Педагогические задачи: 1. Научить ВОП диагностике - долевых и сегментарных поражений легких; особенностям клинического течения в зависимости от этиологии и от стадии. 2. Научить ВОП дифференциальной диагностике заболеваний, при которых наблюдается долевые и сегментарные поражения легких. 3. Ознакомить ВОП с перечнем инфекционных и неинфекционных заболеваний, сопровождающихся долевыми и сегментарными поражениями легких и подлежащих лечению в условиях СВП (ГВП) или специализированных стационаров. 4. Обсудить вопросы касательно тактики ведения в рамках квалификационной характеристики ВОП 5. Обсудить принципы лечения (немедикаментозные и медикаментозные). 6. Обсудить принципы ведения, наблюдения и мониторинга больных в условиях СВП или СП. 7. Обсудить принципы первичной, вторичной и третичной профилактики при данных заболеваниях.	Результаты учебной деятельности: ВОП должен знать: 1. Клинические проявления долевой пневмонии, инфильтративного туберкулеза, инфаркта легких (особенности их течения). 2. Дифференциальную диагностику при них. 3. Тактику ВОП. 4. Принципы диспансерного наблюдения и мониторинга больных в условиях СВП или СП. 5. Принципы первичной, вторичной и третичной профилактики при данных заболеваниях. ВОП должен уметь: 1. Анализировать данные жалоб и анамнеза для диагностики долевых пневмоний, инфильтративного туберкулеза, инфаркта легких. 2. Диагностировать, дифференцировать по клинике, данным лабораторных исследований, рентгенограммам долевые пневмонии, инфильтративный туберкулез, инфаркт легких. 3. Консультировать по немедикаментозным методам лечения. 4. Провести мониторинг в условиях СВП или СП.
Методы обучения	метод «тур по галерее». демонстрация, видеопросмотр, дискуссия, беседа, решение тестов и ситуационных задач
Формы организации учебной деятельности	Индивидуальная работа, работа в группах, коллективная, аудиторная, внеаудиторная.
Средства обучения	Раздаточные учебные материалы визуальные материалы, видеофильмы, муляжи, графические органайзеры, мазки мокроты, комплекты медицинских карт, таблицы, стенды, комплекты рентгенограмм.
Способы и средства обратной связи	Блиц-опрос, тестирование, презентация результатов выполнения учебного задания, заполнение историй болезни, выполнение практического навыка «профессиональный расспрос»

Технологическая карта занятия

Кашель с выделением мокроты. Диф. Диагностика ОРЗ, ОРВИ, острого бронхита и пневмонии. Тактика ВОП. Дифференциальная диагностика внебольничной и

внутрибольничной пневмонии. Пневмонии разной этиологии (бактериальная, вирусная, микоплазменная). Тактика ВОП.

№	Этапы практического занятия	Форма занятия Место проведения	Длительность занятия 225
1	Вводная часть (обоснование темы)		10
2	Обсуждение темы практического занятия с применением новых педагогических технологий (метод «тур по галерее»), а также демонстрационного материала (историй болезни, таблицы, плакаты, рентгенограммы), определение исходного уровня.	Опрос, обсуждение Учебная комната, палата	40
3	Вывод обсуждения		10
4	Определение задания для выполнения практической части - профессиональный расспрос. Объяснение положений и рекомендаций для выполнения задания по заполнению историй болезни.	Обсуждение	20
5	Освоение практической части занятия под руководством преподавателя.	Проф. расспрос. Беседа с больными и заполнение мед карт, ситуационные задачи. Осмотр тематических больных в палатах	20
6	Интерпретация данных обследования больных-жалобы, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация больных, а также исследования ОАМ, ОАК, рентгенограммы, общий анализ и бак. посев мокроты и биохимические анализы и постановка диагноза	Истории болезни, лабораторные данные ситуационные задачи	25
7	Обсуждение теоретических, практических знаний студентов, закрепление материала, определение уровня усвоения оценкой знаний.	Устный опрос, тесты, обсуждение, определение практических навыков Учебная комната	75
8	Определение вывода по теме практического занятия, оценка по 100 бальной системе и объявление оценок. Домашнее задание следующего практического занятия (сборник вопросов).	Информация, вопросы для самостоятельной работы. Учебная комната	25

2. Мотивация

Большинство больных с кашлем обращаются за медицинской помощью. В этой ситуации усилие врача общей практики (ВОП) направляется на диагностику кашля, обусловленных различными заболеваниями. В случае выявления кашля ВОП должен диагностировать данное заболевание, а также определить причину, обусловившую

заболевание, для оказания медицинской помощи и уточнения места дислокации этой группы больных.

3. Межпредметные и внутрипредметные связи

Т.к. кашель наблюдается при заболеваниях сердца и сосудов, нервной системы, при системных заболеваниях соединительной ткани, ВОП приходится сталкиваться по работе с кардиологами, невропатологами, ревматологами. Полученные в ходе занятия знания будут использованы при прохождении ВОП – внутренних болезней и других клинических дисциплин.

4. Содержание занятия

4.1. Теоретическая часть

Кашель – один из жалоб, с которым больные обращаются к ВОП врачу. **Кашель** – является защитной реакцией организма для выведения инородных веществ, экссудата, пыли, из верхних дыхательных путей и бывает психогенного генеза или является наиболее часто встречающимся симптомом заболеваний нижних дыхательных путей.

Кашель – является сложным рефлекторным актом и характеризуется быстрым увеличением внутригрудного давления.

Кашель чаще всего является патологическим симптомом, сопровождающим заболевания легких. Кашлевой рефлекс начинается с ветвей блуждающего нерва. Щекотание рецепторов плевры или дыхательных путей передается в центр кашля в продолговатом мозгу. Там через полисиноптические пути ретикулярной системы наблюдается координированная реакция бронхов, гортани, грудной клетки и диафрагмы. Давление грудной клетки возрастает в 140 мм.ст.м. уст. ет. Давление в крупных бронхах на 30-40м/сек, скорость течения воздуха возрастает в 20-30 раз в крупных бронхах на 30-40м/сек, скорость вмещения достигает 12л/с. Кашлевой рефлекс находится под воздействием коры головного мозга при некоторых заболеваниях легких кашель является специфическим симптомом. Поэтому при опросе больных надо обратить внимание на время возникновения кашля, на продолжительность и характер выделяемой мокроты.

Пневмония – острое инфекционно-воспалительное заболевание преимущественно бактериальной этиологии с вовлечением в воспалительный процесс респираторных отделов легких, обязательной альвеолярной экссудацией, которая распространяется на расположенные рядом бронхи, сосуды, плевру.

Социально-медицинская значимость пневмоний: заболеваемость составляет 10-15/1000 населения в год;

Длительность пневмонии:

- при легком течении – 2-3 недели;
- при среднетяжелом течении – 4-5 недель;
- при тяжелом течении – 6-8 недель;

КЛАССИФИКАЦИЯ ПНЕВМОНИЙ (1995)

1. По этиологии:

- бактериальные,
- микоплазменные,
- хламидийные,
- вирусные,
- грибковые,
- паразитарные,
- смешанной этиологии,
- неуточненной этиологии
- Среди бактериальной флоры преобладают:
 - грам+: пневмококк, золотистый стафилококк, гноеродный стрептококк группы А, энтерококк и др.;

- анаэробные грам+: пептококки, пептострептококки и др.;
- грам–: палочка Фридендера (*Klebsiella pneumoniae*), *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Legionella* (внутриклеточно), протей и др.;
- анаэробные грам–: бактероиды, фузобактерии, *Branchamella catarrhalis*, *Moraxella catarrhalis*.

2. По условиям возникновения:

- внебольничные,
- госпитальные (спустя 48-72 часа после госпитализации),
- атипичные,
- аспирационные,
- у больных с иммунодефицитами,
- у больных с нейтропенией.

Преимущественные возбудители внебольничных пневмоний: пневмококк, *Haemophilus influenzae*, *Legionella*; внутрибольничных – *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae*, *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Proteus*, *Bacteroides*. Выделяют вентиляторно-ассоциированные пневмонии – на ИВЛ (чаще *St.aureus* и др.).

3. По локализации и протяженности:

право-, лево-, двусторонняя, тотальная, долевая, сегментарная, центральная («прикорневая»).

4. По степени тяжести:

- тяжелое течение;
- среднетяжелое течение;
- легкое течение.

5. По наличию осложнений (легочных и внелегочных).

6. По фазе заболевания (разгар, разрешение, реконвалесценция, затяжное течение).

Тяжесть пневмонии

Симптом	Степень тяжести		
	Легкая	Средняя	Тяжелая
ЧД	не более 25	около 30	40 и более
PS	ниже 90	до 100	выше 100
t°	до 38°	до 39°	40° и выше
Гипоксемия	цианоза нет	нерезкий цианоз	выраженный цианоз
НК*	нет	нерезкая	отчетливая
Обширность поражения	1-2 сегмента	1-2 сегмента с двух сторон или целая доля	больше 1 доли, тотальная; полисегментарная

*) – недостаточность кровообращения

Примеры осложнений:

- Легочные:
- кровохарканье;
- парапневмонический плеврит;
- синдром бронхиальной обструкции;
- острая дыхательная недостаточность;
- Со стороны ССС (из внелегочных):
- коллаптоидное состояние (особенно стоя);
- острое легочное сердце;
- ДВС-синдром;
- шок;
- анемия.

Затяжная пневмония – это острое инфекционно-воспалительное заболевание легких, при котором пневмонический инфильтрат разрешается не в обычные сроки (до 4 недель), а медленнее, в течение 5-8 недель, и заканчивается, как правило, выздоровлением.

Атипичная пневмония – это пневмония, которая вызывается микроорганизмами, размножившимися внутриклеточно: легионеллами, хламидиями, микоплазмами. Такие пневмонии протекают без типичных клинических и рентгенологических (инфильтративных) проявлений, по патогенезу – преимущественно вторичные, плохо поддаются лечению антибиотиками пенициллинового и цефалоспоринового ряда.

КЛИНИКА

Характерные синдромы:

- синдром острой интоксикации (слабость, снижение аппетита, головная боль, миалгии, одышка, сердцебиение, бледность и падение АД, расстройства сознания);
- синдром воспаления легочной ткани (локальный бронхит, уплотнение легочной ткани, вовлечение плевры);
- синдром общих клинических воспалительных проявлений (повышение температуры, озноб, выраженная ночная потливость);
- изменения острофазовых показателей (лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево, ускорение СОЭ, повышение уровня α_2 -глобулинов более 10%, появление СРБ).

Основные рентгенологические проявления:

очаговые тени, обусловлены выпотом экссудата в альвеолы, небольших размеров (до 12-15 мм), округлые; могут сливаться (очагово-сливные тени);

По форме:

округлые (с четкими контурами);

облаковидные (с нечеткими контурами);

в виде лобита (долевые);

в виде перисцисурита (со стороны междолевой щели контур четкий, со стороны паренхимы – нечеткий).

Второстепенные рентгенологические проявления

синдром патологических изменений легочного рисунка (уплотнение интерстициальной ткани, ее изменение, усиление, обогащение, деформация, нечеткость);

расширение корня легкого на стороне поражения (2-4 межреберья);

увеличение лимфатических узлов (хотя обычно его нет);

реакция плевры (утолщение, спайки, шварты, осумкованный парапневмонический плеврит).

Первые 2 дня на рентгенограмме видны только изменения легочного рисунка (сосуды), а очаг инфекции появляется через 2-3 дня, сохраняется 5-7-10 дней, после чего остаются лишь изменения легочного рисунка, размеров корня, постепенно появляются пневмофиброз, пневмосклероз, карнификация (организация фибринозного экссудата в альвеолах), плевральные наложения.

Зависимость от этиологии:

долевая и многодолевая инфекция – чаще пневмококк, реже легионелла, анаэробы;

очаговая и очагово-сливная – пневмококк, стафилококк, легионелла;

милиарная – грибы, микобактерия туберкулеза;

множественные перибронхиальные абсцессы – стафилококк;

один круглый абсцесс в верхней доле – палочка Фридендера;

с целью этиологического поиска желательны производить посев мокроты, а при тяжелой пневмонии – посев крови на стерильность.

Дифференциальная диагностика:

острый бронхит (или обострение хронического);

экссудативные плевриты другой этиологии;

туберкулез легких;

рак легкого или (чаще) метастазы в легкие;

инфаркт легкого;

легочный эозинофильный инфильтрат;

ателектаз легкого;

застойные изменения.

Инструментальная диагностика: КТ, биопсия.

Тактика ВОП – направить больного в стационар.

Основные принципы лечения острых пневмоний

Выбор антибактериальных средств непосредственно связан с установлением вида возбудителя и уточнением его чувствительности.

I. Пневмококки.

До 1970 г. идеальным препаратом для лечения считался пенициллин. Однако, вскоре были выделены штаммы пневмококка, резистентные к пенициллину и подавляющиеся большинством цефалоспоринов. Основным механизмом устойчивости к бета-лактамам антибиотикам - выработка бактериями бета-лактамаз, разрушающих бета-лактамное кольцо.

В связи с этим, в последние годы стали широко использовать ингибитор бета-лактамаз - сульбактам и клавулоновую кислоту. Они входят в комбинацию с ампициллином и амоксициллином. Комбинация ампициллина с сульбактамом - уназин, 1,5-3 г в день на 3-4 приема. Комбинация клавулоновой кислоты с амоксициллином - амоксиклав.

Препараты второго ряда - цефалоспорины

Первой генерации: цефазолин (кефзол) до 4-6 г; цефалексин per os по 1-2 г в сутки. Эти препараты высокоактивны в отношении стафилококков, стрептококков, кишечной палочки, клебсиеллы; разрушаются большинством бета-лактамаз.

Второй генерации: цефаклор (цекур) - 750 мг 2 раза в сутки; цефуроксим (зиинат) - 500 мг 2 раза в сутки. Эти препараты высокоактивны также в отношении гемофильной палочки, более устойчивы к действию бета-лактамаз.

Третьей генерации: клафоран - 3-6 г в сутки; дардум (цефаперазон) - 2-4 г в сутки в 2 раза внутривенно; фортум - 3 г в сутки на 3 приема, только парентерально; роцефин (цефтриаксон) - 1-2 г в сутки (один прием) внутривенно или внутримышечно.

Препарат третьей генерации + сульбактам: сульперадон (цефаперазен) - 2-4 г в сутки в 2 приема внутривенно или внутримышечно.

Препараты третьего ряда - макролиды: эритромицин - 200 мг 2-3 раза в сутки внутривенно (до 1 г в сутки), per os 250-500 мг 4 раза в сутки; рокситромицин (рулид) - 150 мг 2 раза в день; кларитромицин - 250 - 500 мг 2 раза в день.

II. Стафилококки: большие дозы пенициллина - до 20 млн. ЕД, полусинтетические пенициллины (оксациллин, метициллин); второго ряда: линкомицин - 500 мг 3 раза в сутки, аминогликозиды: гентамицин - 80 мг 3 раза в сутки, канамицин - 500 мг 3 раза в сутки.

III. Кишечная палочка, синегнойная палочка, протей (внутрибольничная инфекция): полусинтетические пенициллины, аминогликозиды, левомецетин до 1 г в сутки.

IV. Клебсиелла (палочка Фридендера): аминогликозиды в сочетании с левомецетином или тетрациклином (доксациклина гидрохлорид), пролонгированная схема - первый день 200 мг (по 100 мг 2 раза в сутки), затем по 100 мг 1 раз в день в течение 5-10 дней.

V. Хламидии, легионеллы, микоплазма: макролиды (эритромицин, рулид, кларитромицин), тетрациклины (доксациклина гидрохлорид).

VI. Анаэробные: пенициллин, линкомицин (500 мг 3-4 раза в сутки, внутривенно капельно до 600 мг в сутки на 250 мл физиологического раствора 2-3 раза в сутки).

Фторхинолоны. Препараты этой группы можно условно отнести к антибиотикам. Наряду с цефалоспоридами они широко применяются при лечении бактериальных инфекций. Фторхинолоны имеют преимущество перед многими антибиотиками: хорошо проникают в клетки, активны в отношении грам положительных и грам отрицательных, анаэробных бактерий, к ним чувствительны гемофильная палочка, стрептококк, стафилококк.

Используют в клинике: ципрофлоксацин (ципролет, ципробай) по 250-500 мг 2 раза в сутки в течение 7-10 дней, 200 мг внутривенно 2 раза в сутки в течение 1-2 недель; офлоксацин (таревид) 200-400 мг 2 раза в сутки (более активен в отношении золотистого стафилококка).

VII. Грибки: амфотерецин В (суточная доза - 250 ЕД/кг внутривенно капельно через день или 2 раза в неделю в течение 4-8 недель).

VIII. Вирусные - интерферон.

Инфильтративный туберкулез легких объединяет различные по характеру воспалительной реакции процессы, представленные очагом с перифокальным воспалением размером более 10 мм в диаметре, склонные к острому течению и быстрому прогрессированию. Он характеризуется развитием воспаления вокруг свежего или обострившегося старого капсулированного очага, оставшихся после излечения туберкулеза рубцов. Симптоматика заболевания нерезко выраженная, скудная и определяется в основном величиной инфильтрата и характером перифокального инфильтрата. В плане диагностики и постановки диагноза особое внимание уделяется реакции на туберкулин, обнаружение в мокроте МБТ, безуспешность от терапии антибиотиками широкого спектра действия. Назначение комбинации 3 или 4 противотуберкулезных препаратов, присоединение кортикостероидных гормонов при длительном лечении дает положительный эффект.

Инфаркты легкого - осложнения основной болезни или одно из проявлений последней, если больной в недавнем прошлом перенес операцию или травму, при тромбоэмболии одной из ветвей легочной артерии, эмболия чаще наблюдается у больных гипертонической болезнью, инфарктом миокарда, тромбофлебитами, с пороками сердца, с мерцательной аритмией, при длительном приеме контрацептивов. Тромбоз ветвей легочной артерии наблюдается при атеросклеротическом поражении её стенки, замедлении кровотока в малом круге кровообращения, при нарушениях свёртывающей и антисвёртывающей систем крови. Клинические симптомы определяются калибром закупорного сосуда. Эмболия крупных ветвей проявляется внезапной резкой болью в груди, одышкой, тахикардией, цианозом, признаками коллапса. Через 24-48 часов формируется инфаркт легкого, появляются необильное кровохарканье, повышение температуры тела, желтушность склер. Перкуторный звук слабо притуплен, выслушиваются мелкопузырчатые хрипы, нередко шум трения плевры. Шум трения плевры и серозно-геморрагический экссудат могут появиться при удовлетворительном состоянии больного.

Рентгенологический метод позволяет обнаружить при инфаркте легкого затемнение и уменьшение объема одного из сегментов, чаще заднее-базального. Инфаркты легких чаще локализуются в нижних долях. Рентгенологический симптом: -треугольная тень, вершиной обращенная к корню, овальной или округлой формы.

Диагноз труден, так как симптомы схожи с признаками крупозной пневмонии, инфаркта миокарда. В отличие от крупозной пневмонии боль в боку при инфаркте легкого появляется раньше озноба и лихорадки, а кровохарканье - после нее. При дифференциальной диагностике учитывают данные ЭКГ.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА РОЛЕВОЙ ИГРЫ

Примерное содержание ролевой игры:

У больной 33 лет, отмечается кашель с выделением «ржавой мокроты» боль в правой половине грудной клетки и высокая температура тела. Со слов больной, заболел 4 дня назад после переохлаждения, началось остро с повышения температуры тела до 39,8°C и кашля. Сначала кашель был сухой, затем через 2 дня стал выделяться кровянистая «ржавая» мокрота.

Объективно: кожные покровы бледные, румянец щек. Тоны сердца приглушены, ЧДД 34 в мин. Правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. Пальпаторно: усиление голосового дрожания справа снизу. Перкуторно:

справа и сзади в нижних отделах тупой звук. Аускультативно: справа в нижних отделах бронхиальное дыхание. Абдоминальной патологии не выявлено. Температуры тела 38,8°C

ОАК: Нб- 118 г/л; Эр-4,0x10¹² л; Л- 10,8x10⁹ л. СОЭ - 22 мм/ч. ОАМ: 100 мл, цвет - с/ж, у/в - 1019, белок - abs, лейкоциты 3-4/1;

Рентген грудной клетки: в базальных сегментах нижней доли справа отмечается затемнение гомогенного характера.

Проблемы пациента:

- 1) кашель с выделением «ржавой мокроты» боль в правой половине грудной клетки
- 2) высокая температура тела.

Тактика ВОП:

- 1) Психологический контакт с больным.
- 2) Выяснить анамнез (хронический тонзиллит, отит и т.п.).
- 3) Причины нерегулярного лечения.
- 4) Назначить: общий анализ крови, общий анализ мочи, рентгенография грудной клетки, анализ и посев мокроты

С группой обсудить действия студента исполняющего роль «больного». Затем обсудить какие обследования необходимо сделать этому больному. Отвечать сначала должен студент, исполняющий роль «врача», затем ответы дополняют студенты всей группы. В конце игры необходимо оценить аналитические способности каждого студента.

Практическая часть занятия – курация больных студентами - проводится под наблюдением преподавателя в отделении пульмонологии

Для тематического обхода готовятся 2-3 больных с патологией легких, с наличием в истории болезни достаточного минимума обследований: общих анализов крови и мочи, анализов крови на ревматоидный фактор, СРБ, серомукоид, сиаловую, сулемовую пробы, АСЛО, АСК, АСГ, мочевую кислоту, рентгенография органов грудной клетки. Во время обхода фиксируется внимание на особенностях жалоб больных в зависимости от характера кашля, сухой или с выделением мокроты, мокрота какого характера (гнойная, с примесью крови)

Акцентируется внимание на последовательность сбора анамнеза в зависимости от характера кашля.

Физикальные обследования направлены на выявление болезненности, пальпации, перкуссии и аускультации грудной клетки.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА «ТУР ПО ГАЛЕРЕЕ».

Цель: обучение студентов критически оценки информации и выявление полноты знаний по данной проблеме.

В каждой малой группе предлагается одна проблема которую они решают в течение 10 минут в письменном виде и затем обмениваются заданиями. Выявление ошибки предыдущей группы и сделанные дополнения к ответам обсуждаются всеми участниками с принятием окончательного варианта ответов. Методика тур по галерее требует от студентов максимальной концентрации внимания и хорошей теоретической подготовки по данному разделу.

Пример: тема занятия «Кашель с выделением мокроты». Трём малым группам даётся по одному вопросу: Предлагается один из вариантов вопросов.

1. Характеристика кашля при заболеваниях легких.
2. Особенности течения инфильтративного туберкулеза легких
3. Особенности долевой пневмонии

Таким образом за 30 минут преподаватель получает представление об уровне подготовки студентов по различным разделам темы и их умение отстаивать своё мнение.

Ответы:

1. По продолжительности кашель бывает: постоянный – продолжается в течении дня – встречается при хронических заболеваниях бронхов, гортани некоторых клинических вариантах ТБЗ легких, раке легкого, периодический кашель – встречается при курении, на ранних стадиях ТБЗ легких, БА и пневмонии, утренний кашель – БЭБ, абсцесс легкого, гастроэзофагеальном рефлюксе, курении, ночной кашель – ТБЗ легких, лимфогранулематоз, раке легкого, застое в малом кругу кровообращения, беззвучный кашель встречается у немощных больных или перед смертью.

По характеру мокроты:

- Серозная
- Слизистая – встречается при трахеите, остром бронхите; лаб. – лейкоц. 5-6/1
- Гнойная со зловонным запахом – БЭБ, абсцесс и гангрена легкого – лейкоц. в большом количестве
 - Смешанная (слизисто-гнойная) – пневмонии, крупозная пневмония – «ржавая»
 - Кровохарканье – рак легкого, эхиноккоз, инфаркт легкого, митральный стеноз, бронхоэктазы, ТБЗ легкого, долевая пневмония, ТЭЛА
 - Стекловидная – БА
 - «Малинового желе» – рак легкого IV ст.
 - Розоватая, пеннистая – отёк легких

1. Инфекционное заболевание, характеризующееся образованием в пораженных тканях очагов специфического воспаления и выраженной общей реакцией организма. Во многих экономически развитых странах, в частности в России, значительно снизилась заболеваемость туберкулезом и смертность от него. Наиболее выражены эти эпидемиологические сдвиги среди детей, подростков и женщин, в меньшей степени — среди мужчин, особенно пожилого возраста. Тем не менее туберкулез остается распространенным заболеванием.

Основные **симптомы легких, симптомы туберкулеза** – это:

1. наличие постоянной боли в области очага поражения, боль в легких может быть не ярко выраженной и появляться после физических нагрузок;
2. длительный, не проходящий кашель с выделением мокроты с прожилками крови;
3. одышка;
4. слабость;
5. эпизодическое повышение температуры тела до 37,5.

Уточняется диагноз с помощью флюорографии и туберкулиновой пробы. Регулярная, ежегодная флюорография – достаточно эффективное средство для выявления туберкулеза на ранних стадиях.

Долевая (лобарная) пневмонии чаще наблюдается при наиболее тяжело и бурно развивающихся формах пневмококковой (крупозной) и клебсиеллезной П. Крупозная (долевая фибринозная) П. характеризуется выраженной экссудативной реакцией с высоким содержанием фибрина в альвеолярном выпоте, вовлечением в процесс прилежащей плевры (плевропневмония); воспаление может захватывать долю легкого или несколько его сегментов.

№	Оценка	отлично	хорошо	удовл	неуд	плохо
	Усвоение в %	100%- 86%	85%-71%	70-55%	54%- 37%	36% и ниже
1	Теоретическая часть	20-17,2 балл	17-14,2 балл	14-11 балл	10,8-7,4 балл	7,2 балл

4.2. Аналитическая часть

4.2.1. Ситуационные задачи:

1) Клинический случай

У больного 36 лет, отмечается кашель с выделением мокроты, потливость, повышенную утомляемость, похудание и субфебрильная температура тела.

Со слов больного, болеет в течение 2 месяцев, когда начала чувствовать повышенную утомляемость, потливость и слабость. Стала постепенно худеть и начали беспокоить короткие сухие кашли. В течение этого периода отмечается субфебрильная температура тела (около 37,8°C) и усилилась потливость, особенно по ночам. В последнее время появилась мокрота слизисто-гнойного характера. Недавно освобожден из тюремного заключения. Курит по 1 пачке в день, употребляет спиртные напитки.

Объективно: кожные покровы бледные. Тоны сердца приглушены. Пульс 98 в 1 минуту. ЧДД - 22 в 1. мин. Аускультативно: справа в средних отделах отмечается некоторое ослабление везикулярного дыхания и выслушиваются звонкие мелкопузырчатые влажные хрипы. Температуры тела 37,5°C

ОАК: Нб- 118 г/л; Эр-4,0x10¹² л; Л- 3,9x10⁹ л. СОЭ - 22 мм/ч. ОАМ: 100 мл, цвет-с/ж, у/в - 1019, белок - abs, лейкоциты 3-4/1;

При рентгенологическом исследовании грудной клетки: справа в средних отделах тени инфильтратов, диаметр около 5 см, однородны, с размытыми границами, на фоне тени обнаруживаются единичные очаги; в тени инфильтрата определяется участок просветления без четких границ, неправильной формы

1. Перечислите не менее четырех заболеваний протекающих с синдромом кашля
2. Предварительный диагноз;
3. Информативные методы обследования;
4. Тактика ВОП (принципы лечения и вторичной профилактики);

Пневмонии, ТБЗ, рак легкого БЭБ	25
Инфильтративный туберкулез легких	25
Кат. 3.1. В условиях СВП или СП: ОАК, ОАМ (ОАК: Нб- 118 г/л; Эр- 4,0x10 ¹² л; Л- 3,9x10 ⁹ л. СОЭ - 22 мм/ч. ОАМ: 100 мл, цвет-с/ж, у/в - 1019, белок - abs, лейкоциты 3-4/1) Кат. 3.2.: - рентгенография грудной клетки, анализ мокроты на микобактерии ТБЗ	25
Госпитализация в туб. диспансер (программа DOTS)	25

2) Больной 49 лет жалуется на кашель с выделением трудно отделяемой гнойной мокротой, одышку, слабость и снижение трудоспособности.

Болеет в течение 5 лет. Со слов больного, кашель усиливается или появляется 2 раза в год и продолжается около 3 месяцев. Вместе с тем, больной не переносит запыленные места, поскольку одышка и кашель усиливаются. Курит по 1 пачке в день.

Кожные покровы и видимые слизистые оболочки обычной окраски, пульс 92 ударов в минуту, ритмичный, АД 120x70 мм.рт.ст., ЧДД 27 в минуту. Грудная клетка бочкообразная. Над легкими перкуторно коробочный звук. Подвижность нижнего края легких ограничено. Аускультация - на фоне ослабленного везикулярного дыхания сухие свистящие хрипы. Пикфлоуметрия 430 мл.

ПСВ от должной величины - 78%. В общем анализе крови - лейкоцитоз. Общий анализ мочи без особенностей. ЭКГ без особенностей. Общий анализ мокроты: секрет

преимущественно гнойно-слизистого характера, содержит много нейтрофилов и единичные макрофаги.

Рентген грудной клетки: усиление сосудистого рисунка корней легких и признаки эмфизема легких.

1. Перечислите не менее четырех заболеваний протекающих с синдромом кашля
2. Предварительный диагноз;
3. Информативные методы обследования;
4. Укажите конкретные изменения на рентгенограмме
5. Тактика ВОП (принципы лечения и вторичной профилактики);

Мужчина 56 лет обратился в СВП и предъявляет жалобы на кашель с прожилками крови, резкую слабость, утомляемость и быстрое снижение веса, а также отсутствие аппетита.

Заболевание началось с кашля. Далее постепенно начал, чувствовать слабость и снижение аппетита. Затем появился охриплость голоса и в течение месяца отмечает повышение температуры тела (ежедневно до 38°C). За 2 месяца похудел на 10 кг. В течение многих лет курил по 1-2 пачке сигарет в день. Недавно появился кашель с прожилками крови.

При осмотре кожные покровы бледные, при пальпации обнаружено увеличение лимфатического узла слева в подмышечной области, ЧДД 22 в мин, тоны сердца приглушены, в легких перкуторно в области 3-4 ребра слева притупление легочного звука, аускультативно слева ослабленное везикулярное дыхание.

НЬ- 74 г/л; Эр-3,1x10/12 л; Л- 8,5x10/9 л. СОЭ - 45 мм/ч. ОАК: 200 мл, цвет- с/ж, у/в - 1019, белок - abs, лейкоциты 1-2/1; Общий анализ мокроты: в мокроте атипичные клетки.

Рентген грудной клетки: наличие округлого образования слева с нечеткими контурами в области верхушки легкого.

1. Перечислите не менее четырех заболеваний протекающих с синдромом кашля
2. Предварительный диагноз;
3. Информативные методы обследования;
4. Укажите конкретные изменения на рентгенограмме
5. Тактика ВОП (принципы лечения и вторичной профилактики);

3) Клинический случай

У больной 33 лет, отмечается кашель с выделением «ржавой мокроты» боль в правой половине грудной клетки и высокая температура тела.

Со слов больной, заболел 4 дня назад после переохлаждения, началось остро с повышения температуры тела до 39,8°C и кашля. Сначала кашель был сухой, затем через 2 дня стал выделяться кровянистая «ржавая» мокрота.

Объективно: кожные покровы бледные, румянец щек. Тоны сердца приглушены, ЧДД 34 в мин. Правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. Пальпаторно: усиление голосового дрожания справа снизу. Перкуторно: справа и сзади в нижних отделах тупой звук. Аускультативно: справа в нижних отделах бронхиальное дыхание. Абдоминальной патологии не выявлено. Температуры тела 38,8°C

ОАК: НЬ- 118 г/л; Эр-4,0x10/12 л; Л- 10,8x10/9 л. СОЭ - 22 мм/ч. ОАМ: 100 мл, цвет - с/ж, у/в - 1019, белок - abs, лейкоциты 3-4/1;

Рентген грудной клетки: в базальных сегментах нижней доли справа отмечается затемнение гомогенного характера.

1. Перечислите не менее четырех заболеваний протекающих с синдромом кашля
2. Предварительный диагноз;
3. Информативные методы обследования;
4. Укажите конкретные изменения на рентгенограмме
5. Тактика ВОП (принципы лечения и вторичной профилактики);

4) Клинический случай

У больной 43 лет, отмечается кашель, сопровождающийся выделением гнойной мокроты с неприятным запахом и повышение температуры тела.

Дополнительная информация (предоставляется по ходу решения задачи).

Со слов больной, болеет в течение месяца, когда врачи установили крупозную пневмонию. Однако отказалась от стационарного лечения и находилась дома. Принимала только аспирин при повышении температуры. Состояние не улучшалось, и усилилась лихорадка с потом. Стали более беспокоит ознобы, недомогание, сухой кашель, иногда боли в груди неопределённого характера. Со вчерашнего дня кашель стал продуктивным и больной почувствовал облегчение.

Объективно: кожные покровы бледные. Тоны сердца приглушены. ЧДД - 34 в мин. Пульс 99 в 1 минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные. При перкуссии легких звук с тимпаническим оттенком. Аускультативно: справа выслушиваются звонкие крупнопузырчатые хрипы, бронхиальное дыхание с амфорическим оттенком. Температуры тела 38,8°C

ОАК - нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, анемия. Общий анализ мокроты: много лейкоцитов и наличие эритроцитов и эластичных волокон.

Рентген грудной клетки' в верхней доле правого легкого отчетливо определяет полость с горизонтальным уровнем жидкости и перифокальной воспалительной инфильтрацией легочной ткани.

№	Правильные ответы	Мак. баллы
1 4,5 балл	- С чем связываете свое заболевание?	0,5
	- Получали ли лечение, какие препараты принимали?	0,5
	- Были ли эффективны эти препараты?	0,5
	- Есть ли вредные привычки?	0,5
	- Наблюдались ли повышение температуры тела?	0,5
	- Наследственностьотягощена?	0,5
	- Мокрота какая, есть ли кровохарканье?	0,5
	- Какова частота приступа удушья, участились ли приступы? Наблюдались ли ночные приступы удушья?	0,5
	- Есть ли аллергия на какие-нибудь препараты и пищевые продукты?	0,5
2 8 балл	- Оценить состояние больного: повышения температуры тела до 38,8°C	0,5
	- Оценить кожные покровы и слизистые: кожные покровы бледные	0,5
	- Оценить подкожно-жировую клетчатку, периф. л/у: без особенностей	0,5
	- Дыхат. сист.: кашель, сопровождающийся выделением гнойной мокроты с неприятным запахом. ЧДД - 34 в мин. При перкуссии легких звук с тимпаническим оттенком. Аускультативно: справа выслушиваются звонкие крупнопузырчатые хрипы, бронхиальное дыхание с амфорическим оттенком	2,5
	- ССС – жалоб нет, осмотр, пальп., перк. сердца без изменений, ауск. - тоны сердца приглушены, ритмичные, пульс 99 в 1 минуту.	1
	- Пищев. сист. – жалоб нет, осмотр, пальп., перк. б/о, печень по Курлову 9-8-7 см.	1
- Мочевыд.сист. – жалоб нет, с-м поколачивания отриц. с обеих сторон, диурез регулярный.	1	

	- Нейро-эндокр. сист. – жалоб нет, щитов. железа не увел., патологические рефлексы не выявляются	0,5
	- Рассчитать ИМТ	0,5
3	Туберкулез	2
6	Абсцесс легкого	2
балл	Пневмония	2
4	Туберкулез	2
6	Абсцесс легкого	2
балл	Пневмония	2
5	Кат. 3.1. В условиях СВП или СП: ОАК, ОАМ, ЭКГ, офтальмоскопия, измерение АД и пульса (ОАК - нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, анемия)	3
9	Дополнительные исследования: - общий анализ мокроты - рентгенография грудной клетки	3
балл	Ожидаемые результаты: много лейкоцитов и наличие эритроцитов и эластичных волокон R - в верхней доле правого легкого отчетливо определяет полость с горизонтальным уровнем жидкости и перифокальной воспалительной инфильтрацией легочной ткани.	3
6	Диагноз: Прорыв абсцесса легкого в бронх справа.	20
20		
балл		
7	Направить к пульмонологу	5
5	Взять на диспансерный учет	
балл		
8	-осуществление профилактических и лечебных мероприятий	2
	-консультация по ведению здорового образа жизни	2
14	-консультирование по диете	2
балл	-мониторинг индекса массы тела	3
	-периодические клинические осмотры	2
	-своевременная диагностика и профилактика осложнений	3
9	Не медикаментозная терапия	
	- Соблюдение высококалорийной диеты	1,0
	- Избегать переохлаждения	0,5
	-Отказ от вредных привычек	1,0
14	- Режим труда и отдыха	0,5
балл	Медикаментозная терапия: 1. Абактал 100 в/в кап. 2. Азитромицин 1т x 2р/с (3 дня) 3. Реополиглюкин 100 в/в кап. 4. Глюкоза 5%-200 + аскорбиновая кислота 5%-8,0 в/в кап	11
10	Первичная профилактика:	0.5
	- ведение здорового образа жизни	
4,5	- отказ от вредных привычек	0,5
балл	- рациональное питание	0,5
	- соблюдение режима отдыха	2
	- избегать стрессовых ситуаций	1
4,5	Вторичная профилактика:	0,5
балл	- ежегодный профилактический осмотр	

	- борьба с выявленными факторами риска	1
	- взятие на «Д» учет вновь выявленных больных	1
	-лечение пациентов с абсцессом легких препаратами доказанной эффективности, соблюдая непрерывность и длительность приёма препаратов	1
	- поддержание качества жизни.	1
4,5 балл	Третичная профилактика: - индивидуальный подход к каждому пациенту с определением дозы и времени приёма препарата для предупреждения осложнений	2,5
	- санаторно-курортное лечение	2,5

№	Оценка	отлично	хорошо	удовл	неуд	плохо
1	Усвоение в %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% и ниже
2	Ситуационная задача	50-43 балл	42,5-35,5 балл	35- 27,5 балл	27-18,5 балл	18 балл

№	Оценка	отлично	хорошо	удовл	неуд	плохо
1	Усвоение в %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% и ниже
2	тесты	50-43 балл	42,5-35,5 балл	35- 27,5 балл	27-18,5 балл	18 балл

4.2.2 Графический организатор: кластер

Кластер (кластер – пучок, связка) – способ составления карты информации – сбора идей вокруг какого-либо основного фактора для фокусирования и определения смысла всей конструкции.

Стимулирует актуализацию знаний, помогает свободно и открыто вовлекать в мыслительный процесс новые ассоциативные представления по теме.

Знакомятся с правилами составления кластера. В центре классной доски или большого листа бумаги пишется ключевое слово или название темы из 1-2 слов.

По ассоциации с ключевым словом приписывают сбоку от него в кружках меньшего размера «спутники» - слова или предложения, которые связаны с данной темой. Соединяют их линиями с «главным» словом. У этих «спутников» могут быть «малые спутники» и т.д. запись идет до истечения отведенного времени или пока не будут исчерпаны идеи.

Обмениваются кластерами для обсуждения.

4.3. Практическая часть

Перечень навыков, которым ВОП должен владеть после завершения занятий по данной тематике

1. Провести осмотр больных с артритами и артралгией.
2. Интерпретировать ЭКГ и рентгенограмму у больных с артритами и артралгией.

«Кашель с выделением мокроты»

Долевые и сегментарные поражения легких. Долевая пневмония, инфильтративный туберкулез легких, инфаркт лёгких. Внебольничная и внутрибольничная пневмония.

№ этапа	Показатели/интерпретация	Не выполнено	Выполнено полностью
	Обследование пациента	0	50
	Общий анализ крови,		
	Общий анализ мочи		
	Острофазные пробы		
	Общий анализ мокроты		
	Бак. посев мокроты		
	ЭКГ		
	Рентгенография грудной клетки		
	Консультация пульмонолога, фтизиатра		
	Биопсия		
	Дифференциальная диагностика	0	20
	Постановка диагноза	0	10
	Тактика ВОП	0	10
	Профилактические мероприятия	0	10
ИТОГО		0	100

№	Оценка	отлично	хорошо	удовл	неуд	плохо
1	Усвоение в %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% и ниже
2	Практическая часть	50-43 балл	42,5-35,5 балл	35- 27,5 балл	27-18,5 балл	18 балл

5. Формы контроля знаний, навыков и умений

- устный
- решение ситуационных задач
- демонстрация практических навыков
- СРС

5.1. Критерии оценок знаний и умение практических навыков студентов.

№	Оценка	отлично	хорошо	удовл	неуд	плохо
	Усвоение в %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% и ниже
1	Теоретическая часть	20-17,2 балл	17-14,2 балл	14-11 балл	10,8-7,4 балл	7,2 балл
2	Ситуационные задачи	50-43 балл	42,5-35,5 балл	35- 27,5 балл	27-18,5 балл	18 балл
3	Тест	15-12,9 балл	12,7-10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5 балл	5,4 балл
4	Практическая часть	15-12,9 балл	12,75-10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5-балл	5,4 балл

6. Критерии оценки текущего контроля

Уровни оценок	Рейтинг баллы	Характеристика работы студента
	20	Балл присутствия на практическом занятии. Полное

		отсутствие уровня знаний и не умение выполнить практический навык – студент абсолютно не готов к практическому занятию.
Не удовлетворительно	20 - 54,9	<p>Студент отвечает неудовлетворительно.</p> <p>Студенты не владеет базовыми уровнями знаний и навыков, хотя бы одного из нижеперечисленных:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Не знает определение термину «Кашель с выделением мокроты» • Не знает типы кашля • Не может рассказать об особенностях кашля у больных при заболеваниях легких и злокачественных новообразованиях. • Не может перечислить основные методы диагностики кашля при заболеваниях легких и злокачественных новообразованиях. • Не знает перечень основных лабораторно-инструментальных исследований, необходимых проводить при заболеваниях легких и злокачественных новообразованиях. • Не знает группы препаратов для лечения заболеваний легких, сопровождающихся кашлем и злокачественных новообразованиях. • Не может собрать рациональный анамнез во время амбулаторного приема больных с кашлем при заболеваниях легких и злокачественных новообразованиях. • Во время амбулаторного приема не способен объективно оценить состояние больных с синдромом «Кашель с выделением мокроты» и злокачественных новообразованиях. • Не способен рационально составлять план обследования больным с синдромом «Кашель с выделением мокроты» и злокачественных новообразованиях. <p>Не способен провести дифференциальную диагностику больных с синдромом «Кашель с выделением мокроты» и злокачественных новообразованиях.</p>
Обеспечение базового уровня знаний и навыков		
Удовлетворительно 55-70,9%	55-60,9	Удовлетворительный ответ низкого качества. Студент старается владеть базовыми уровнями знаний и навыков (см.ниже), но при ответе или выполнении навыков допускает серьезные ошибки.
	61-65,9	Удовлетворительный ответ средней степени. Студент владеет базовыми уровнями знаний и навыков (см.ниже), но при ответе или выполнении навыков допускает ошибки (возможны отдельные погрешности)
		Удовлетворительный ответ высокого качества. Студент полностью владеет базовыми уровнями

	66-70,9	<p>знаний и навыков:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Знает определение термину «Кашель с выделением мокроты» • Знает типы кашля • Может рассказать об особенностях кашля у больных при заболеваниях легких и злокачественных новообразованиях. • Может перечислить основные методы диагностики кашля у больных при заболеваниях легких и злокачественных новообразованиях. • Знает перечень основных лабораторно-инструментальных исследований, необходимых проводить при заболеваниях легких, сопровождающихся кашлем с выделением мокроты и злокачественных новообразованиях. • Знает группы препаратов для лечения кашля у больных при заболеваниях легких и злокачественных новообразованиях. • Может собрать рациональный анамнез во время амбулаторного приема больных с кашлем у больных при заболеваниях легких и злокачественных новообразованиях. • Во время амбулаторного приема способен объективно оценить состояние больных с кашлем у больных при заболеваниях легких и злокачественных новообразованиях. • Способен рационально составлять план обследования больным с кашлем при заболеваниях легких и злокачественных новообразованиях. • Способен провести дифференциальную диагностику больных с кашлем при заболеваниях легких и злокачественных новообразованиях. •
Продвинутый уровень знаний		
<p>Хорошо</p> <p>71-85,9%</p>	71-75,9	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (указанные в пункте «66-70,9») + владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Знает этиологию и патогенез кашля у больных при заболеваниях легких и злокачественных новообразованиях. • Знает механизм действия лекарственных препаратов, применяющихся для лечения кашля у больных при заболеваниях легких и злокачественных новообразованиях. • Умеет рационально подобрать лекарственные препараты больному в зависимости от причины возникновения кашля.

	76-80	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «71-75,9», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Знает патогенез развития синдрома «Кашель с выделением мокроты» различного генеза • Знает принципы первичной, вторичной и третичной профилактики кашля при заболеваниях легких и злокачественных новообразованиях.
	81-85,9	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «71-75,9» и «76-80», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Может рассказать основные принципы ведения, наблюдения и мониторинга больных с кашлем в условиях СВП или СП. • Умеет провести консультацию по вопросам немедикаментозных и медикаментозных советов с использованием навыков МЛЮ. • Знает принципы диспансеризации и реабилитации больных с кашлем в условиях СВП или СП
<p>Отлично</p> <p>86-100%</p>	86-90	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «81-85,9», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Знает принципы лечения кашля различного генеза • Умеет предоставлять достоверную информацию о кашле различного генеза на основании интернет данных
	91-95	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «86-90», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Глубоко знает этиологию, патогенез развития кашля различного генеза • Может подробно описать лабораторно-инструментальные методы исследования при кашле у больных при заболевании легких и злокачественных новообразованиях.
	96-100	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «91-95», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Предоставил научные данные на основе дополнительной литературы (статьи и интернет) • Может на английском языке спросить жалобы, собрать анамнез и коротко рассказать о заболевании больному с кашлем • Может доходчиво и понятно объяснить тему

		аудитории, с использованием современных педагогических технологий
--	--	---

Примечание: Базовый уровень знаний и навыков – это минимум знаний, который обеспечивает принцип «безопасности» для пациента.

7.Контрольные вопросы.

- 1.Классификация пневмоний.
- 2.Дифференциальная диагностика заболеваний, протекающих с синдромом кашля.
- 3.Неотложная помощь при острой пневмонии.
- 4.Тактика ведения больного с кашлем.
- 5.Амбулаторное лечение больных кашлем.
- 6.Показания к госпитализации.
- 7.Определение трудоспособности больных с заболеваниями, протекающих с синдромом кашля.
8. Профилактика.

8.ЛИТЕРАТУРА:

Основные

6. Ички касалликлар, Шарапов У.Ф. Т: Ибн Сино, 2003
7. Ички касалликлар, Бобожанов С. Т: Янги аср авлод, 2008
8. Внутренние болезни, том 1 Мухин Н.А. М.: ГЭОТАР - Медиа, 2009
5. Внутренние болезни, том 2 Мухин Н.А. М.: ГЭОТАР - Медиа, 2009
7. Textbook of Internal Medicine Editor-in-Chief William N. Kelley 1997

Дополнительные

10. Умумий амалиёт врачлар учун маърузалар туплами , Гадаев А.Г., Т., 2012
11. Общая врачебная практика, Под ред.Ф.Г.Назирова, А.Г.Гадаева. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
12. Справочник врача общей практики. Дж.Мёрта. М.: Практика, 1998.
13. Сборник практических навыков для врачей общей практики. Гадаев А., Ахмедов Х.С. Т., 2010.
14. Умумий амалиёт врачлар учун амалий куникмалар туплами Гадаев А.Г., Ахмедов Х.С., 2010.
15. Терапевтический справочник Вашингтонского Под ред. М.Вудли М.: Практика, 2000.
16. Умумий амалиёт шифокори учун кулланма Ф.Г.Назирова, А.Г.Гадаев тахр. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.
17. Диагностика болезней внутренних органов. Окороков А.Н. Все томы.2005.
18. Лечение болезней внутренних органов. Окороков А.Н. Все томы.2005.

9. Хронологическое содержание занятия

Время	Мероприятия	Содержание	Материалы	Продолжительность занятия
8.30–9.30	Утренняя конференция	Доклад дежурных врачей и дежурных субординаторов по дежурству.	Истории болезни, ЭКГ, кодоскоп.	1 час

9.15-10.00	Клинический аудит выписываемых больных.	Подробный доклад студентов о выписываемых больных.		45 минут
10.05-10.45	Теоретический разбор темы	Проверка исходного уровня подготовленности студентов с использованием метода работы в малых группах и решением ситуационной задачи. Студентам раздаются ситуационные задачи по данной теме, которые они должны анализировать и дать заключение.	Ситуационные задачи, учебные доски, соответствующие теме занятия.	40 минут
10.45 - 11.05.	Проработка практических навыков.	Студент под надзором преподавателя должен выполнить минимум два практического навыка.	Больной или волонтер.	20 минут
11.05-11.45	Курация больных В отделении кардиологии и кардиореанимации	Каждый студент курирует больных определенной палаты.	Больной, фонендоскоп, тонометр, история болезни (с данными клинико-лабораторных исследований).	40 минут
11.45-12.15	Перерыв			30 мин
12.20-13.20	Разбор тематических больных	По выбору педагога проводится полный осмотр больного по теме занятия или пациентов, готовящихся к выписке, анализ данных лабораторно-инструментального исследования, обоснование предварительного и окончательного клинического диагнозов. Определяется план лечения с дозами препаратов.	Больной, фонендоскоп, тонометр, история болезни (данными клинико-лабораторных исследований).	1 час

Практическое занятие №22.

Тема: Кашель с выделением мокроты. Дифференциальная диагностика при округлых поражениях легких. Очаговая пневмония, туберкулома, абсцесс лёгких, опухоль лёгких, эхинококк легких. Тактика ВОП

Технология обучения

Учебное время: 6 час

Структура учебного занятия

1. Учебный тематический кабинет.

	<ol style="list-style-type: none"> 2. Кабинет ЭКГ 3. Учебные пособия, фантомы, муляжи, раздаточный материал, сборник ситуационных задач и тестов 4. Телевизор, видео аппаратура, мультимедиа 5. Больничные палаты
<p>Цель учебного занятия: Научить ВОП вопросам своевременной диагностики и дифференциальной диагностики кашля с выделением мокроты. Особенности клинического течения в зависимости от этиологии и стадии заболевания при данном синдроме, а также принципам ведения больных в условиях первичного звена здравоохранения, предусмотренных требованиями "Квалификационной характеристики врача общей практики»</p>	
<p>Педагогические задачи:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Научить ВОП диагностике – пневмоний, туберкуломы, абсцесса лёгких, опухоли лёгких, эхинококка легких; особенностям клинического течения. 2. Научить ВОП диагностике и дифференциальной диагностике заболеваний, при которых наблюдается легочной инфильтрат. 3. Ознакомить ВОП с перечнем заболеваний, сопровождающихся легочным инфильтратом и подлежащих лечению в условиях СВП (СП)или специализированных стационаров. 4. Обсудить вопросы касательно тактики ведения в рамках квалификационной характеристики ВОП 5. Обсудить принципы ведения, наблюдения и мониторинга больных в условиях СВП или СП. 6. Обсудить принципы первичной, вторичной и третичной профилактики при данных заболеваниях. 	<p>Результаты учебной деятельности:</p> <p><u>ВОП должен знать:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Клинические проявления пневмонии, туберкуломы, абсцесса, опухоли и эхинококка легких, особенности их течения; клинику 2. Дифференциальную диагностику при них. 3. Тактику ВОП. 4. Принципы диспансерного наблюдения и мониторинга больных в условиях СВП или СП. 5. Принципы первичной, вторичной и третичной профилактики при данных заболеваниях. <p><u>ВОП должен уметь:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Анализировать данные жалоб и анамнеза для диагностики заболеваний, протекающих легочными инфильтратами. 2. Диагностировать, дифференцировать по клинике, данным лабораторных исследований, рентгенограммам различные виды легочных инфильтратов. 3. Консультировать по немедикаментозным методам лечения. 4. Провести мониторинг в условиях СВП или СП.
<p>Методы обучения</p>	<p>метод «тур по галерее». демонстрация, видеопросмотр, дискуссия, беседа, решение тестов и ситуационных задач</p>
<p>Формы организации учебной деятельности</p>	<p>Индивидуальная работа, работа в группах, коллективная, аудиторная, внеаудиторная.</p>
<p>Средства обучения</p>	<p>Раздаточные учебные материалы визуальные материалы, видеофильмы, муляжи, графические</p>

	органайзеры, мазки мокроты, истории болезни, таблицы, стенды, комплекты рентгенограмм.
Способы и средства обратной связи	Блиц-опрос, тестирование, презентация результатов выполнения учебного задания, заполнение истории болезни, выполнение практического навыка «профессиональный расспрос»

Технологическая карта занятия

Тема: Кашель с выделением мокроты. Дифференциальная диагностика при округлых поражениях легких. Очаговая пневмония, туберкулома, абсцесс лёгких, опухоль лёгких, эхинококк легких. Тактика ВОП

№	Этапы практического занятия	Форма занятия Место проведения	Длит-ть занятия 225
1	Вводная часть (обоснование темы)		10
2	Обсуждение темы практического занятия с применением новых педагогических технологий (метод «тур по галерее»), а также демонстрационного материала (историй болезни, таблицы, плакаты, рентгенограммы), определение исходного уровня.	Опрос, обсуждение Учебная комната, палата	40
3	Вывод обсуждения		10
4	Определение задания для выполнения практической части - профессиональный расспрос. Объяснение положений и рекомендаций для выполнения задания по заполнению историй болезни.	Обсуждение	20
5	Освоение практической части занятия под руководством преподавателя.	Проф. расспрос. Беседа с больными и заполнение мед карт, ситуационные задачи. Осмотр тематических больных	20
6	Интерпретация данных обследования больных-жалобы, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация больных, а также исследования ОАМ, ОАК, рентгенограммы, общий анализ и бак. посев мокроты и биохимические анализы и постановка диагноза	Истории болезни, лабораторные данные ситуационные задачи	25
7	Обсуждение теоретических, практических знаний студентов, закрепление материала, определение уровня усвоения оценкой знаний.	Устный опрос, тесты, обсуждение, определение практических навыков Учебная комната	75

8	Определение вывода по теме практического занятия, оценка по 100 бальной системе и объявление оценок. Домашнее задание следующего практического занятия (сборник вопросов).	Информация, вопросы для самостоятельной работы. Учебная комната	25
---	--	--	----

2. Мотивация

Многие пациенты обращаются к врачу, не подозревая о том, что у них совершенно другое заболевание, отличное по этиологии и месту расположения, чем они сами думают. Это касается многих направлений. Но наибольшую безграмотность наше население демонстрирует в таких вопросах, как симптомы легких, симптомы различных заболеваний этих органов.

Наиболее распространенные симптомы легких – симптомы воспалительных процессов. При этом преобладает частота случаев бронхита. Бронхи – это верхние дыхательные пути. Бронхи начинаются с трахеи и переходят в альвеолы. При пневмонии очаги воспаления локализуются в этих воздушных пузырьках, которые и отвечают за газовый обмен в легочной ткани.

Такие симптомы легких, как симптомы бронхита, характеризуются сухим кашлем с небольшим количеством мокроты, небольшим повышением температуры тела, умеренными симптомами интоксикации. Бронхит, сам по себе не является угрозой для жизни человека. Однако при отсутствии адекватного лечения бронхит может перейти в бронхоэктатическую болезнь. Основной её признак – отхождение мокроты при кашле в большом количестве. Больные в прямом смысле отхаркивают мокроты в количестве целой пригоршни. Такие проблемы приходится решать врачу ВОП.

3. Межпредметные и внутрипредметные связи

Т.к. кашель наблюдается при заболеваниях сердца и сосудов, нервной системы, при системных заболеваниях соединительной ткани, ВОП приходится сталкиваться по работе с кардиологами, невропатологами, ревматологами. Полученные в ходе занятия знания будут использованы при прохождении ВОП – внутренних болезней и других клинических дисциплин.

4. Содержание занятия

4.1. Теоретическая часть

На практическом занятии в теоретической его части последовательно рассматриваются клинические особенности диагностики легочных инфильтратов.

При klebsiеллезной, или фридлендеровской, П. чаще поражаются задние сегменты верхних долей легких и верхушечные (верхние) сегменты нижних, нередко воспаление распространяется на всю долю, рано образуются полости распада, возможна диссеминация процесса.

Отмечается выраженная интоксикация. Физикальные и гематологические изменения скудные. Плеврит развивается редко. Существенно возросла частота вызванных klebsiеллами очаговых П. с малохарактерными проявлениями.

Колипневмонии чаще осложняют течение сахарного диабета, опухолевых процессов, болезней почек, а также возникают на фоне длительного приема гормональных препаратов, антибактериальных средств (колипневмонию в данных случаях расценивают как проявление Дисбактериоза). Капсульные формы кишечной формы наиболее вирулентны и вызывают изменения, напоминающие крупозную П. Колипневмонии протекают тяжело, сопровождаются выраженной интоксикацией с частым поражением ц.н.с., Как правило, эти П. сливные, нередко двусторонние, осложняются формированием абсцесса легкого.

Пневмония, вызванная гемофильной палочкой, чаще возникает у лиц, страдающих хроническими заболеваниями легких. Воспалительные изменения обычно локализуются в нижних долях легких: единичные очаги, быстро сливаясь, могут захватывать всю долю легкого. Нередко отмечается затяжное течение. Возможно этому способствует наличие у гемофильной палочки общих антигенов с легочной тканью. П. часто сопровождается ларинготрахеобронхитом (Ларинготрахеобронхит острый стенозирующий). Заканчивается практически всегда благоприятно. Возможен исход в хроническую пневмонию

Пневмония, вызванная протеем, начинается незаметно, протекает с умеренной лихорадкой, незначительным лейкоцитозом, но часто сопровождается абсцедированием.

Пневмония, вызванная синегнойной палочкой, возникает преимущественно у ослабленных больных, после операций на сердце и легких, при длительном лечении антибиотиками. Характеризуется тяжелым течением, склонностью к диссеминации процесса и абсцедированию, нередко осложняется пневмотораксом. Подобное течение можно объяснить тем, что синегнойная палочка вырабатывает высокотоксичные экзотоксины и гемолизины.

Первичные грибковые П. встречаются редко. Чаще их вызывают грибки *Candida* и *Aspergillus*. Поражение легких грибками *Candida* (см. Кандидомикоз) может быть очаговым или интерстициальным. Очаговые кандидозные П., как правило, сливные, занимают одну или две доли. Начало заболевания постепенное, лихорадка может быть гектической, субфебрильной или неправильного типа, сохраняется длительно. Мокрота скудная, вязкая, иногда с примесью крови. Физикальные изменения выражены и разной степени, могут отсутствовать. Течение П. иногда рецидивирующее с миграцией пневмонических фокусов. Заболевание часто сопровождается обструктивным синдромом, осложняется серозным или геморрагическим плевритом.

Аспергиллезная П. (см. Аспергиллез (Аспергиллёз)) начинается остро, нередко с первых дней выявляется абсцедирование. Характерны высокая лихорадка, боль в боку, кашель с кровянистой мокротой. Состояние больного очень тяжелое, отмечаются похудание, анемия.

Пневмонии, вызванные хламидиями, могут развиваться как самостоятельное заболевание (первичная хламидийная П., обусловленная *Chlamydia pneumoniae*) или как проявление зоонозных хламидиозов, например Орнитозом, возбудителем которого является *Chlamydia psittaci*. Они характеризуются разнообразным течением. Чаще отмечаются выраженные признаки интоксикации скудные и непостоянные физикальные изменения и отчетливые рентгенологические признаки. Вначале преобладают изменения межлунговой ткани, затем в процесс вовлекается паренхима. Важным симптомом является увеличение печени, селезенки. Характерна очень высокая СОЭ — до 60 мм в 1 час.

Легионеллезная П. — см. Легионеров болезнь П., вызванные микоплазмами и пневмоцистами, — см. Микоплазменные инфекции, Пневмоцистоз.

Застойные П. чаще локализуются в нижних долях легких, преимущественно в правом легком, нередко развиваются на фоне гидроторакса. Течение их вялое, затяжное, без выраженных признаков интоксикации и высокой лихорадки. Физикальные признаки на фоне застойных изменений в легких выявить сложно, и решающим диагностическим методом является рентгенологический.

Клиническая картина. Имеются особенности клинических проявлений крупозной и очаговой П. Клиническая картина крупозной пневмонии, которая в современной лечебной практике встречается редко, соответствует воспалительным изменениям в легочной ткани. Болезнь начинается остро, бурно, появляются выраженные признаки интоксикации, высокая лихорадка с первых дней болезни, достигающая в короткий срок максимальных цифр, озноб, боль в боку, сухой кашель. Характерно лицо больного — осунувшееся, с лихорадочным румянцем, цианотичными губами, крылья носа раздуваются при дыхании, нередко вокруг носа и губ появляются герпетические высыпания. Одна сторона грудной клетки отстаёт при дыхании, больной щадит ее, придерживает рукой. Перкуторный звук

над областью поражения вначале может иметь тимпанический оттенок, что обусловлено увеличением доли или сегмента и уменьшением эластических свойств легочной ткани. По мере увеличения количества экссудата тимпанический оттенок сменяется притуплением. Дыхание в первые дни болезни везикулярное, но может казаться ослабленным из-за вовлечения в процесс плевры и ограничения большим дыхательных движений. К концу 1—2-го дня болезни на высоте вдоха можно прослушать крепитацию и иногда разнокалиберные влажные и сухие хрипы (см. Дыхательные шумы) на ограниченном участке. В этой стадии усиливается проведение на грудную клетку шепотной речи, что может быть определено при аускультации (бронхофония) или при пальпации (Голосовое дрожание). Позднее, по мере накопления в альвеолах фибрина, становится более интенсивным притупление легочного звука. Одновременно ограничивается экскурсия краев легкого, появляется бронхиальное дыхание, исчезает крепитация, усиливаются бронхофония и голосовое дрожание, может выслушиваться шум трения плевры. С началом разжижения экссудата уменьшается интенсивность притупления перкуторного звука, исчезает его тимпанический оттенок, бронхиальное дыхание становится менее выраженным, вновь появляется крепитация, но более грубая, чем в начале болезни. По мере рассасывания экссудата дыхание становится жестким, затем везикулярным, часто в этот период прослушиваются звучные влажные хрипы. Кашель вначале сухой, сопровождается резкой болью в груди. На вторые сутки болезни появляется скудная стекловидная вязкая мокрота с прожилками крови. Затем мокрота может равномерно окрашиваться кровью, приобретая коричнево-красный цвет («ржавая мокрота»), количество ее увеличивается, вязкость уменьшается. Температура тела, достигнув высоких цифр, становится постоянной. В большинстве случаев снижение температуры тела происходит литически. Примерно у 1/3 больных она снижается критически, что может сопровождаться острой сосудистой недостаточностью (см. Коллапс). Средняя продолжительность лихорадочного периода 10—11 суток.

При очаговой П. очаги воспаления в пораженных сегментах находятся в разной стадии развития, этим можно объяснить постепенное (в ряде случаев) развитие болезни, волнообразное ее течение со сменой периодов улучшения и ухудшения состояния больного, непостоянство лихорадки, вариабельность физикальных изменений и их мозаичность, обусловленную наличием рядом с пораженными участками легких нормально функционирующей или эмфизематозной ткани. При поражении верхних долей легких процесс чаще захватывает задний, верхушечный и язычковый бронхолегочные сегменты. В нижних долях чаще вовлекается верхушечный (верхний), латеральный базальный и задний базальный сегменты. При расположении инфекционных очагов на глубине более 4 см от поверхности легкого и при центральном их расположении могут не определяться притупление перкуторного звука и усиление голосового дрожания. Наиболее постоянными симптомами очаговых П. являются жесткое дыхание, влажные хрипы (как правило, мелкопузырчатые, звучные). Более постоянны для очаговых П. симптомы поражения бронхиального дерева: сухие и влажные (средне- и крупнопузырчатые) хрипы. Плевра не всегда вовлекается в процесс.

Туберкулез органов дыхания инфекционное заболевание, характеризующееся образованием в пораженных тканях очагов специфического воспаления и выраженной общей реакцией организма. Во многих экономически развитых странах, в частности в России, значительно снизилась заболеваемость туберкулезом и смертность от него. Наиболее выражены эти эпидемиологические сдвиги среди детей, подростков и женщин, в меньшей степени — среди мужчин, особенно пожилого возраста. Тем не менее туберкулез остается распространенным заболеванием.

Этиология. Возбудитель — микобактерия туберкулеза (МТ), главным образом человеческого, редко бычьего и в исключительных случаях птичьего типа. Основной источник заражения — больные люди или домашние животные, преимущественно коровы.

Заражаются обычно аэрогенным путем при вдыхании с воздухом выделяемых больными мельчайших капелек мокроты, в которых содержатся МТ. Кроме того, возможно проникновение в организм инфекции при употреблении молока, мяса, яиц от больных животных и птиц. В этих случаях микробы заносятся в легкие или из глоточных миндалин, или по лимфатическим и кровеносным путям из кишечника. У подавляющего большинства впервые заболевших в мокроте обнаруживают МТ, чувствительные, а у 5-10% — устойчивые к различным противотуберкулезным препаратам. В последнем случае заражение происходит от больных, которые неэффективно лечатся специфическими лекарственными препаратами и выделяют устойчивые штаммы МТ. При специальном исследовании в мокроте и в органах больных иногда удается обнаружить L-формы МТ, отличающиеся сравнительно небольшой вирулентностью и патогенностью, но способные при определенных условиях превращаться в типичную микробную форму.

Патогенез, симптомы, течение. Впервые проникшие в организм МТ распространяются в нем различными путями — лимфогенным, гематогенным, бронхолегочным. При этом в различных органах, главным образом в лимфатических узлах и легких, могут образоваться отдельные или множественные туберкулезные бугорки или более крупные очаги, для которых характерно наличие эпителиоидных и гигантских клеток, а также элементов творожистого некроза. Одновременно появляется положительная реакция на туберкулин, так называемый туберкулиновый вираж, устанавливаемый по внутрикожной пробе Манту. Могут наблюдаться субфебрильная температура тела, гиперплазия лимфатических узлов, умеренная лимфопения и сдвиг лейкоцитарной формулы влево, нередко изменяются СОЭ, а также белковые фракции сыворотки крови. При достаточной сопротивляемости организма и заражении небольшим количеством МТ туберкулезные бугорки и очаги рассасываются, рубцуются или обызвествляются, хотя МТ в них длительно сохраняются. Все эти изменения часто остаются незамеченными или протекают под маской различных интеркуррентных заболеваний, ликвидируются спонтанно; они выявляются только при тщательном динамическом наблюдении за впервые инфицированными детьми, подростками или взрослыми людьми. При массивной инфекции, под влиянием других неблагоприятных факторов (нарушение питания, тяжелые заболевания, ведущие к снижению иммунологической устойчивости организма) развивается клинически выраженный первичный туберкулез, протекающий в виде бронхоаденита, первичного комплекса, более или менее обширных диссеминаций в легких и других органах, экссудативного плеврита, воспаления других серозных оболочек. При этом нередко отмечаются повышенная чувствительность организма и склонность к гиперергическим реакциям в виде узловой эритемы, кератоконъюнктивита, аллергических васкулитов и т. д. Первичный туберкулез встречается преимущественно у детей, подростков, реже у молодых людей и крайне редко у лиц старшего и пожилого возраста, уже перенесших в прошлом первичное заражение, закончившееся биологическим излечением. Остающиеся в «заживших» туберкулезных очагах и рубцах в легких и лимфатических узлах МТ могут «пробуждаться» и размножаться. Этому способствуют те же условия, которые благоприятствуют развитию первичного туберкулеза, а, кроме того, повторное заражение (экзогенная суперинфекция). Тогда вокруг старых очагов возникает перифокальное воспаление, нарушается целостность их капсулы, расплавляются участки казеозного некроза и инфекция распространяется лимфогенным, бронхогенным или гематогенным путем. Так развивается вторичный туберкулез, т. е. болезнь людей, уже перенесших первичную инфекцию и обладающих известным, хотя и недостаточным, иммунитетом. У таких больных процесс протекает с многообразными патоморфологическими и клиническими изменениями, чаще хронически. За последнее время увеличилось заболевание туберкулезом лиц пожилого и старческого возраста.

Клиническая картина болезни у них часто атипичная. Даже эволютивные формы процесса в течение длительного срока могут протекать незаметно, но иногда имеют сходство со злокачественными заболеваниями или хроническими неспецифическими

воспалениями органов дыхания. Это приводит к несвоевременной диагностике болезни. У ряда больных этого возраста наблюдаются милиарный туберкулез и внелегочные поражения (менингит, туберкулез костей, надпочечников и пр.). Туберкулез может развиваться и как осложнение кортикостероидной терапии. Этот «стероидный» туберкулез имеет тенденцию к прогрессированию, что нередко ошибочно расценивают как особенность течения основного заболевания. Согласно классификации, принятой в 1974 г., различают следующие формы туберкулеза органов дыхания: 1) первичный туберкулезный комплекс; 2) туберкулез внутригрудных лимфатических узлов; 3) диссеминированный туберкулез легких; 4) очаговый туберкулез легких; 5) инфильтративный туберкулез легких; 6) туберкулома легких; 7) кавернозный туберкулез легких; 8) фиброзиокавернозный туберкулез легких; 9) цирротический туберкулез легких; 10) туберкулезный плеврит (в том числе эмпиема); 11) туберкулез верхних дыхательных путей, трахеи, бронхов; 12) туберкулез органов дыхания, комбинированный с пневмокониозами. Кроме того, процесс характеризуют по его локализации в тех или иных долях и сегментах легких, фазам развития (рассасывание, уплотнение, рубцевание, обызвествление, распад, инфильтрация, обсеменение), наличию бактериовыделения. Учитывают важнейшие осложнения (легочное кровотечение, ателектаз, амилоидоз, почечная недостаточность, легочносердечная недостаточность, свищи бронхиальные, торакальные и др.), а также остаточные изменения в легких после излеченного туберкулеза (фиброзные, фиброзноочаговые, плевропневмосклероз и т. д.). Первичный туберкулезный комплекс — наиболее типичная форма первичного туберкулеза — встречается в настоящее время сравнительно редко: в легких определяются очаги специфического воспаления (первичный аффект) и регионарный бронхоаденит. Иногда заболевание имеет скрытый характер, но чаще начинается подостро и проявляется субфебрильной температурой тела, потливостью, утомляемостью, небольшим сухим кашлем. При остром начале болезнь на первых порах протекает под видом неспецифической пневмонии с высокой лихорадкой, кашлем, болью в груди, иногда одышкой, умеренным лейкоцитозом со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, увеличенной СОЭ. При небольшой величине первичного аффекта физические изменения в легких обычно не определяются. При более массивном воспалении отмечаются участки притупления перкуторного тона, везикулярнобронхиальное дыхание, влажные мелкопузырчатые хрипы. У некоторых больных нередко увеличиваются наружные лимфатические узлы. Туберкулиновые пробы в 30-50% значительно выражены. При отсутствии распада легочной ткани в мокроте и промывных водах бронхов МТ обычно не обнаруживают. В этих же случаях при трахеобронхоскопии не находят специфических изменений в бронхах, но они выявляются при формировании каверны в легких или распространении процесса из внутригрудных лимфатических узлов и бронхогешюм обсеменении. Тогда же возможно обнаружение МТ. Рентгенологическая картина характеризуется появлением симптома биполярности в виде небольшого лобулярного или сегментарного фокуса, редко долевого пневмонии и группы увеличенных внутригрудных лимфатических узлов в корне легкого. Даже при благоприятном течении процесса и применении современных методов лечения первичный комплекс излечивается медленно. Только через несколько месяцев, иногда лишь спустя 12 года после выявления и начала лечения наступает рассасывание или инкапсуляция и обызвествление элементов первичного комплекса с образованием очага Гона. При осложненном течении болезни возможен распад первичного очага в легком и образование каверны. Иногда возникает экссудативный плеврит. Возможно лимфогематогенное распространение МТ и формирование очагов в костях, почках, мозговых оболочках и др. Наиболее частая форма первичного туберкулеза — туберкулез внутригрудных лимфатических узлов.

Клинические проявления болезни зависят от реактивности организма, распространенности поражения лимфатических узлов. Если в них образуются отдельные и

небольшие очаги творожистого некроза без перифокального воспаления, а общая реактивность нерезко снижена, то такая «малая» форма процесса может протекать скрыто или с незначительной интоксикацией. При более массивном инфильтративном или опухолевидном бронхоадените отмечаются высокая лихорадка, общая слабость, потливость, снижается трудоспособность, повышается возбудимость. Частый симптом — сухой кашель. У детей грудного и раннего возраста вследствие сдавления крупных бронхов и органов средостения увеличенными лимфатическими узлами кашель бывает звонким, битональным или коклюшеподобным. У взрослых этот симптом наблюдается редко. При физическом исследовании, особенно взрослых больных, трудно или даже невозможно определить увеличенные внутригрудные лимфатические узлы. Иногда в межлопаточном пространстве при перкуссии удается отметить треугольный участок притупления, а при выслушивании — измененное дыхание и небольшое количество сухих, редко влажных мелкопузырчатых хрипов. Как у взрослых, так и у детей в части случаев увеличены шейные и подмышечные лимфатические узлы. Туберкулиновые реакции сравнительно часто, но отнюдь не всегда резко выражены. Число лейкоцитов в крови нормальное или несколько увеличено со сдвигом влево, СОЭ повышена. МТ обнаруживают редко. Рентгенологически определяют расширение корня одного, реже обоих легких; тень его малоструктурна, деформирована, особенно при массивном перифокальном воспалении, что типично для инфильтративного бронхоаденита. При резком увеличении бронхопульмональных и других групп лимфатических узлов контуры корня приобретают полициклический характер (опухолевидный бронхоаденит). Симптомы интоксикации, увеличение СОЭ, гиперергические туберкулиновые реакции могут долго сохраняться даже на фоне энергичного специфического лечения. Постепенно рассасывается перифокальное воспаление вокруг корней легких и происходит их уплотнение. \ Только спустя 1-2 года после начала заболевания и лечения в лимфатических узлах появляются участки обызвествления. Кальцинация казеозных очагов происходит быстрее у детей, медленнее у взрослых. Заболевание нередко осложняется специфическим поражением бронхов

Саркоидоз — системное заболевание неясной этиологии, характеризующееся образованием в тканях гранулем, состоящих из эпителиоидных клеток и единичных гигантских клеток Пирогова—Лангханса или типа инородных тел. Гранулемы однотипны, округлы («штампованные»), четко отграничены от окружающей ткани. В отличие от туберкулезных бугорков в них отсутствует казеозный некроз. Саркоидоз встречается преимущественно в молодом и среднем возрасте, несколько чаще у женщин. Поражаются практически все органы, главным образом лимфатические узлы, легкие, печень, селезенка, реже почки, кожа, глаза, кости и др. Наиболее часто отмечается поражение органов дыхания.

Симптомы, течение. Стадия I характеризуется увеличением внутригрудных лимфатических узлов. При II стадии наряду с этим определяются выраженные интерстициальные изменения и очаги различной величины преимущественно в средних и нижних отделах легких. В III стадии выявляются значительный диффузный фиброз в легких и крупные, обычно сливные фокусы, а также выраженная эмфизема нередко с буллезнодистрофическими и бронхоэктатическими полостями и плевральными уплотнениями. Приблизительно у 1/3 больных при I и II стадиях отсутствуют заметные субъективные расстройства и болезнь выявляется при рентгенофлюорографическом исследовании. Течение подострое или хроническое, нередко волнообразное; отмечаются слабость, субфебрилитет, боль в груди, сухой кашель, снижение I/ аппетита. Хрипы в легких прослушиваются редко и в небольшом количестве. Иногда саркоидоз начинается остро с высокой температуры, припуханием суставов конечностей, появления узловой эритемы, главным образом на коже голени, увеличения наружных лимфатических

узлов. В крови — склонность к лимфопении и моноцитозу, реже эозинофилия; СОЭ в пределах нормы или незначительно увеличена. Характерный признак — снижение общей и местной чувствительности к туберкулину, в связи с чем проба Манту обычно отрицательная. Характерна положительная реакция Квейма: гомогенат ткани пораженного лимфатического узла вводят подкожно, через месяц в месте введения формируются саркоидные гранулемы (в настоящее время проба используется редко). При III стадии заболевания эти признаки выражены в большей степени, постепенно нарастают одышка и цианоз. Продолжительность болезни от нескольких месяцев до многих лет. Помимо клинико-рентгенологической картины, диагноз подтверждают результаты гистологического или цитологического исследования лимфатических узлов, кожи, слизистой оболочки бронхов и легочной ткани, где обнаруживают элементы саркоидной гранулемы. Таким путем удается дифференцировать саркоидоз от туберкулеза, различных диссеминаций в легких и других заболеваний. Лечение неспецифическое, в первую очередь используют глюкокортикоиды. Учитывая возможность спонтанного выздоровления, глюкокортикоиды обычно назначают после 3-5 мес наблюдения, если процесс не имеет склонности к спонтанной инволюции. Гормональная терапия показана при остром начале заболевания с полиартритом, узловатой эритемой, явном прогрессировании с нарушениями функции дыхания, генерализации процесса, при поражениях глаз, почек, кожи, сердечнососудистой и нервной систем. Обычно назначают преднизолон по 30-40 мг в сутки, терапию в постепенно снижающихся дозах продолжают в течение 6-8 мес, иногда и дольше. При невозможности применить гормонотерапию или при ее недостаточной эффективности используют хингамин (делагил) по 0,25 г 12 раз в сутки, витамин Е по 300 мг/сут. Применяют также диетотерапию, физиотерапевтические процедуры (КВЧ-терапия), плазмаферез.

Прогноз в подавляющем большинстве случаев благоприятный. При III стадии в результате медленно нарастающей легочносердечной недостаточности возможен летальный исход.

Пневмокониозы профессиональные заболевания легких, обусловленные длительным вдыханием пыли и характеризующиеся развитием диффузного интерстициального фиброза. Могут встречаться у рабочих горнорудной, угольной, асбестовой, машиностроительной и некоторых других отраслей промышленности. Развитие пневмокониоза зависит от физикохимических особенностей вдыхаемой пыли.

Клиническая картина пневмокониозов имеет ряд сходных черт: медленное, хроническое течение с тенденцией к прогрессированию, нередко приводящее к нарушению трудоспособности; стойкие склеротические изменения в легких. Общими являются и принципы профилактики пневмокониозов, прежде всего осуществление технических и санитарногигиенических мероприятий, направленных на максимальное снижение запыленности воздуха рабочих помещений, проведение предварительных (при поступлении на работу) и периодических медицинских осмотров. Так, противопоказаниями к приему на работу, связанную с воздействием кремнийсодержащей пыли, служат туберкулез легких, ряд заболеваний верхних дыхательных путей и бронхов, хронические заболевания переднего отрезка глаз, кожи, аллергические болезни. Обязательным является проведение периодических медицинских осмотров 2 раза в год или 1 раз в 2 года в зависимости от потенциальной опасности производства. Осмотры осуществляют терапевт, отоларинголог с проведением рентгенографии органов грудной полости, исследованием функции внешнего дыхания. Биологические методы профилактики направлены на повышение реактивности организма и ускорение выведения из него пыли. Рекомендуются общее ультрафиолетовое облучение, применение щелочных ингаляций, общая и дыхательная гимнастика; организуется специальное питание,

направленное на нормализацию белкового обмена и торможение кониотического процесса. Различают следующие основные виды пневмокониозов: силикоз и силикатозы, металлокониозы, карбокониозы, пневмокоииозы от смешанной ныли (антракоспликоз, сидеросиликоз и др.), пневмокониозы от органической пыли.

Силикоз — наиболее распространенный и тяжело протекающий вид ппевмокониоза, развивается в результате длительного вдыхания пыли, содержащей свободную двуокись кремния. Чаще всего встречается у горнорабочих различных рудников (бурильщики, забойщики, крепильщики и др.), рабочих литейных цехов (пескоструйщики, обрубщики, стерженщики и др.), рабочих производства огнеупорных материалов и керамических изделий. Представляет собой хроническое заболевание, тяжесть и темп развития которого могут быть различными и находятся в прямой зависимости как от агрессивности вдыхаемой пыли (концентрация пыли, количество свободной двуокиси кремния в ней, дисперсность и т. д.), так и от длительности воздействия пылевого фактора и индивидуальных особенностей организма. Патогенез. Постепенная атрофия мерцательного эпителия дыхательных путей резко снижает естественное выделение ныли из органов дыхания и способствует ее задержке в альвеолах. В иистерстициальной ткани легких развивается первичный реактивный склероз с неуклонно прогрессирующим течением. Наибольшей агрессивностью обладают частицы размером 12 мкм, способные проникать в глубокие разветвления бронхиального дерева, достигая легочной паренхимы и задерживаясь в ней. Определенную роль играет механическое, а также токсикохимическое повреждение легочной ткани, но активность пыли зависит главным образом от кристаллической структуры и способности кристаллов адсорбировать белки, что связано с наличием на их поверхности силанольных групп (SiOH). Это обуславливает большую гибель фагоцитов с высвобождением веществ липопротеидной природы (антигенов) и образованием антител, вступающих в реакцию преципитации, которая лежит в основе формирования силикотического узелка. Прогрессирование фиброзного процесса влечет за собой нарушение кровоснабжения, лимфостаз и дальнейшее разрастание соединительной ткани. Все это наряду с воспалительными и атрофическими процессами в бронхах приводит к возникновению эмфиземы легких, легочного сердца и недостаточности внешнего дыхания. Симптомы, течение. Заболевание развивается исподволь, как правило, при большом стаже работы в условиях воздействия пыли. Начальная клиническая симптоматика скудная: одышка при физической нагрузке, боль в груди неопределенного характера, редкий сухой кашель. Непосредственное обследование нередко не обнаруживает патологии. Однако даже в начальных стадиях можно определить ранние симптомы эмфиземы, развивающейся преимущественно в нижнебоковых отделах грудной клетки, коробочный оттенок перкуторного звука, уменьшение подвижности легочных краев и экскурсий грудной клетки, ослабление дыхания. Присоединение изменений в бронхах проявляется жестким дыханием, иногда сухими хрипами. При выраженных формах заболевания одышка беспокоит даже в покое, боль в груди усиливается, появляется чувство давления в грудной клетке, кашель становится более постоянным и сопровождается выделением мокроты, нарастает выраженность перкуторных и аускультативных изменений, Основным в диагностике силикоза является рентгенологическое исследование. В начальной стадии на рентгенограммах отмечаются усиление и деформация легочного рисунка, появление ячеистости и сетчатости, возникновение единичных теней силикотических узлов, уплотнение междолевой плевры; изменения, как правило, симметричны, иногда более выражены в правом легком с преимущественной локализацией в средних и нижних отделах. В дальнейшем нарастает деформация бронхиального рисунка, возникают многочисленные мелкопятнистые неправильной формы тени с располагающимися между ними сйликотическими узелками округлой формы с четкими контурами (картина «снежной бури» или «дробового» легкого — II стадия заболевания). При переходе

процесса в III стадию тени сливаются в крупные опухолевидные конгломераты с образованием в некоторых случаях полостей, чаще при сочетании с туберкулезом; выражены признаки эмфиземы легких. В соответствии с клиникорентгенологическими особенностями выделяют 3 формы силикоза: узелковую, интерстициальную и опухолевидную (узловую). Вопрос о возможности обратного развития начальных силикотических изменений не решен. В то же время силикоз отличается склонностью к прогрессированию даже после прекращения работы в условиях воздействия пыли, содержащей двуокись кремния. При неблагоприятной комбинации ряда факторов (высокая дисперсность и концентрация, большое содержание в пыли свободной двуокиси кремния, тяжелые условия труда и т. д.) силикоз может развиваться уже после нескольких месяцев работы («ранний силикоз»), что бывает чрезвычайно редко.

Осложнения: легочное сердце, легочносердечная недостаточность, пневмония, обструктивный бронхит, бронхиальная астма, реже бронхоэктатическая болезнь. Силикоз нередко осложняется туберкулезом, что приводит к смешанной форме заболевания — силикотуберкулезу. В дифференциальной диагностике силикоза и туберкулеза легких важны отсутствие при силикозе симптомов интоксикации, относительная выраженность жалоб и физикальных симптомов, характерная рентгенологическая картина. Опухолевидная форма силикоза отличается от рака легкого медленной эволюцией теней и относительно хорошим

Инфаркт легкого - заболевание, обусловленное эмболией или тромбозом ветвей легочной артерии (главным образом долевых и более мелких артерий). Считают, что инфаркт легкого развивается в 10-25% случаев тромбоэмболии легочных артерий (ТЭЛА). Этиология, патогенез. В основе заболевания лежит чаще всего тромбоз вен большого круга кровообращения (нижних конечностей, малого таза, подвздошных, нижней полой вены и т. д.), значительно реже — тромбоз правых полостей сердца. К развитию периферических флелотромбозов предрасполагают хирургические вмешательства, послеродовой период, хроническая сердечная недостаточность, переломы длинных трубчатых костей, злокачественные опухоли, длительная иммобилизация (в частности, постельный режим). К тромбозам сосудов легких ведут застой и замедление кровотока в легких, стабильная легочная гипертензия, легочный васкулит. Обтурация сосуда, рефлекторный спазм в системе легочных артерий, а также вазоконстрикция вследствие выделения из тромбоцитов биологически активных веществ (серотонина, тромбоксана, гистамина) ведут к острой легочной гипертензии и перегрузке правых отделов сердца. Возникают нарушение диффузии и артериальная гипоксемия, которая усугубляется шунтированием иеодоокисленной крови через артериовенозные анастомозы в легких и межсистемные анастомозы. Инфаркт легкого чаще возникает на фоне уже имеющегося венозного застоя и носит обычно геморрагический характер за счет излияния из бронхиальных артерий в легочную ткань крови, притекающей по межсистемным анастомозам, а также обратного тока крови из легочных вен. Инфаркт легкого формируется через сутки после обтурации легочного сосуда; полное его развитие заканчивается к 7-м суткам. Инфицирование инфаркта легкого ведет к развитию перифокальных пневмоний (бактериальных, кандидозных) нередко с абсцедированием; при субплевральном расположении инфаркта возникает фибринозный или чаще геморрагический плеврит. Симптомы, течение определяются калибром, локализацией и числом обтурированных сосудов, состоянием компенсаторных механизмов, исходной патологией легких и сердца. Самые частые признаки: внезапно возникшая одышка (или внезапно усилившаяся); боль в груди (острая, напоминающая стенокардию в момент эмболии; усиливающаяся при дыхании и кашле при плеврите); бледность с пепельным оттенком кожи, реже цианоз; тахикардия с частотой сердечных сокращений более 100 в 1 мин, иногда — нарушения сердечного ритма (экстрасистолия, реже мерцательная аритмия); артериальная гипотензия вплоть до коллапса; церебральные расстройства (обморок, судороги, кома); повышение температуры тела, кашель со слизистой или

кровянистой мокротой, кровохарканье при формировании инфаркта легкого. В момент эмболии часто отмечается несоответствие между выраженной одышкой и скудной аускультативной картиной в легких; при формировании инфаркта легкого могут выявляться притупление перкуторного звука, ослабленное дыхание, шум трения плевры тч мелкопузырчатые влажные хрипы на ограниченном участке; односторонний экссудативный плеврит. Изредка наблюдается абдоминальный синдром, проявляющийся острой болью в правом подреберье парезом кишечника, псевдоположительными симптомами раздражения брюшины, лейкоцитозом, упорной икотой, рвотой (синдром обусловлен поражением диафрагмальной плевры, резким набуханием печени). Признаки острой легочной гипертензии и перегрузки правых отделов сердца (усиление сердечного толчка, смещение наружу правой границы сердца, пульсация во втором межреберье слева, акцент и расщепление II тона, систолический шум на легочной артерии, признаки правожелудочковой недостаточности) наблюдаются лишь при обтурации крупных стволов легочных артерий. На возможный источник ТЭЛА могут указывать признаки периферического флеботромбоза. Возможны разнообразные сочетания приведенных признаков, различная степень их выраженности, что делает диагноз ТЭЛА и инфаркта легкого подчас трудным. Постановке диагноза помогает выявление на ЭКГ признаков острой перегрузки правых отделов сердца (высокий заостренный зубец Р в отведениях II, III, aVF, признак Мак — Джина — Уайта — глубокий зубец S в I стандартном отведении, глубокий зубец Q в III отведении, неполная блокада правой ножки пучка Гиса). При рентгенологическом исследовании может определяться расширение корня легкого, его обрубленность и деформация, обеднение сосудами участка легочной ткани (симптом Вестермарка), затемнение треугольной формы (изза инфильтрации окружающей инфаркт легкого ткани может принимать округлую, неправильную форму), наличие плеврального выпота, а также признаки острого легочного сердца — расширение верхней полой вены, тени сердца вправо, выбухание конуса легочного ствола. Ультразвуковое доплеровское исследование вен нижних конечностей позволяет диагностировать тромбоз глубоких вен нижних конечностей, эхокардиография выявляет признаки перегрузки правого желудочка. Решающую роль в диагностике ТЭЛА играют радиоизотопное сканирование легких, позволяющее обнаружить характерные участки снижения перфузии легких (метод выбора) и ангиопульмонография, выявляющая внутриартериальные дефекты наполнения или обструкцию («обрыв») ветвей легочной артерии.

Прогноз зависит от основного заболевания, величины инфаркта.

Лечение. При подозрении на ТЭЛА показана экстренная госпитализация. На догоспитальном этапе вводят гепарин (10 000 ЕД). Гепарин не растворяет тромб, но приостанавливает тромботический процесс и препятствует нарастанию тромба дистальнее и проксимальнее эмбола. Ослабляя сосудосуживающее и бронхоспастическое действие тромбоцитарного серотонина и гистамина, гепарин уменьшает спазм легочных артериол и бронхиол. Благоприятно влияя на течение флеботромбоза наиболее частой причины тромбоза эмболии, гепарин служит для профилактики рецидивов ТЭЛА. При выраженном болевом синдроме, а также для разгрузки малого круга кровообращения и уменьшения одышки используют наркотические анальгетики (например, 1 мл 1% раствора морфина в/в дробно); это позволяет не только эффективно купировать болевой синдром, но и уменьшить характерную для ТЭЛА одышку. При развитии инфарктной пневмонии боль в грудной клетке может носить плевральный характер; если она связана с дыханием, кашлем, положением тела более целесообразно использование ненаркотических анальгетиков (например, в/в введение 2 мл 50% раствора анальгина). При осложнении заболевания правожелудочковой недостаточностью, шоком проводят терапию вазопрессорами (допамином, добутамином). В случаях развития бронхоспазма и стабильном АД (систолическое не ниже 100 мм рт. ст.) показано в/в медленное (струйное либо капельное) введение 10 мл 2,4% раствора эуфиллина. Помимо бронходилатирующего действия, эуфиллин снижает давление в легочных артериях, обладает

антиагрегационными свойствами В стационаре продолжают гепаринотерапию (суточная доза — 30 000 ЕД) под контролем активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ); возможно применение низкомолекулярного гепарина (дальтепарина, эноксапарина, фраксипарина). Гепаринотерапию проводят в течение 7-10 дней. Длительная терапия непрямыми антикоагулянтами показана при рецидивирующем течении флеботромбоза и ТЭЛА; в этом случае за несколько дней до отмены гепарина пациента переводят на терапию фенилином под контролем протромбинового времени. Продолжительность терапии непрямыми антикоагулянтами при рецидивирующей ТЭЛА или повторном развитии флеботромбоза от 3 до 1.2 мес, критерий отмены — исчезновение или уменьшение потенциальной угрозы тромбозов и тромбоэмболии. В случае тромбоэмболии мелких ветвей легочных артерий и отсутствии рецидивов ТЭЛА достаточной и более безопасной по сравнению с непрямыми антикоагулянтами представляется профилактическая терапия антиагрегантами. С этой целью используют аспирин, тиклонидин (тиклид), трентал. При развитии инфарктной пневмонии к терапии добавляют антибиотики. После подтверждения диагноза при массивной ТЭЛА, гипокинезе правого желудочка и стойкой гипотонии применяют тромболитические средства (стрептокиназу и др.), по показаниям проводят хирургическое лечение (тромбэктомия, установку фильтра в нижнюю полую вену и др.).

Симптомы легких – симптомы туберкулеза

В наше время заболеваемость туберкулезом возрастает с каждым годом. Этому есть множество причин. Прежде всего – крайне низкий уровень жизни нашего населения. Однако и те лица, которые не нуждаются в денежных средствах и могут позволить себе достаточно хорошее питание, не застрахованы от заболевания туберкулезом.

Туберкулезная микобактерия Коха любит обосновываться с легких людей, которые пренебрегают правилами здорового образа жизни. Если вы курите или принимаете алкоголь, то вам необходимо знать симптомы легких, симптомы туберкулеза. Вы находитесь в группе риска.

Еще одна категория – это люди, проживающие в мегаполисах. Среди них заболеваемость туберкулезом почти в половину выше, чем среди жителей малых городов. Все дело в загазованности и воздействии на легочную ткань паров бензина. В то время, когда вы заправляете своего железного коня, в воздух, которым вы дышите, выбрасывается огромное количество паров ртути, серы и солей тяжелых металлов. Все они оседают в ткани легких и готовят отличную площадку для высадки десанта из возбудителей туберкулеза.

Основные **симптомы легких, симптомы туберкулеза** – это:

6. наличие постоянной боли в области очага поражения, боль в легких может быть не ярко выраженной и появляться после физических нагрузок;
7. длительный, не проходящий кашель с выделением мокроты с прожилками крови;
8. одышка;
9. слабость;
10. эпизодическое повышение температуры тела до 37,5.

Уточняется диагноз с помощью флюорографии и туберкулиновой пробы. Регулярная, ежегодная флюорография – достаточно эффективное средство для выявления туберкулеза на ранних стадиях.

Симптомы легких – симптомы онкологии

Онкологические заболевания легких – это страшная статистика преждевременных смертей. Особенно печально, что всех умерших от этого диагноза можно было спасти, если бы они обратились за медицинской помощью своевременно. Но статистика неумолимо говорит о том, что 90% больных раком легких обращаются на последней, четвертой стадии заболевания, когда сделать врачи уже ничего не могут.

Симптомы легких, симптомы онкологии на ранних стадиях не проявляются абсолютно никак. В редких случаях может быть однократное эпизодическое повышение температуры тела. Но некоторые изменения уловить все-таки можно. Это бледность кожных покровов, одышка при быстрой ходьбе, длительный кашель.

Единственный практический совет – это вовремя обращаться к врачу, если вас беспокоят:

1. одышка;
2. кашель;
3. необоснованное повышение температуры тела;
4. отсутствие аппетита;
5. постоянная слабость, разбитость, усталость;
6. боль в грудной клетке.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА РОЛЕВОЙ ИГРЫ

Примерное содержание ролевой игры:

У больной 33 лет, отмечается кашель с выделением «ржавой мокроты» боль в правой половине грудной клетки и высокая температура тела.

Со слов больной, заболел 4 дня назад после переохлаждения, началось остро с повышения температуры тела до 39,8°C и кашля. Сначала кашель был сухой, затем через 2 дня стал выделяться кровянистая «ржавая» мокрота.

Объективно: кожные покровы бледные, румянец щек. Тоны сердца приглушены, ЧДД 34 в мин. Правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. Пальпаторно: усиление голосового дрожания справа снизу. Перкуторно: справа и сзади в нижних отделах тупой звук. Аускультативно: справа в нижних отделах бронхиальное дыхание. Абдоминальной патологии не выявлено. Температуры тела 38,8°C

ОАК: Нб- 118 г/л; Эр-4,0х10¹² л; Л- 10,8х10⁹ л. СОЭ - 22 мм/ч. ОАМ: 100 мл, цвет - с/ж, у/в - 1019, белок - abs, лейкоциты 3-4/1;

Рентген грудной клетки: в базальных сегментах нижней доли справа отмечается затемнение гомогенного характера.

Проблемы пациента:

- 1) кашель с выделением «ржавой мокроты» боль в правой половине грудной клетки
- 2) высокая температура тела.

Тактика ВОП:

- 1) Психологический контакт с больным.
- 2) Выяснить анамнез (хронический тонзиллит, отит и т.п.).
- 3) Причины нерегулярного лечения.
- 4) Назначить: общий анализ крови, общий анализ мочи, рентгенография грудной клетки, анализ и посев мокроты

С группой обсудить действия студента исполняющего роль «больного». Затем обсудить какие обследования необходимо сделать этому больному. Отвечать сначала должен студент, исполняющий роль «врача», затем ответы дополняют студенты всей группы. В конце игры необходимо оценить аналитические способности каждого студента.

Практическая часть занятия – курация больных студентами - проводится под наблюдением преподавателя в отделении пульмонологии

Для тематического обхода готовятся 2-3 больных с патологией легких, с наличием в истории болезни достаточного минимума обследований: общих анализов крови и мочи, анализов крови на ревматоидный фактор, СРБ, серомукоид, сиаловую, сулемовую пробы, АСЛО, АСК, АСГ, мочевую кислоту, рентгенография органов грудной клетки. Во время обхода фиксируется внимание на особенностях жалоб больных в зависимости от характера кашля, сухой или с выделением мокроты, мокрота какого характера (гнойная, с примесью крови)

Акцентируется внимание на последовательность сбора анамнеза в зависимости от характера кашля.

Физикальные обследования направлены на выявление болезненности, пальпации, перкуссии и аускультации грудной клетки.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА «ТУР ПО ГАЛЕРЕЕ».

Цель: обучение студентов критически оценки информации и выявление полноты знаний по данной проблеме.

В каждой малой группе предлагается одна проблема которую они решают в течение 10 минут в письменном виде и затем обмениваются заданиями. Выявление ошибки предыдущей группы и сделанные дополнения к ответам обсуждаются всеми участниками с принятием окончательного варианта ответов. Методика тур по галерее требует от студентов максимальной концентрации внимания и хорошей теоретической подготовки по данному разделу.

Пример: тема занятия «Кашель с выделением мокроты». Трём малым группам даётся по одному вопросу: Предлагается один из вариантов вопросов.

- Характеристика кашля при заболеваниях легких.
- Особенности течения инфильтративного туберкулеза легких
- Особенности долевой пневмонии

Таким образом за 30 минут преподаватель получает представление об уровне подготовки студентов по различным разделам темы и их умение отстаивать своё мнение.

Ответы:

1. По продолжительности кашель бывает: постоянный – продолжается в течении дня – встречается при хронических заболеваниях бронхов, гортани некоторых клинических вариантах ТБЗ легких, раке легкого, периодический кашель – встречается при курении, на ранних стадиях ТБЗ легких, БА и пневмонии, утренний кашель – БЭБ, абсцесс легкого, гастроэзофагеальном рефлюксе, курении, ночной кашель – ТБЗ легких, лимфогранулематоз, раке легкого, застое в малом кругу кровообращения, беззвучный кашель встречается у немощных больных или перед смертью.

По характеру мокроты:

- Серозная
 - Слизистая – встречается при трахеите, остром бронхите; лаб. – лейкоц. 5-6/1
 - Гнойная со зловонным запахом – БЭБ, абсцесс и гангрена легкого – лейкоц. в большом количестве
 - Смешанная (слизисто-гнойная) – пневмонии, крупозная пневмония – «ржавая»
 - Кровохарканье – рак легкого, эхиноккоз, инфаркт легкого, митральный стеноз, бронхоэктазы, ТБЗ легкого, долевая пневмония, ТЭЛА
 - Стекловидная – БА
 - «Малинового желе» – рак легкого IV ст.
 - Розоватая, пенная – отёк легких
- 2.** Инфекционное заболевание, характеризующееся образованием в пораженных тканях очагов специфического воспаления и выраженной общей реакцией организма. Во многих экономически развитых странах, в частности в России, значительно снизилась заболеваемость туберкулезом и смертность от него. Наиболее выражены эти эпидемиологические сдвиги среди детей, подростков и женщин, в меньшей степени — среди мужчин, особенно пожилого возраста. Тем не менее туберкулез остается распространенным заболеванием.
- Основные **симптомы легких, симптомы туберкулеза** – это:

- наличие постоянной боли в области очага поражения, боль в легких может быть не ярко выраженной и появляться после физических нагрузок;
- длительный, не проходящий кашель с выделением мокроты с прожилками крови;
- одышка;
- слабость;
- эпизодическое повышение температуры тела до 37,5.

Уточняется диагноз с помощью флюорографии и туберкулиновой пробы. Регулярная, ежегодная флюорография – достаточно эффективное средство для выявления туберкулеза на ранних стадиях.

Долевая (лобарная) пневмония чаще наблюдается при наиболее тяжело и бурно развивающихся формах пневмококковой (крупозной) и клебсиеллезной П. Крупозная (долевая фибринозная) П. характеризуется выраженной экссудативной реакцией с высоким содержанием фибрина в альвеолярном выпоте, вовлечением в процесс прилежащей плевры (плевропневмония); воспаление может захватывать долю легкого или несколько его сегментов.

№	Оценка	отлично	хорошо	удовл	неуд	плохо
1	Усвоение в %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% и ниже
2	Теоретическая часть	20-17,2 балл	17-14,2 балл	14-11 балл	10,8-7,4 балл	7,2 балл

4.2. Аналитическая часть

4.2.1. Ситуационные задачи:

1. Клинический случай

У больного 36 лет, отмечается кашель с выделением мокроты, потливость, повышенную утомляемость, похудание и субфебрильная температура тела.

Со слов больного, болеет в течение 2 месяцев, когда начала чувствовать повышенную утомляемость, потливость и слабость. Стала постепенно худеть и начали беспокоить короткие сухие кашли. В течение этого периода отмечается субфебрильная температура тела (около 37,8°C) и усилилась потливость, особенно по ночам. В последнее время появилась мокрота слизисто-гнойного характера. Недавно освобожден из тюремного заключения. Курит по 1 пачке в день, употребляет спиртные напитки.

Объективно: кожные покровы бледные. Тоны сердца приглушены. Пульс 98 в 1 минуту. ЧДД - 22 в 1. мин. Аускультативно: справа в средних отделах отмечается некоторое ослабление везикулярного дыхания и выслушиваются звонкие мелкопузырчатые влажные хрипы. Температуры тела 37,5°C

ОАК: Нб- 118 г/л; Эр-4,0х10¹² л; Л- 3,9х10⁹ л. СОЭ - 22 мм/ч. ОАМ: 100 мл, цвет-с/ж, у/в - 1019, белок - abs, лейкоциты 3-4/1;

При рентгенологическом исследовании грудной клетки: справа в средних отделах тени инфильтратов, диаметр около 5 см, однородны, с размытыми границами, на фоне тени обнаруживаются единичные очаги; в тени инфильтрата определяется участок просветления без четких границ, неправильной формы

1. Перечислите не менее четырех заболеваний протекающих с синдромом кашля
2. Предварительный диагноз;
3. Информативные методы обследования;
4. Тактика ВОП (принципы лечения и вторичной профилактики);

Пневмонии, ТБЗ, рак легкого БЭБ	25
Инфильтративный туберкулез легких	25

Кат. 3.1. В условиях СВП или СП: ОАК, ОАМ (ОАК: НЬ- 118 г/л; Эр- 4,0x10/12 л; Л- 3,9x10/9 л. СОЭ - 22 мм/ч. ОАМ: 100 мл, цвет-с/ж, у/в - 1019, белок - abs, лейкоциты 3-4/1)	25
Кат. 3.2.: - рентгенография грудной клетки, анализ мокроты на микобактерии ТБЗ	
Госпитализация в туб. диспансер (программа DOTS)	25

2. Больной 49 лет жалуется на кашель с выделением трудно отделяемой гнойной мокротой, одышку, слабость и снижение трудоспособности.

Болеет в течение 5 лет. Со слов больного, кашель усиливается или появляется 2 раза в год и продолжается около 3 месяцев. Вместе с тем, больной не переносит запыленные места, поскольку одышка и кашель усиливаются. Курит по 1 пачке в день.

Кожные покровы и видимые слизистые оболочки обычной окраски, пульс 92 ударов в минуту, ритмичный, АД 120x70 мм.рт.ст., ЧДД 27 в минуту. Грудная клетка бочкообразная. Над легкими перкуторно коробочный звук. Подвижность нижнего края легких ограничено. Аускультация - на фоне ослабленного везикулярного дыхания сухие свистящие хрипы. Пикфлоуметрия 430 мл.

ПСВ от должной величины - 78%. В общем анализе крови - лейкоцитоз. Общий анализ мочи без особенностей. ЭКГ без особенностей. Общий анализ мокроты: секрет преимущественно гнойно-слизистого характера, содержит много нейтрофилов и единичные макрофаги.

Рентген грудной клетки: усиление сосудистого рисунка корней легких и признаки эмфизема легких.

1. Перечислите не менее четырех заболеваний протекающих с синдромом кашля
2. Предварительный диагноз;
3. Информативные методы обследования;
4. Укажите конкретные изменения на рентгенограмме
5. Тактика ВОП (принципы лечения и вторичной профилактики);

3. Мужчина 56 лет обратился в СВП и предъявляет жалобы на кашель с прожилками крови, резкую слабость, утомляемость и быстрое снижение веса, а также отсутствие аппетита.

Заболел с кашля. Далее постепенно начал, чувствовать слабость и снижение аппетита. Затем появился охриплость голоса и в течение месяца отмечает повышение температуры тела (ежедневно до 38°C). За 2 месяца похудел на 10 кг. В течение многих лет курил по 1-2 пачке сигарет в день. Недавно появился кашель с прожилками крови.

При осмотре кожные покровы бледные, при пальпации обнаружено увеличение лимфатического узла слева в подмышечной области, ЧДД 22 в мин, тоны сердца приглушены, в легких перкуторно в области 3-4 ребра слева притупление легочного звука, аускультативно слева ослабленное везикулярное дыхание.

НЬ- 74 г/л; Эр-3,1x10/12 л; Л- 8,5x10/9 л. СОЭ - 45 мм/ч. ОАК: 200 мл, цвет- с/ж, у/в - 1019, белок - abs, лейкоциты 1-2/1; Общий анализ мокроты: в мокроте атипичные клетки.

Рентген грудной клетки: наличие округлого образования слева с нечеткими контурами в области верхушки легкого.

1. Перечислите не менее четырех заболеваний протекающих с синдромом кашля
2. Предварительный диагноз;
3. Информативные методы обследования;
4. Укажите конкретные изменения на рентгенограмме
5. Тактика ВОП (принципы лечения и вторичной профилактики); 4.

4, Клинический случай

У больной 33 лет, отмечается кашель с выделением «ржавой мокроты» боль в правой половине грудной клетки и высокая температура тела. Со слов больной, заболел 4 дня назад после переохлаждения, началось остро с повышения температуры тела до 39,8°C и кашля. Сначала кашель был сухой, затем через 2 дня стал выделяться кровянистая «ржавая» мокрота.

Объективно: кожные покровы бледные, румянец щек. Тоны сердца приглушены, ЧДД 34 в мин. Правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. Пальпаторно: усиление голосового дрожания справа снизу. Перкуторно: справа и сзади в нижних отделах тупой звук. Аускультативно: справа в нижних отделах бронхиальное дыхание. Абдоминальной патологии не выявлено. Температуры тела 38,8°C

ОАК: Нб- 118 г/л; Эр-4,0x10/12 л; Л- 10,8x10/9 л. СОЭ - 22 мм/ч. ОАМ: 100 мл, цвет - с/ж, у/в - 1019, белок - abs, лейкоциты 3-4/1;

Рентген грудной клетки: в базальных сегментах нижней доли справа отмечается затемнение гомогенного характера.

1. Перечислите не менее четырех заболеваний протекающих с синдромом кашля
2. Предварительный диагноз;
3. Информативные методы обследования;
4. Укажите конкретные изменения на рентгенограмме
5. Тактика ВОП (принципы лечения и вторичной профилактики); Клинический случай № 11

У больной 43 лет, отмечается кашель, сопровождающийся выделением гнойной мокроты с неприятным запахом и повышение температуры тела.

Дополнительная информация (предоставляется по ходу решения задачи).

Со слов больной, болеет в течение месяца, когда врачи установили крупозную пневмонию. Однако отказалась от стационарного лечения и находилась дома. Принимала только аспирин при повышении температуры. Состояние не улучшалось, и усилилась лихорадка с потом. Стали более беспокоит ознобы, недомогание, сухой кашель, иногда боли в груди неопределённого характера. Со вчерашнего дня кашель стал продуктивным и больной почувствовал облегчение.

Объективно: кожные покровы бледные. Тоны сердца приглушены. ЧДД - 34 в мин. Пульс 99 в 1 минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные. При перкуссии легких звук с тимпаническим оттенком. Аускультативно: справа выслушиваются звонкие крупнопузырчатые хрипы, бронхиальное дыхание с амфорическим оттенком. Температуры тела 38,8°C

ОАК - нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, анемия. Общий анализ мокроты: много лейкоцитов и наличие эритроцитов и эластичных волокон.

Рентген грудной клетки' в верхней доле правого легкого отчетливо определяет полость с горизонтальным уровнем жидкости и перифокальной воспалительной инфильтрацией легочной ткани.

№	Правильные ответы	баллы
1 4,5 балл	- С чем связываете свое заболевание?	0,5
	- Получали ли лечение, какие препараты принимали?	0,5
	- Были ли эффективны эти препараты?	0,5
	- Есть ли вредные привычки?	0,5
	- Наблюдались ли повышение температуры тела?	0,5
	- Наследственностьотягощена?	0,5
	- Мокрота какая, есть ли кровохарканье?	0,5
	- Какова частота приступа удушья, участились ли приступы? Наблюдались ли ночные приступы удушья?	0,5

	- Есть ли аллергия на какие-нибудь препараты и пищевые продукты?	0,5
8 балл	- Оценить состояние больного: повышения температуры тела до 38,8°C	0,5
	- Оценить кожные покровы и слизистые: кожные покровы бледные	0,5
	- Оценить подкожно-жировую клетчатку, периф. л/у: без особенностей	0,5
	- Дыхат. сист.: кашель, сопровождающийся выделением гнойной мокроты с неприятным запахом. ЧДД - 34 в мин. При перкуссии легких звук с тимпаническим оттенком. Аускультативно: справа выслушиваются звонкие крупнопузырчатые хрипы, бронхиальное дыхание с амфорическим оттенком	2,5
	- ССС – жалоб нет, осмотр, пальп., перк. сердца без изменений, ауск. - тоны сердца приглушены, ритмичные, пульс 99 в 1 минуту.	1
	- Пищев. сист. – жалоб нет, осмотр, пальп., перк. б/о, печень по Курлову 9-8-7 см.	1
	- Мочевыд.сист. – жалоб нет, с-м поколачивания отриц. с обеих сторон, диурез регулярный.	1
	- Нейро-эндокр. сист. – жалоб нет, щитов. железа не увел., патологические рефлексы не выявляются	0,5
- Рассчитать ИМТ	0,5	
6 балл	3 Туберкулез	2
	Абсцесс легкого	2
	Пневмония	2
6 балл	4 Туберкулез	2
	Абсцесс легкого	2
	Пневмония	2
9 балл	Кат. 3.1. В условиях СВП или СП: ОАК, ОАМ, ЭКГ, офтальмоскопия, измерение АД и пульса (ОАК - нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, анемия)	3
	Дополнительные исследования: - общий анализ мокроты - рентгенография грудной клетки	3
	Ожидаемые результаты: много лейкоцитов и наличие эритроцитов и эластичных волокон R - в верхней доле правого легкого отчетливо определяет полость с горизонтальным уровнем жидкости и перифокальной воспалительной инфильтрацией легочной ткани.	3
6 балл	20 Диагноз: Прорыв абсцесса легкого в бронх справа.	20
5 балл	7 Направить к пульмонологу Взять на диспансерный учет	5
14 балл	-осуществление профилактических и лечебных мероприятий	2
	-консультация по ведению здорового образа жизни	2
	-консультирование по диете	2
	-мониторинг индекса массы тела	3

	-периодические клинические осмотры	2
	-своевременная диагностика и профилактика осложнений	3
9	Не медикаментозная терапия	
	- Соблюдение высококалорийной диеты	1,0
	- Избегать переохлаждения	0,5
	-Отказ от вредных привычек	1,0
	- Режим труда и отдыха	0,5
14 балл	Медикаментозная терапия:	
	5. Абактал 100 в/в кап.	11
	6. Азитромицин 1т x 2р/с (3 дня)	
	7. Реополиглюкин 100 в/в кап.	
	8. Глюкоза 5%-200 + аскорбиновая кислота 5%-8,0 в/в кап	
10	Первичная профилактика:	0,5
	- ведение здорового образа жизни	
	- отказ от вредных привычек	0,5
	- рациональное питание	0,5
	- соблюдение режима отдыха	2
4,5 балл	- избегать стрессовых ситуаций	1
	Вторичная профилактика:	0,5
	- ежегодный профилактический осмотр	
	- борьба с выявленными факторами риска	1
	- взятие на «Д» учет вновь выявленных больных	1
4,5 балл	-лечение пациентов с абсцессом легких препаратами доказанной эффективности, соблюдая непрерывность и длительность приёма препаратов	1
	- поддержание качества жизни.	1
	Третичная профилактика:	2,5
	- индивидуальный подход к каждому пациенту с определением дозы и времени приёма препарата для предупреждения осложнений	
	- санаторно-курортное лечение	2,5
100		

№	Оценка	отлично	хорошо	удовл	неуд	плохо
	Усвоение в %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% и ниже
2	Ситуационная задача	50-43 балл	42,5-35,5 балл	35- 27,5 балл	27-18,5 балл	18балл
№	Оценка	отлично	хорошо	удовл	неуд	плохо
1	Усвоение в %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% и ниже
2	Тест	15-12,9балл	12,7-10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5 балл	5,4 балл

4.2.2 Графический органайзер: ромашка

4.3. Практическая часть

Перечень навыков, которым ВОП должен владеть после завершения занятий по данной тематике

3. Провести осмотр больных с артритами и артралгией.

4. Интерпретировать ЭКГ и рентгенограмму у больных с артритами и артралгией.

«Кашель с выделением мокроты»

Очаговая пневмония, туберкулома, абсцесс лёгких, опухоль лёгких, эхиноккок легких. Пневмонии разной этиологии (бактериальная, вирусная, микоплазменная). Дифференциальная диагностика при диффузной диссеминации. Очаговая пневмония, гематогенно-диссеминированная форма ТБК легких, пневмоцидоз, метастазы рака.

№ этапа	Показатели/интерпретация	Не выполнено	Выполнено полностью
	Обследование пациента	0	50
	Общий анализ крови,		
	Общий анализ мочи		
	Острофазные пробы		
	Общий анализ мокроты		
	Бак. посев мокроты		
	ЭКГ		
	Рентгенография грудной клетки		
	Консультация пульмонолога, фтизиатра, онколога	0	20
	Биопсия		
	Дифференциальная диагностика	0	10
	Постановка диагноза	0	10
	Тактика ВОП	0	10
	Профилактические мероприятия	0	10
ИТОГО		0	100

№	Оценка	отлично	хорошо	удовл	неуд	плохо
1	Усвоение в %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% и ниже
2	Практическая часть	15-12,9 балл	12,75-10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5-балл	5,4 балл

5. Формы контроля знаний, навыков и умений

- Устно
- Письменно
- Решение ситуационных задач
- Демонстрация освоенных практических навыков

5.1. Критерии оценок знаний и умение практических навыков студентов.

№	Оценка	отлично	хорошо	удовл	неуд	плохо
	Усвоение в %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% и ниже

1	Теоретическая часть	20-17,2 балл	17-14,2 балл	14-11 балл	10,8-7,4 балл	7,2 балл
2	Ситуационные задачи	50-43 балл	42,5- 35,5 балл	35- 27,5 балл	27-18,5 балл	18 балл
3	Тест	15- 12,9 балл	12,7-10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5 балл	5,4 балл
4	Практическая часть	15-12,9 балл	12,75- 10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5- балл	5,4 балл

6. Критерии оценки текущего контроля

Уровни оценок	Рейтинг баллы	Характеристика работы студента
	20	Балл присутствия на практическом занятии. Полное отсутствие уровня знаний и не умение выполнить практический навык – студент абсолютно не готов к практическому занятию.
Не удовлетворительно	20 - 54,9	<p>Студент отвечает неудовлетворительно.</p> <p>Студенты не владеет базовыми уровнями знаний и навыков, хотя бы одного из нижеперечисленных:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Не знает определение термину «Кашель с выделением мокроты» • Не знает типы кашля • Не может рассказать об особенностях кашля у больных при заболеваниях легких и злокачественных новообразованиях. • Не может перечислить основные методы диагностики кашля при заболеваниях легких и злокачественных новообразованиях. • Не знает перечень основных лабораторно-инструментальных исследований, необходимых проводить при заболеваниях легких и злокачественных новообразованиях. • Не знает группы препаратов для лечения заболеваний легких, сопровождающихся кашлем и злокачественных новообразованиях. • Не может собрать рациональный анамнез во время амбулаторного приема больных с кашлем при заболеваниях легких и злокачественных новообразованиях. • Во время амбулаторного приема не способен объективно оценить состояние больных с синдромом «Кашель с выделением мокроты» и злокачественных новообразованиях. • Не способен рационально составлять план обследования больным с синдромом «Кашель с выделением мокроты» и злокачественных новообразованиях. <p>Не способен провести дифференциальную диагностику больных с синдромом «Кашель с выделением мокроты» и злокачественных новообразованиях.</p>

Обеспечение базового уровня знаний и навыков		
Удовлетворительно 55-70,9%	55-60,9	Удовлетворительный ответ низкого качества. Студент старается владеть базовыми уровнями знаний и навыков (см.ниже), но при ответе или выполнении навыков допускает серьезные ошибки.
	61-65,9	Удовлетворительный ответ средней степени. Студент владеет базовыми уровнями знаний и навыков (см.ниже), но при ответе или выполнении навыков допускает ошибки (возможны отдельные погрешности)
	66-70,9	Удовлетворительный ответ высокого качества. Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков: <ul style="list-style-type: none"> • Знает определение термину «Кашель с выделением мокроты» • Знает типы кашля • Может рассказать об особенностях кашля у больных при заболевании легких и злокачественных новообразованиях. • Может перечислить основные методы диагностики кашля у больных при заболевании легких и злокачественных новообразованиях. • Знает перечень основных лабораторно-инструментальных исследований, необходимых проводить при заболевании легких, сопровождающихся кашлем с выделением мокроты и злокачественных новообразованиях. • Знает группы препаратов для лечения кашля у больных при заболевании легких и злокачественных новообразованиях. • Может собрать рациональный анамнез во время амбулаторного приема больных с кашлем у больных при заболевании легких и злокачественных новообразованиях. • Во время амбулаторного приема способен объективно оценить состояние больных с кашлем у больных при заболевании легких и злокачественных новообразованиях. • Способен рационально составлять план обследования больным с кашлем при заболевании легких и злокачественных новообразованиях. • Способен провести дифференциальную диагностику больных с кашлем при заболевании легких и злокачественных новообразованиях. •
Продвинутый уровень знаний		
	71-75,9	Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (указанные в пункте «66-70,9») + владеет следующими знаниями и навыками: <ul style="list-style-type: none"> • Знает этиологию и патогенез кашля у больных

Хорошо 71-85,9%		<p>при заболеваниях легких и злокачественных новообразованиях.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Знает механизм действия лекарственных препаратов, применяющихся для лечения кашля у больных при заболеваниях легких и злокачественных новообразованиях. • Умеет рационально подобрать лекарственные препараты больному в зависимости от причины возникновения кашля.
	76-80	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «71-75,9», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Знает патогенез развития синдрома «Кашель с выделением мокроты» различного генеза • Знает принципы первичной, вторичной и третичной профилактики кашля при заболеваниях легких и злокачественных новообразованиях.
	81-85,9	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «71-75,9» и «76-80», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Может рассказать основные принципы ведения, наблюдения и мониторинга больных с кашлем в условиях СВП или СП. • Умеет провести консультацию по вопросам немедикаментозных и медикаментозных советов с использованием навыков МЛО. • Знает принципы диспансеризации и реабилитации больных с кашлем в условиях СВП или СП
Отлично 86-100%	86-90	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «81-85,9», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Знает принципы лечения кашля различного генеза • Умеет предоставлять достоверную информацию о кашле различного генеза на основании интернет данных
	91-95	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «86-90», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Глубоко знает этиологию, патогенез развития кашля различного генеза • Может подробно описать лабораторно-инструментальные методы исследования при кашле у больных при заболеваниях легких и злокачественных новообразованиях.

	96-100	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «91-95», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Предоставил научные данные на основе дополнительной литературы (статьи и интернет) • Может на английском языке спросить жалобы, собрать анамнез и коротко рассказать о заболевании больному с кашлем • Может доходчиво и понятно объяснить тему аудитории, с использованием современных педагогических технологий
--	---------------	--

Примечание: Базовый уровень знаний и навыков – это минимум знаний, который обеспечивает принцип «безопасности» для пациента.

7. Контрольные вопросы.

- 1.Классификация пневмоний.
- 2.Дифференциальная диагностика заболеваний, протекающих с синдромом кашля.
- 3.Неотложная помощь при острой пневмонии.
- 4.Тактика ведения больного с кашлем.
- 5.Амбулаторное лечение больных кашлем.
- 6.Показания к госпитализации.
- 7.Определение трудоспособности больных с заболеваниями, протекающих с синдромом кашля.
8. Профилактика.

8. ЛИТЕРАТУРА:

Основные

1. Ички касалликлар, Шарапов У.Ф. Т: Ибн Сино, 2003
2. Ички касалликлар, Бобожанов С. Т: Янги аср авлод, 2008
3. Внутренние болезни, том 1 Мухин Н.А. М.: ГЭОТАР - Медиа,2009
4. Внутренние болезни, том 2 Мухин Н.А. М.:ГЭОТАР - Медиа, 2009
5. Textbook of Internal Medicine Editor-in-Chief William N. Kelley 1997

Дополнительные

- 1) Умумий амалиёт врачлар учун маърузалар туплами , Гадаев А.Г., Т., 2012
- 2) Общая врачебная практика, Под ред.Ф.Г.Назирова, А.Г.Гадаева. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
- 3) Справочник врача общей практики. Дж.Мёрта. М.: Практика, 1998.
- 4) Сборник практических навыков для врачей общей практики. Гадаев А., Ахмедов Х.С. Т., 2010.
- 5) Умумий амалиёт врачлар учун амалий куникмалар туплами Гадаев А.Г., Ахмедов Х.С., 2010.
- 6) Умумий амалиёт шифокори учун кулланма Ф.Г.Назирова, А.Г.Гадаев тахр. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.

9. Хронологическое содержание занятия

Время	Мероприятия	Содержание	Материалы	Продолжительность занятия
8.30–9.30	Утренняя конференция	Доклад дежурных врачей и дежурных субординаторов по дежурству.	Истории болезни, ЭКГ, кодоскоп.	1 час
9.15-10.00	Клинический аудит выписываемых больных.	Подробный доклад студентов о выписываемых больных.		45 минут
10.05-10.45	Теоретический разбор темы	Проверка исходного уровня подготовленности студентов с использованием метода «мозговой штурм» и решением ситуационной задачи. Студентам раздаются ситуационные задачи по данной теме, которые они должны анализировать и дать заключение.	Ситуационные задачи, учебные доски, соответствующие теме занятия.	40 минут
10.45 - 11.05.	Проработка практических навыков.	Студент под надзором преподавателя должен выполнить минимум два практического навыка.	Больной или волонтер.	20 минут
11.05-11.45	Курация больных в отделении	Каждый студент курирует больных определенной палаты.	Больной, фонендоскоп, тонометр, история болезни (с данными клинико-лабораторных исследований).	40 минут
11.45-12.15	Перерыв			30 мин
12.20-13.20	Разбор тематических больных	По выбору педагога проводится полный осмотр больного по теме занятия или пациентов, готовящихся к выписке, анализ данных лабораторно-инструментального исследования, обоснование предварительного и окончательного клинического диагнозов. Определяется план лечения с дозами препаратов.	Больной, фонендоскоп, тонометр, история болезни (данными клинико-лабораторных исследований).	1 час

**ТРЕБОВАНИЯ К ЗНАНИЯМ, УМЕНИЯМ И НАВЫКАМ ПРИ ОБУЧЕНИИ
СТУДЕНТОВ НА ОСНОВЕ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ БОЛЬНЫХ
С БОЛЬЮ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ**

Цель: Научить студентов посиндромальному решению проблемы больных с болью в грудной клетке, а также принципам их ведения в условиях первичного звена здравоохранения в рамках квалификационной характеристики ВОП

Основные задачи обучения:

- Обучить студентов решению проблемы, связанной с болью в грудной клетке;
- Обучить студентов своевременной диагностике при наличии проблемы, связанной с болью в грудной клетке.
- Обучить студентов дифференцировать болезни, сопровождающиеся с болью в грудной клетке.
- Усовершенствовать необходимые знания, умения и практические навыки при решении проблемы пациентов с болью в грудной клетке (сбор информации, выявление проблемы и физикальный осмотр, а также умение обоснованно назначать лабораторно-инструментальные методы исследования);
- Обучить студентов обоснованно выбрать тактику ведения;
- Обучить студентов обоснованно осуществлять лечебно-профилактических мер и наблюдению в условиях СВП и СП.

При разборе данной проблемы больных ключевыми моментами оценки знаний студентов должны быть:

- Умение выделить основную проблему, которая отразилась на качестве жизни больных.
- Умение задавать вспомогательные вопросы рационального анамнеза.
- Умение выделить наличие факторов риска.
- Умение перечислить заболевания или состояния, которые могут быть причиной данной проблемы.
- Умение обоснованно провести физикальный осмотр.
- Умение обоснованного назначения лабораторно-лабораторных исследований в условиях СВП или СП.
- Умение выделить необходимость дополнительных исследований за пределами СВП или СП.
- На основании полученной информации умение установить основную причину (диагноз) данной проблемы.
- Умение определить тактику ведения на основании квалификационной характеристики ВОП.
- Умение давать немедикаментозные советы.
- Умение определить медикаментозное лечение на основании доказательной медицины
- Умение определить профилактических мер на уровне первичного звена здравоохранения.
- Умение определить принципы диспансеризации и реабилитации больных в условиях СП или СВП.

Что должен знать студент при решении проблемы пациентов с болью в грудной клетке:

№	Перечень знаний	Базовый уровень
1	Перечень заболеваний, которые протекают с болью в грудной клетке	Студент должен знать как минимум 10 наиболее часто встречаемых заболеваний
2	Перечень наиболее опасных заболеваний, которые протекают с болью в грудной клетке	Студент должен знать как минимум 5 заболеваний

3	Перечень состояний, требующие ведения в условиях СВП или СП (1-категория)	Согласно квалификационной характеристики ВОП
4	Перечень состояний, требующие консультации узкого специалиста или госпитализаций (2-категория)	Согласно квалификационной характеристики ВОП
5	Перечень исследований, требующие проведения в условиях СВП или СП (3.1-категория)	Согласно квалификационной характеристики ВОП
6	Перечень исследований, требующих направлений за пределы СВП или СП (3.2-категория)	Согласно квалификационной характеристики ВОП
7	Ключевые моменты (критерий) диагностики заболеваний, протекающие с болью в грудной клетке	Студент должен знать отличительные признаки и проявления каждого заболевания, а также критерии их диагностики.
8	Классификацию ИБС	Студент должен перечислить.
9	Симптомы поражения внутренних органов	Студент должен знать признаки поражения сердца, легких, печени, селезенки, желудка, 12 пк.
10	Показатели лабораторно-инструментальных методов исследований (в том числе, ЭКГ)	Студент должен знать: - нормативные показатели и ожидаемые изменения при заболеваниях
11	Лечебная тактика	Студент должен знать методы и принципы лечения (в том числе немедикаментозные)
12	Принципы первичной, вторичной и третичной профилактики	Студент должен знать основные мероприятия, необходимые для первичной, вторичной и третичной профилактики
13	Принципы диспансеризации и реабилитации больных в условиях СВП или СП (4-категория)	Студент должен перечислить основные мероприятия по диспансеризации и реабилитации

Что должен уметь студент при решении проблемы пациентов с болью в грудной клетке:

№	Перечень навыков	Базовый уровень
1	Расспросить больного и его родственников	<ul style="list-style-type: none"> • Студент должен уметь задавать лаконичные вопросы рационального вопроса, которые действительно помогает в установке вероятного диагноза. • Студент должен уметь целенаправленно выявлять и оценивать жалобы пациента. • Студент должен уметь анализировать анамнез заболевания: начало заболевания, первые симптомы, причинная их связь и динамика развития. • Студент должен уметь анализировать анамнез жизни: выявление факторов риска, здоровье родителей и ближайших родственников.
2	Выявить факторы риска	Студент должен уметь выявить управляемые и

		неуправляемые факторы риска как при расспросе больного, так на основании объективного подхода
3	Рассчитать индекс масса/тела	Студент должен уметь выявить признаки: - недостаточности веса - повышенного веса.
4	Измерить артериальное давление.	Студент должен уметь провести тонометрию с учетом пошагового принципа.
5	Провести осмотр кожи	Студент должен уметь выявить признаки: - характерной для опоясывающего лишая сыпи. Студент должен уметь обнаружить наличие холодной, влажной и бледной кожи
6	Исследовать пульс на сонных, лучевых и бедренных артериях	Студент должен уметь обнаружить: - наличие или отсутствие пульса Студент должен уметь оценить свойства лучевой артерии.
7	Осмотреть конечности	Студент должен уметь обнаружить: - отеки -варикозно-расширенных вен конечностей
8	Осмотреть молочную железу	Студент должен уметь пропальпировать молочную железу и выявить наличие образований (узлов).
9	Пропальпировать грудную клетку	Студент должен уметь обнаружить: - локальных болезненных точек в области грудино-реберных суставов.
10	Провести пальпацию, перкуссию и аускультацию органов дыхания	Студент должен уметь оценить: - экскурсию грудной клетки - голосовое дрожание - изменение легочного звука и их интерпретация - типы дыхания - наличие дыхательных шумов и хрипов
11	Провести пальпацию, перкуссию и аускультацию сердечно-сосудистую систему	Студент должен уметь выявить признаки: - гипертрофии отделов сердца Студент должен уметь оценить: - тоны сердца; - при наличии сердечных шумов, уметь выявить их эпицентр, и отношение к фазе сердечной деятельности (систолический или диастолический шум); - уметь дифференцировать функциональные сердечные шумы от органических. - шума трения перикарда
12	Провести пальпацию, перкуссию органов брюшной полости	Студент должен уметь провести поверхностную и глубокую пальпацию живота Студент должен уметь выявить: - острый живота - гепатомегалию и спленомегалию. Студент должен уметь оценить: - всех доступных образований в брюшной полости
13	Оценить позвоночник (осмотр и пальпация, в том числе функциональных проб)	Студент должен уметь провести обследование позвоночника с учетом пошагового принципа. Студент должен уметь выявить признаки или симптомы: - патологического лордоза и кифоза

		<ul style="list-style-type: none"> - искривления позвоночника - функциональные нарушения - характерные для остеохондроза позвоночника
14	Провести неврологический осмотр.	<p>2. Студент должен уметь оценить чувствительную сферу с учетом пошагового принципа и выявить признаки:</p> <ul style="list-style-type: none"> - нарушения чувствительности (аналгезия, гипалгезия, гипостезия, анестезия, парестезия, дизестезия и т.д.). <p>2. Студент должен уметь оценить рефлексы (с использованием неврологического молоточка) и выявить признаки:</p> <ul style="list-style-type: none"> - гиперрефлексии - гипорефлексии - арефлексии <p>3. Студент должен уметь оценить двигательные функции и их признаки нарушения</p> <p>6. Студент должен уметь указать на симптомы поражений спинного мозга.</p>
15	Провести офтальмоскопию	<p>Студент должен уметь провести офтальмоскопию с учетом пошагового принципа и осмотреть глазное дно, а также выявить признаки:</p> <ul style="list-style-type: none"> - изменений артериовенозных перекрестов
16	Снять ЭКГ и расшифровать ее.	<p>5. Студент должен уметь регистрировать ЭКГ с учетом пошагового принципа.</p> <p>6. Студент должен уметь расшифровать результаты ЭКГ и выявить признаки:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ишемии миокарда - инфаркта миокарда - гипертрофии отделов сердца.
17	Интерпретировать клинические и биохимические анализы	<p>Студент должен уметь выявить признаки:</p> <ul style="list-style-type: none"> - нарушенной гликемии натощак - нарушенной толерантности к глюкозе. - дислипидемии
18	Интерпретировать рентген снимок легких	<p>Студент должен уметь выявить признаки:</p> <ul style="list-style-type: none"> - пневмонии - пневмоторакса - плеврита - рака легкого и туберкулеза
19	Отдифференцировать болезни, сопровождающиеся с болями в грудной клетке	<p>Студент должен уметь отдифференцировать болезни на основании отличительных черт (анамнез, объективный осмотр и лабораторно-инструментальные исследования)</p>
20	Дать немедикаментозные советы	<p>Студент должен уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - обучить больных по самоконтролю - консультировать по диете - консультировать по ведению здорового образа жизни
21	Рационально использовать лекарственные средства при лечении заболеваний, протекающие с болью в	<p>7. Студент должен уметь выбрать препараты с доказанной эффективностью.</p> <p>8. При выборе препарата студент должен уметь оценить:</p>

	грудной клетке.	- эффективность - безопасность - приемлемость - экономичность.
22	Провести мониторинг и наблюдение больных	Студент должен уметь осуществить мониторинг и контролировать: - уровень глюкозы в крови - уровень А/Д. - уровень липидов крови - ЭКГ контроль

Практическое занятие № 24

Тема: Одышка, удушье. Дифференциальная диагностика заболеваний протекающих с бронхообструкцией (бронхиальная астма, ХОБЛ, опухоли легких). Тактика ВОП.

Технология обучения.

Учебное время: 6 час	
Структура учебного занятия	1. Учебный тематический кабинет кафедры. 2. Учебные пособия, рентген. снимки 3. Больничные палаты. 4. Телевизор, видео аппаратура
Цель учебного занятия: Научить ВОП вопросам своевременной диагностики и дифференциальной диагностики ХОБЛ и бронхиальной астмы (БА). Особенности клинического течения, а также принципам ведения больных в условиях первичного звена здравоохранения, предусмотренных требованиями "Квалификационной характеристики врача общей практики»	
Педагогические задачи: 1. Научить ВОП диагностике - ХОБЛ; особенностям клинического течения в зависимости от стадии. 2. Научить ВОП диагностике и дифференциальной диагностике заболеваний, при которых наблюдается одышка и удушье. 3. Ознакомить ВОП с перечнем заболеваний, сопровождающихся одышкой и удушьем и подлежащих лечению в условиях СВП (СП) или специализированных стационаров. 4. Обсудить вопросы тактики ведения в рамках квалификационной характеристики ВОП 5. Обсудить принципы лечения (немедикаментозные и медикаментозные). 6. Обсудить принципы ведения, наблюдения и мониторинга больных в условиях СВП или СП. 7. Обсудить принципы первичной, вторичной и третичной профилактики при данных заболеваниях.	Результаты учебной деятельности: Студент должен знать: 1. Клинические проявления ХОБЛ, ЭЛ, БА . 2. Дифференциальную диагностику при ХОБЛ. 3. Дифференциальную диагностику при них. 4. Признаки дыхательной недостаточности. 5. Тактику ВОП. 6. Принципы лечения (медикаментозное и немедикаментозное) при данных заболеваниях. 7. Принципы диспансерного наблюдения и мониторинга больных в условиях СВП или СП. 8. Принципы первичной, вторичной и третичной профилактики при данных заболеваниях. Студент должен уметь: 1. Анализировать данные жалоб и анамнеза для диагностики заболеваний, протекающих с одышкой и удушьем. 2. Диагностировать, дифференцировать по клинике, данным лабораторных исследований, рентгенограммам различные виды ХОБЛ. 3. Провести пикфлоуметрию 4. Интерпретировать результаты пикфлоуметрии: - правильно пользоваться таблицами и диаграммами нормальных величин ПСВ в зависимости от пола, возраста и ростом

	<p>пациентов.</p> <ul style="list-style-type: none"> - уметь рассчитать процентное соотношение ПСВ от должной величины в зависимости от пола, возраста и ростом пациентов. - уметь анализировать и прогнозировать полученные результаты <p>5. Выбрать препараты с доказанной эффективностью</p> <p>6. Консультировать по немедикаментозным методам лечения.</p> <p>7. Провести мониторинг в условиях СВП или СП.</p>
Методы обучения	Метод “ Мозговой штурм ”, графический органайзер – концептуальная таблица, демонстрация, видео просмотр, дискуссия, беседа, решение тестов и ситуационных задач
Формы организации учебной деятельности	Индивидуальная работа, работа в группах, коллективная, аудиторная, внеаудиторная.
Средства обучения	Раздаточные учебные материалы визуальные материалы, видеофильмы, муляжи, графические органайзеры, истории болезни, таблицы, стенды, учебные пособия, учебные материалы, ЭКГ больных
Способы и средства обратной связи	Блиц-опрос, тестирование, презентация результатов выполнения учебного задания, заполнение истории болезни, выполнение практического навыка «профессиональный распрос»

Технологическая карта занятия

Тема: «Одышка, удушье. Дифференциальная диагностика заболеваний протекающих с бронхообструкцией (бронхиальная астма, ХОБЛ, опухоли легких). Тактика ВОП. Показания для направления к узкому специалисту или госпитализации в профильное отделение. Принципы лечения, диспансерного наблюдения, контроля и реабилитации в условиях СВП или СП. Принципы профилактики. Принципы преподавания темы».

№	Этапы практического занятия	Форма занятия Место проведения	Длит-ть занятия 225
1	Вводная часть (обоснование темы)		10
2	Обсуждение темы практического занятия с применением новых педагогических технологий (метод “ мозговой штурм”), а также демонстрационного материала (истории болезни , таблицы, плакаты, рентгенограммы), определение исходного уровня.	Опрос, обсуждение Учебная комната, палата	40
3	Вывод обсуждения		10

4	Определение задания для выполнения практической части - профессиональный расспрос. Объяснение положений и рекомендаций для выполнения задания по заполнению истории болезни .	Обсуждение	20
5	Освоение практической части занятия под руководством преподавателя.	Проф. расспрос. Беседа с больными и заполнение мед карт, ситуационные задачи. Осмотр тематических больных в палате	20
6	Интерпретация данных обследования больных-жалобы, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация больных, а также исследования ОАМ, ОАК и биохимические анализы и постановка диагноза	Истории болезни, лабораторные данные ситуационные задачи	25
7	Обсуждение теоретических, практических знаний студентов, закрепление материала, определение уровня усвоения оценки знаний.	Устный опрос, тесты, обсуждение, определение практических навыков Учебная комната	75
8	Определение вывода по теме практического занятия, оценка по 100 бальной системе и объявление оценок. Домашнее задание следующего практического занятия (сборник вопросов).	Информация, вопросы для самостоятельной работы. Учебная комната	25

2. Мотивация

Большинство больных с одышкой и удушьем, в частности с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) и бронхиальной астмой (БА) обращаются за медицинской помощью. В этой ситуации усилие врача общей практики (ВОП) направляется на диагностику ХОБЛ и БА .. В случае выявления ХОБЛ или БА ВОП должен определить тяжесть течения заболевания , ему нужно определить причины , обуславливающие обострения данного заболевания для оказания медицинской помощи , уточнения места дислокации этой группы больных и разработки плана профилактических мероприятий и диспансеризации.

3. Межпредметные и внутрипредметные связи

Анатомия, Гистология с эмбриологией и цитологией, Биология, Нормальная физиология, Биохимия, Патологическая анатомия, Патологическая физиология, Топографическая анатомия и оперативная хирургия, Пропедевтика внутренних болезней, Туберкулез, Онкология, Рентгенология и медицинская радиология, Физиотерапия, Эндокринология, Факультетская терапия, Госпитальная терапия, Ортопедия

4. Содержание занятия

4.1. Теоретическая часть

На практическом занятии в теоретической его части последовательно рассматриваются клинические особенности диагностики ХОБЛ.

ХОБЛ самостоятельное заболевание (нозологическая форма) является конечной стадией прогрессирующего течения ХОБ, той стадии, при которой вследствие прогрессирования болезни утрачивается обратимый компонент бронхиальной обструкции. Такое отношение к проблеме соответствует и Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), в ней под рубрикой J.44.8 выделен хронический обструктивный бронхит без дополнительных уточнений, входящий в состав уточненной ХОБЛ.

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) занимает ведущее место среди причин заболеваемости и смертности взрослого населения.

ХОБЛ проявляется хроническим воспалительным процессом с преимущественным поражением дистального отдела дыхательных путей. Для этой категории больных характерно снижение максимальной скорости выдоха и медленное постепенное ухудшение газообменной функции легких, что отражает необратимый характер обструкции дыхательных путей. Биомаркерами хронического воспаления при ХОБЛ являются участие нейтрофилов с повышенной активностью миелопероксидазы, эластазы; дисбаланс в системах протеолиз-антипротеолиз и оксиданты-антиоксиданты. Основными клиническими проявлениями ХОБЛ являются кашель различной степени выраженности, выделение мокроты и одышка. ХОБЛ относится к группе мультигенетических заболеваний.

Внешне и внутренне этиологические факторы ХОБЛ (факторы риска) разделяют в зависимости от значимости.

Главный фактор риска (в 80–70% случаев) ХОБЛ – курение. Курящие имеют максимальные показатели смертности, у них быстрее развиваются необратимые обструктивные изменения функции дыхания и все известные признаки ХОБЛ. Считается, что демография ХОБЛ отражает распространенность курения. Наиболее часто (около 70%) причиной ХОБЛ является ХОБ, около 1% составляет ЭЛ (вследствие дефицита α 1-антитрипсина), остальные проценты приходятся на тяжелую БА. Выделение ХОБ в отдельную нозологическую форму имеет принципиальное значение с позиций ранней диагностики и лечения на стадии сохранного обратимого компонента бронхиальной обструкции, т.е. тогда, когда болезнь еще не утратила свою индивидуальность и существует реальная возможность торможения прогрессирования болезни путем воздействия на обратимый компонент бронхиальной обструкции.

Клиническая картина ХОБЛ зависит от стадии заболевания, скорости прогрессирования болезни и преимущественного уровня поражения бронхиального дерева. ХОБЛ развивается в условиях действия факторов риска медленно и прогрессирует постепенно. Скорость прогрессирования и выраженность симптомов ХОБЛ зависят от интенсивности воздействия этиологических факторов и их суммации.

Первыми признаками, с которыми пациенты обычно обращаются к врачу, является кашель и одышка, иногда сопровождающиеся свистящим дыханием с выделением мокроты. Эти симптомы наиболее выражены по утрам. Наиболее ранним симптомом, появляющимся к 40–50 годам жизни, является кашель. К этому же времени в холодные сезоны начинают возникать эпизоды респираторной инфекции, не связываемые вначале в одно заболевание. Одышка, ощущаемая вначале при физической нагрузке, возникает в среднем на 10 лет позже появления кашля.

Мокрота выделяется в небольшом количестве (редко более 60 мл/сутки) утром, имеет слизистый характер и приобретает гнойный характер лишь во время инфекционных эпизодов, которые обычно расцениваются как обострения.

По мере прогрессирования ХОБЛ промежутки между обострениями становятся короче.

Результаты физического исследования пациентов ХОБЛ зависят от степени выраженности бронхиальной обструкции, тяжести легочной гиперинфляции и телосложения. По мере прогрессирования болезни к кашлю присоединяется свистящее дыхание, наиболее ощутимое при ускоренном выдохе. Нередко при аускультации выявляются сухие разнометровые хрипы. Одышка может варьировать в очень широких пределах: от ощущения нехватки воздуха при стандартных физических нагрузках до тяжелой дыхательной недостаточности. По мере прогрессирования бронхиальной обструкции и нарастания гиперинфляции легких переднезадний размер грудной клетки нарастает. Подвижность диафрагмы ограничивается, аускультативная картина меняется: уменьшается выраженность хрипов, выдох удлиняется.

Чувствительность физических методов для определения степени тяжести ХОБЛ невелика. Среди классических признаков можно назвать свистящий выдох и удлиненное время выдоха (>5 сек), которые могут свидетельствовать о бронхиальной обструкции.

Таким образом, развитие и прогрессирование ХОБЛ происходит в условиях действия факторов риска, характеризуется медленным постепенным началом. Первым (наиболее ранним) признаком ХОБЛ является кашель. Остальные признаки присоединяются позже по мере прогрессирования болезни, при этом происходит постепенное ускорение прогрессирования болезни.

Физического обследования при ХОБЛ недостаточно для установления диагноза заболевания, оно дает лишь ориентиры для дальнейшего направления диагностического исследования с применением инструментальных и лабораторных методов. Условно все диагностические методы можно разделить на методы обязательного минимума, используемого у всех больных (общий анализ крови, мочи, мокроты, рентгенография грудной клетки, исследование функции внешнего дыхания (ФВД, ЭКГ), и дополнительные методы, применяемые по специальным показаниям.

Для повседневной клинической работы с больными ХОБЛ, помимо общеклинических тестов, рекомендуется исследование ФВД (ОФВ₁, форсированной жизненной емкости легких или ЖЕЛ), тест с бронходилататорами (β₂-агонистами и холинолитиками), рентгенография грудной клетки. Остальные методы исследования рекомендуется применять по специальным показаниям в зависимости от тяжести заболевания и характера его прогрессирования.

В повседневной практике у больных ХОБЛ применяются тесты с бронходилататорами (β-агонистами и/или холинолитиками), которые в определенной мере характеризуют способность к быстрой регрессии бронхиальной обструкции, другими словами, “обратимый” компонент обструкции. Увеличение во время теста ОФВ₁ более чем на 15% от исходных показателей условно принято характеризовать как обратимую обструкцию.

1. Прекращение курения и ограничение действия внешних факторов риска.
2. Обучение пациентов.
3. Бронходилатирующая терапия.
4. Мукорегуляторная терапия.
5. Противомикробная терапия.
6. Коррекция дыхательной недостаточности.
7. Реабилитационная терапия.

При формировании стратегии и тактики лечения больных ХОБЛ принципиально важно выделять 2 схемы лечения: лечение вне обострения (поддерживающая терапия) и лечение обострения ХОБЛ

Метод «Мозговой штурм»

Цель: Данный метод используется для стимуляции обмена идеями, повышает степень вовлеченности участников, учит аргументировать и отстаивать собственную точку зрения, находить оптимальное решение в создавшейся ситуации.

Преподаватель задает студента вопросы по теме занятия:

1. Дайте определение термину «Хронической обструктивной болезни легких» (ХОБЛ) и БА.
2. Расскажите классификацию ХОБЛ и БА.
3. Перечислите диагностические критерии ХОБЛ и БА.
4. Перечислите лабораторно-инструментальные методы исследования для диагностики ХОБЛ и БА и осложнений заболеваний.
5. Приведите предрасполагающие к развитию ХОБЛ и БА факторы.
6. Дифференциальная диагностика БА и ХОБЛ.
7. Расскажите формулировку диагноза ХОБЛ.
8. Перечислите лечение в период обострения и вне обострения ХОБЛ и БА.
9. Расскажите клинические проявления, лабораторно-инструментальные методы диагностики и осложнения опухоли легких.

Ответ: 1. ХОБЛ – первично хроническое воспалительное заболевание с преимущественным поражением дистальных отделов дыхательных путей, паренхимы легких и формированием эмфиземы; она характеризуется ограничением воздушного потока с развитием необратимой (или не полностью обратимой) бронхиальной обструкции, вызванной продуктивной неспецифической персистирующей воспалительной реакцией. Болезнь проявляется кашлем, отделением мокроты и нарастающей одышкой, имеет неуклонно прогрессирующий характер с исходом в хроническую дыхательную недостаточность и легочное сердца.

БА– заболевание, в основе которого лежит воспаление дыхательных путей, сопровождающееся изменением чувствительности и реактивности бронхов и проявляющееся приступом удушья, астматическим статусом или, при отсутствии такового, дыхательным дискомфортом (приступообразный кашель, дистанционные хрипы и одышка), сопровождающимся обратимой бронхиальной обструкцией на фоне наследственной предрасположенности к аллергическим заболеваниям, внелегочных признаков аллергии, эозинофилии крови и/или эозинофилов в мокроте.

2. Рекомендуемая классификация ХОБЛ по степени тяжести с выделением 4 стадий приведена в соответствии с последней версией международной программы «Глобальная инициатива по хронической обструктивной болезни легких» (GOLD, 2003).

Классификация ХОБЛ по степени тяжести (GOLD, 2003)

Стадия	Основные клинические признаки	Функциональные показатели
I: легкая	кашель, выделение мокроты, обычно, но не всегда.	•ОФВ1/ФЖЕЛ (ИТ)<70% • ОФВ1≥80% от долж-ных величин
II: среднетяжелая	• Постоянный кашель, наиболее выраженный по утрам, скудная мокрота обычно, но не всегда • Одышка при умеренной физической нагрузке	•ОФВ1/ФЖЕЛ (ИТ)<70% •50%≤ОФВ1<80% от должных величин
III: тяжелая	постоянный кашель, выделение мокроты, одышка	•ИТ<70% •30%<ОФВ1<50% от должных величин
IV: крайне-	кашель, выделение мокроты,	•ИТ<70%

тяжелая	одышка	•ОФВ1<30% от должных величин или ОФВ1<50% от должных величин в сочетании с хронической ДН или правожелудочковой недостаточностью
---------	--------	--

Примечание: ОФВ1 – объем форсированного выдоха за 1 с, ФЖЕЛ – форсированная жизненная емкость легких

Классификация БА (см. теоретическую часть).

1. Примеры формулировка диагноза;

А) ХОБЛ, преимущественно бронхитический тип, среднетяжелое течение (стадия II), ремиссия или обострения, ДН II, хроническое легочное сердце, степень недостаточности кровообращения.

Б) ХОБЛ, преимущественно эмфизематозный тип, крайне тяжелое течение (стадия IV), ремиссия или обострения, ДН III, хроническое легочное сердце, степень недостаточности кровообращения.

№	Оценка	отлично	хорошо	удовл	неуд	плохо
1	Усвоение в %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% и ниже
2	Теоретическая часть	20-17 балл	17-14,2 балл	14-11 балл	10,8-7,4 балл	7,2 балл

4.2. Аналитическая часть

Ситуационные задачи:

1. Больной 50 лет обратился к ВОП с жалобами на одышку, кашель с выделением гнойной мокротой. Из анамнеза курит 30 лет. Общее состояние средней тяжести, цианоз, шейные вены набухшие, эпигастральная пульсация. В легких, аускультативно сухие и влажные хрипы. Сердечные тоны приглушены, ритмичные, акцент 2 тона на a.pulmonalis. АД 130/90 мм.рт.ст. Ps-90 уд.в мин. ОАК Нв-173 г/л эр-3,9 лей- 10×10^9 /л, РОЭ-18 мм.ч. ФВД-ОФВ1-45%, Индекс Тиффно-57%, ЖЕЛ-75%.

1. Определите тяжести течения ХОБЛ по клиническому и функциональными критериями (GOLD, 2003г);

2. Предварительный диагноз;

3. Укажите рентгенологические и ЭКГ данные;

4. Тактика ВОП;

Ответы:

№	Ответы	Балл
1	I-стадия, легкая: кашель, выделение мокроты, обычно, но не всегда. ОФВ1/ФЖЕЛ (ИТ)<70%, ОФВ1 \geq 80%. II-стадия, среднетяжелая: постоянный кашель, наиболее выраженный по утрам, скудная мокрота обычно, но не всегда, одышка при умеренной физической нагрузке. ИТ<70%, ОФВ1 \geq 50%<80%. III-стадия, тяжелая: постоянный кашель, выделение мокроты, одышка. ИТ<70%, ОФВ1>30%<50%. IV-стадия, крайнетяжелая: кашель, выделение мокроты, одышка. ИТ<70%, ОФВ1<30% или <50% от должных величин в сочетании с хронической ДН или правожелудочковой недостаточностью.	20
2	Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), преимущественно бронхитический тип, III степени тяжести, тяжелое течение, фаза обострения. Осложнение: ДН II.	35

3	Перибронхиальная инфильтрация, диффузный пневмосклероз, признаки эмфиземы.	20
4	Направление на стационарное лечение, наблюдение Врача общей практики, диспансерное наблюдение, определение трудоспособности.	25

2. Больной 40 лет обратился к ВОП с жалобами на одышку, удушья, сухой кашель. Ухудшения состояния связывает с применением таблетки анаприлина. Общее состояние средней тяжести, экспираторное диспноэ, цианоз губ. В легких аускультативно рассеянные сухие свистящие хрипы ЧД-30 в мин. Сердечные тоны тахикардия, приглушены. АД 140-90 мм.рт.ст. Рс-100 в мин. ОАК НВ-120г/л, эр-4,0 лей-7,8 эоз-7 СОЭ-14 мм/ч.

1. Предварительный диагноз;
2. Лечение больных БА с методом десенсибилизации;
3. Укажите патогенетические механизмы аспириновой астмы;
4. Тактика ВОП;

3. Больная 18 лет. Жалобы на удушье, одышку и чувство нехватки воздуха при физ нагрузке. В легких свистящие хрипы. Из анамнеза никакими болезнями не болел. Аускультативно в легких жесткое дыхание. Сердце тоны ясные, ритмичные.

1. Укажите иммунологический и неиммунологический механизмы БА;
2. Информативные методы обследования;
3. Предварительный диагноз;
4. Тактика ВОП;

4. Больной 57 лет обратился к ВОП с жалобами на кашель, кровохарканье, осиплость голоса, похудание. Объективно: астеник, утолщение концевых фаланг в виде «барабанных палочек», увеличение шейных л/у справа, синдром Горнера положительный справа. Р-графия: ателектаз верхней доли правого легкого.

1. Перечислите не менее пяти заболеваний, при которых наблюдаются вышеуказанные жалобы и симптомы (барабанные палочки);
2. Предварительный диагноз;
3. Информативные методы обследования;
4. Тактика ВОП;

5. На прием к ВОП поступил больной 50 лет, с жалобами на часто беспокоящие боли в грудной клетке, кашель с мокротой, похудание, одышку, волнообразное повышение температуры тела и общую слабость. Из анамнеза, больной на протяжении 30 лет работает в цехе производства асбеста. Объективно: отмечается отставание левой грудной клетки в акте дыхания. Перкуссия: притупление звука с лева, Аускультация: с лева выслушивается ослабленное дыхание.

Общий анализ крови Нв – 80 г/л, лейкоц. – 12 000, СОЭ – 30 мм/с.

1. Укажите характерные рентгенологические признаки при данной патологии;
2. Предварительный диагноз;
3. Информативные методы обследования;
4. Тактика ВОП;

6. Больному 42 года, из-за частых воспалений дыхательных путей жалуется на трудное выделение мокроты и приступообразный кашель, одышку после незначительной физической нагрузки и быструю усталость. Из анамнеза, больной на протяжении 12 лет

страдает бронхиальной астмой. Для предотвращения болезни принимал в день по 10-15 мг преднизалона и делал ингаляцию вентолином. При объективном обследовании отмечается экспираторная одышка, цианоз, 30 дыханий в минуту. ЧСС 120 уд в минуту, АД 150/90 мм.рт.ст. Перкуссия: отмечается коробочный звук. Аускультация: отмечаются распространенные свистящие хрипы. ОФВ1 <60%.

1. У больного какой тип дыхательной недостаточности наблюдается;
2. Предварительный диагноз;
3. Укажите группы бронходилататоров;
4. Укажите характерные рентгенологические изменения;
5. Лечение. Тактика ВОП и вторичная профилактика;

7. Больному 58 лет, работает водителем, поступил на прием ВОП с жалобами на одышку, при минимальной физической нагрузке, на нехватку воздуха, удушье, кашель с мокротой, частое сердцебиение, на правом подреберье. Из анамнеза, несколько раз болела пневмонией. В связи с этим в холодные времена года болезнь часто обостряется, курит в течение 25 лет. Объективно: общее состояние больного тяжелое, цианоз губ, в легких распространены сухие и влажные хрипы. Тоны сердца резко приглушены, в легочной артерии выслушивается акцент II-тона, ЧСС - 100 уд. в мин. АД - 140/80 мм.рт.ст. Общий анализ крови Нв - 182 г/л, лейкоциты - 13×10^9 /л, палочка ядерные нейтрофилы - 13%, сегментоядерные нейтрофилы - 62%, лимфоциты - 9%, моноциты - 2%; СОЭ - 22 мм/с; ФВД - ОФВ 1 - 29%, ИТ - 45%.

1. Перечислите не менее пяти заболеваний при которых наблюдаются выше указанные жалобы и симптомы;
2. Предварительный диагноз;
3. Какой изменение Вы находите со стороны ЭКГ (данных).
4. Тактика ВОП;

8. На прием ВОП поступила больная с жалобами на вазомоторный ринит и высыпания на теле, затрудненное дыхание, сухой кашель. После приема таблетки тетрациклина на теле появились высыпания. Аускультация: в легких отмечается сухие свистящие хрипы и продолжительный выдох, индекс Тиффно 50%. После ингаляции беротоком индекс Тиффно составлял 55%, количество эозинофилов в крови 12%,. Лейкоциты 11×10^9 /л.

1. Предварительный диагноз;
2. Укажите патогенетические механизмы данной патологии;
3. Показатель коэффициента индекс Тиффно в норме;
4. Лечение. Тактика ВОП;

9. Больной Д. 50 лет, осмотрен ВОП. Жалобы при осмотре на одышку при малейшей физической нагрузке, отеки на ногах. В течение 10 лет страдает хроническим бронхитом. В течение последних 5 лет одышка усилилась, беспокоят головная боль, быстрая утомляемость. Объективно: цианоз лица, набухшие шейные вены, на выдохе набухание вен усиливается, кровоизлияние в склереу глаз, отеки на ногах. ЧДД 26 раз в 1 мин. В легких с двух сторон выслушиваются сухие и влажные хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, II тон на легочной артерии акцентирован. ЧСС 110 в 1 мин. Печень + 4 см, болезненна.

В крови: эрит. - 6 млн., гематокрит - 65/35.

Какое осложнение возникло? Ваш диагноз?

Перечислите 4 заболевания, при которых наблюдаются вышеуказанное осложнение;

Перечислите характерные 8 признаков для осложнения данного заболевания, которые имеются у этого больного;

Методы исследования;

Тактика ВОП и лечение.

10. В больницу поступил больной 60 лет с диагнозом: Бронхиальная астма, эмфизема легких. ИБС: Стенокардия напряжения ФК III. ПИКС. Осл.: ЛН III. НК II Б ст. по направлению ВОП. В течение последних дней состояние больного стало тяжёлым. Появились боль за грудиной, кровохарканье, цианоз, отеки на ногах, одышка усилилась. Нитроглицерин не снимал боли. ЧДД 28 в 1 мин. В легких диффузные сухие свистящие и мелкопузырчатые влажные незвонкие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент и расщепление II тона на легочной артерии. ЧСС 96 в 1 мин. АД 100/60 мм.рт.ст. Печень +3 см.

ЭКГ: гипертрофия правого желудочка и правого предсердия.

На рентгенограмме грудной клетки: полнокровие корней легких, “симптом ампутации”, дуга легочной артерии выбухает.

Что явилось причиной ухудшения состояния больного? 2. Перечислите 4 заболевания, при которых наблюдается вышеуказанное осложнение;

Перечислите характерные 7 признаков для осложнения данного заболевания, которые имеются у этого больного;

Методы исследования;

Лечение.

11. Больной 48 лет, на дому осмотрен ВОП. Жалобы на усиление одышки при малейшей физической нагрузке, головную боль, сонливость. В анамнезе отмечает кашель с выделением незначительного количества мокроты. Год назад установлено повышение содержания эритроцитов и гемоглобина в крови, в связи с чем было произведено кровопускание. Больной несколько заторможен общение с ним затруднено. Объективно: засыпает сидя на стуле, выраженная одышка в покое, цианоз губ, ожирение (рост 170 см, вес 110 кг). В легких выслушиваются диффузные сухие и влажные хрипы. Тоны сердца приглушены, акцент и расщипление II тона на легочной артерии. АД 160/90 мм.рт.ст.

ЭКГ: высокий и острый зубец “R” во II-III и AVF отведениях. Отклонение электрической оси вправо, в правых грудных отведениях R высокий (R/S_{V1} больше 1,0), в левых грудных отведениях возрастает зубец S (R/S_{V6} меньше 1,0)

В крови содержание эритроцитов 5,5 млн.

На рентгенограмме: выбухание дуги легочной артерии.

Перечислите 3 заболевания, при которых наблюдаются вышеуказанные симптомы;

Ваш диагноз;

Перечислите характерные 10 признаков для данного заболевания, которые имеются у этого больного;

О чем трактуют данные ЭКГ?

Тактика ВОП и лечение.

12. На прием к ВОП обратился пациент 56 лет в сопровождении родственников с жалобами на одышку, приступы удушья при выходе на холод, подъеме с постели и эмоциональной нагрузке, кашель с затрудненным отделением мокроты, общую слабость.

Из анамнеза болезни: больным себя считает в течение нескольких лет, состоит на “Д” учете. В последние три месяца приступы удушья участились. Работает продавцом, в течение многих лет курил сигареты, в настоящее время не курит.

При объективном осмотре: общее состояние средней тяжести положение вынужденное, (ортопное), кожные покровы влажные, лицо гиперемированно с цианотичным оттенком, набухшие шейные вены. Перкуторно над легкими коробочный звук, аускультативно – жесткое дыхание, рассеянные сухие свистящие хрипы. Тоны сердца приглушены, акцент II тона над легочной артерией, пульс 98 в 1 мин. АД 120/70 мм рт.ст.

№	Оценка	отлично	хорошо	удовл	неуд	плохо
1	Усвоение в %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% и ниже
2	Ситуационная задача	50-43 балл	42,5- 35,5 балл	35- 27,5 балл	27-18,5 балл	18балл

№	Оценка	отлично	хорошо	удовл	неуд	плохо
	Усвоение в %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% и ниже
3	Тест	15-12,9балл	12,7-10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5 балл	5,4 балл

4.2.2. Графический органайзер «кластер».

Кластер (кластер – пучок, связка) – способ составления карты информации – сбора идей вокруг какого- либо основного фактора для фокусирования и определения смысла всей конструкции.

Стимулирует актуализацию знаний, помогает свободно и открыто вовлекать в мыслительный процесс новые ассоциативные представления по теме.

Знакомятся с правилами составления кластера. В центре классной доски или большого листа бумаги пишется ключевое слово или название темы из 1-2 слов.

По ассоциации с ключевым словом приписывают сбоку от него в кружках меньшего размера «спутники» - слова или предложения, которые связаны с данной темой. Соединяют их линиями с «главным» словом. У этих «спутников» могут быть «малые спутники» и т.д. запись идет до истечения отведенного времени или пока не будут исчерпаны идеи.

Обмениваются кластерами для обсуждения.



4.3. Практическая часть

Перечень навыков, которым ВОП должен владеть после завершения занятий по данной тематике

1. Провести осмотр больных с заболеваниями, сопровождающимися одышкой и удушьем.
2. Интерпретация анализов, данных лабораторно-инструментальных исследований, рентгенограмм больных с заболеваниями, сопровождающимися одышкой и удушьем (клинические и биохимические анализы крови, коагулограммы, анализ мокроты, рентгенологические снимки грудной клетки, результаты исследования функции внешнего дыхания, ЭКГ, иммунологические исследования, знание техники извлечения инородных тел в верхних дыхательных путях).
3. Выписывание лекарственных препаратов в зависимости от этиологии одышки и удушья

№	Оценка	отлично	хорошо	удовл	неуд	плохо
1	Усвоение в %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% и ниже
2	Практическая часть	15-12,9 балл	12,75-10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5-балл	5,4 балл

5. ВИДЫ ОЦЕНКИ ЗНАНИЙ, УМЕНИЙ И НАВЫКОВ

- Устно
- Письменно
- Решение ситуационных задач
- Демонстрация освоенных практических навыков

5.1. Критерии оценок знаний и умение практических навыков студентов.

№	Оценка	отлично	хорошо	удовл	неуд	плохо
	Усвоение в %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% и ниже
1	Теоретическая часть	20-17,2 балл	17-14,2 балл	14-11 балл	10,8-7,4 балл	7,2 балл
2	Ситуационные задачи	50-43 балл	42,5- 35,5 балл	35- 27,5 балл	27-18,5 балл	18 балл
3	Тест	15-12,9 балл	12,7-10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5 балл	5,4 балл
4	Практическая часть	15-12,9 балл	12,75-10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5-балл	5,4 балл

6. Критерии оценки текущего контроля

Уровни оценок	Рейтинг баллы	Характеристика работы студента
	20	Балл присутствия на практическом занятии. Полное отсутствие уровня знаний и не умение выполнить практический навык – студент абсолютно не готов к практическому занятию.
Не удовлетворительн	20 - 54,9	Студент отвечает неудовлетворительно. Студенты не владеют базовыми уровнями знаний и

0		<p>навыков, хотя бы одного из нижеперечисленных:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Не знает клинические признаки бронхиальной астмы, ХОБЛ, опухоли легких. • Не знает патогенетическое лечение бронхиальной астмы, ХОБЛ, опухоли легких • Не знает факторы риска развития бронхиальной астмы, ХОБЛ, опухоли легких • Не знает группы препаратов применяющихся при лечении бронхиальной астмы, ХОБЛ, опухоли легких • Не может указать на рентгенологические признаки бронхиальной астмы, ХОБЛ, опухоли легких • Не способен собрать рациональный анамнез во время курации больных с бронхиальной астмой, ХОБЛ, опухолью легких • Во время курации не способен объективно оценить состояние больных с бронхиальной астмой, ХОБЛ, опухолью легких • Не способен рационально составлять план обследования больных с бронхиальной астмой, ХОБЛ, опухолью легких в условиях СВП или СП.
Обеспечение базового уровня знаний и навыков		
<p>Удовлетворительн 0 55-70,9%</p>	55-60,9	<p>Удовлетворительный ответ низкого качества. Студент старается владеть базовыми уровнями знаний и навыков (см.ниже), но при ответе или выполнении навыков допускают серьезные ошибки.</p>
	61-65,9	<p>Удовлетворительный ответ средней степени. Студент владеет базовыми уровнями знаний и навыков (см.ниже), но при ответе или выполнении навыков допускают ошибки (возможны отдельные погрешности)</p>
	66-70,9	<p>Удовлетворительный ответ высокого качества. Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Знает клинические признаки бронхиальной астмы, ХОБЛ, опухоли легких • Может дифференцировать бронхиальную астму, ХОБЛ, опухоли легких по субъективным, объективным и лабораторно-инструментальным данным • Знает дифференцированное патогенетическое лечение бронхиальной астмы, ХОБЛ, опухоли легких • Знает факторы риска развития бронхиальной астмы, ХОБЛ, опухоли легких • Знает групп препаратов применяющихся при лечении бронхиальной астмы, ХОБЛ, опухоли легких

		<ul style="list-style-type: none"> • Может указать на рентгенологические признаки бронхиальной астмы, ХОБЛ, опухоли легких • Способен собрать рациональный анамнез во время курации больных с бронхиальной астмой, ХОБЛ, опухолью легких • Во время курации способен объективно оценить состояние больных с бронхиальной астмой, ХОБЛ, опухолью легких • Способен рационально составлять план обследования больных с бронхиальной астмой, ХОБЛ, опухолью легких в условиях СВП или СП. • Может интерпретировать результаты лабораторно-инструментальных методов исследований – может указать наличие лейкоцитоза, сдвига лейкоформулы вправо или влево, повышенного СОЭ. • Может показать технику взятия общего анализа крови • Может показать технику взятия общего анализа мокроты • Может показать технику проведения пикфлоуметрии • Может по показателям пикфлоуметрии определить степень обструкции • Способен корректно заполнять дневник больного.
Продвинутый уровень знаний		
<p>Хорошо</p> <p>71-85,9%</p>	71-75,9	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (указанные в пункте «66-70,9») + владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Знает стадии развития бронхиальной астмы, ХОБЛ, опухоли легких • Знает клиническую симптоматику и морфологические изменения свойственные каждой стадии развития бронхиальной астмы, ХОБЛ, опухоли легких • Знает классификацию бронхиальной астмы, ХОБЛ, опухоли легких • Знает механизм действия лекарственных препаратов применяющихся при лечении бронхиальной астмы, ХОБЛ, опухоли легких • Может рационально выбрать лекарственные препараты, используемых при лечении бронхиальной астмы, ХОБЛ, опухоли легких
	76-80	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «71-75,9», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Знает патогенез бронхиальной астмы, ХОБЛ, опухоли легких, а также может назвать морфологическую картину развития

		<p>бронхиальной астмы, ХОБЛ, опухоли легких в зависимости от возбудителя</p> <ul style="list-style-type: none"> • Знает принципы первичной, вторичной и третичной профилактики бронхиальной астмы, ХОБЛ, опухоли легких
	81-85,9	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «71-75,9» и «76-80», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Может указать на признаки бронхиальной астмы, ХОБЛ, опухоли легких по рентген снимку. • Принципы ведения, наблюдения и мониторинга больных с бронхиальной астмой, ХОБЛ, опухолью легких в условиях СВП или СП. • Умеет провести консультацию по вопросам немедикаментозных и медикаментозных советов с использованием навыков МЛО. • Принципы диспансеризации и реабилитации больных с бронхиальной астмой, ХОБЛ, опухолью легких в условиях СВП или СП
Отлично 86-100%	86-90	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «81-85,9», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Знает принципы лечения бронхиальной астмы, ХОБЛ, опухоли легких • Знает показания и противопоказания к рентгенологическому обследованию при бронхиальной астме, ХОБЛ, опухоли легких • Умеет предоставлять достоверную информацию о бронхиальной астме, ХОБЛ, опухолях легких на основании интернет данных
	91-95	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «86-90», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Знает рентгенологические признаки бронхиальной астмы, ХОБЛ, опухоли легких • Умеет определить признаки бронхиальной астмы, ХОБЛ, опухоли легких методами объективного осмотра.
	96-100	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «91-95», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Предоставил научные данные на основе литературы (статьи и интернет) • Знает этапы диспансеризации и реабилитации у больных с бронхиальной астмой, ХОБЛ, опухолью легких

Примечание: Базовый уровень знаний и навыков – это минимум знаний, который обеспечивает принцип «безопасности» для пациента.

7. Контрольные вопросы.

- Классификация ХОБЛ
- Особенности клинического течения ХОБЛ.
- Дифференциальная диагностика ХОБЛ.
- Этиология и патогенез ХОБЛ.
- Основные клиничко-лабораторные исследования для диагностики ХОБЛ.
- Какие рентгенографические изменения выявляются ХОБЛ?
- Особенности лечения ХОБЛ?

8. Список литературы:

Основные

- 6) Ички касалликлар, Шарапов У.Ф. Т: Ибн Сино, 2003
- 7) Ички касалликлар, Бобожанов С. Т: Янги аср авлод, 2008
- 8) Ички касалликлар, Камолов Н.Н., 1991
- 9) Внутренние болезни, том 1 Мухин Н.А. М.: ГЭОТАР - Медиа, 2009
- 10) Внутренние болезни, том 2 Мухин Н.А. М.: ГЭОТАР - Медиа, 2009
- 11) Textbook of Internal Medicine Editor-in-Chief William N. Kelley 1997

Дополнительные

- 12) Умумий амалиёт врачлар учун маърузалар туплами , Гадаев А.Г., Т., 2012
- 13) Общая врачебная практика, Под ред.Ф.Г.Назирова, А.Г.Гадаева. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
- 14) Справочник врача общей практики. Дж.Мёрта. М.: Практика, 1998.
- 15) Сборник практических навыков для врачей общей практики. Гадаев А., Ахмедов Х.С. Т., 2010.
- 16) Умумий амалиёт врачлар учун амалий куникмалар туплами Гадаев А.Г., Ахмедов Х.С., 2010.
- 17) Терапевтический справочник Вашингтонского Под ред. М.Вудли М.: Практика, 2000.
- 18) Умумий амалиёт шифокори учун кулланма Ф.Г.Назирова, А.Г.Гадаев тахр. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.
- 19) Диагностика болезней внутренних органов. Огороков А.Н. Все томы.2005.
- 20) Лечение болезней внутренних органов. Огороков А.Н. Все томы.2005.
- 21) Дифференциальный диагноз внутренних болезней. Виноградов А.В. М.: Медицинское информационное агенство, 2009.
- 22) Внутренние болезни: учебник.- в 2-х т. (2 т.) Под ред. Мартынова и др. М.: ГЭОТАР - Медиа, 2005:

Интернет ресурслар:

<http://www.lib.uiowa.edu/hardin/md/index.html>,<http://dir.rusmedserv.c>,<http://www.medlinks.ru/>,<http://www.kosmix.com/>,<http://www.medpoisk.ru/>,<http://www.tripdatabase.com/>,
<http://www.intute.ac.uk/medicine/>
<http://elibrary.ru> <http://www.freebooks4doctors.com/>
<http://www.medscape.com/> <http://www.meducation.net/>
<http://www.thecochranelibrary.com>

Интернет медицина сайтлари:

Med.-site.narod.ru
www.medlook.ru
www.medbok.ru

9. Хронологическое содержание занятия

Время	Мероприятие	Содержание	Материалы	Продолжительность занятия
8.30–9.30	Утренняя конференция	Доклад дежурных врачей и дежурных субординаторов по дежурству.	Истории болезни, ЭКГ, кодоскоп.	1 час
9.15-10.00	Клинический аудит выписываемых больных.	Подробный доклад студентов о выписываемых больных.		45 минут
10.05-10.45	Теоретический разбор темы	Проверка исходного уровня подготовленности студентов с использованием метода «мозговой штурм» и решением ситуационной задачи. Студентам раздаются ситуационные задачи по данной теме, которые они должны анализировать и дать заключение.	Ситуационные задачи, учебные доски, таблицы, соответствующие теме занятия.	40 минут
10.45 - 11.05.	Проработка практических навыков.	Студент под надзором преподавателя должен выполнить минимум два практического навыка.	Больной или волонтер.	20 минут
11.05-11.45	Курация больных в отделении	Каждый студент курирует больных определенной палаты.	Больной, фонендоскоп, тонометр, история болезни (с данными клинико-лабораторных исследований).	40 минут
11.45-12.15	Перерыв			30 мин

12.20-13.20	Разбор тематических больных	По выбору педагога проводится полный осмотр больного по теме занятия или пациентов, готовящихся к выписке, анализ данных лабораторно-инструментального исследования, обоснование предварительного и окончательного клинического диагнозов. Определяется план лечения с дозами препаратов.	Больной, фонендоскоп, тонометр, история болезни (данными клиничко-лабораторных исследований).	1 час
-------------	-----------------------------	---	---	-------

Практическое занятие 25.

Тема: Боль в грудной клетке, связанная с заболеванием легких. Дифференциальный диагноз при сухом и экссудативном плеврите. Виды экссудативного плеврита. Принципы обучения при синдроме «кашель». Принципы профилактики. Технология обучения

Учебное время: 6 час	
Структура учебного занятия	5. Учебный тематический кабинет кафедры. 6. Учебные пособия, рентген. снимки 7. Больничные палаты. 8. Телевизор, видео аппаратура
Цель учебного занятия: Научить ВОП вопросам своевременной диагностики и дифференциальной диагностики выбору оптимального варианта лечебной тактики при плевритах, а также принципам ведения больных в условиях первичного звена здравоохранения, предусмотренных требованиями "Квалификационной характеристики врача общей практики»	
Педагогические задачи: 1. Ознакомить ВОП с перечнем заболеваний, сопровождающихся плевритами и подлежащих лечению в условиях СВП (ГВП) или специализированных стационаров. 2. Научить ВОП диагностике плевритов, особенностям клинического течения в зависимости от этиологии. 3. Обучить ВОП оказанию дифференцированного лечения различных видов плевритов (выбор препарата, дозы, пути введения, длительность, комбинации, побочные явления). 4. Обсудить вопросы тактики ведения в рамках квалификационной характеристики ВОП 5. Обсудить принципы лечения (немедикаментозные и медикаментозные). 6. Обсудить принципы ведения, наблюдения и мониторинга больных в условиях СВП или СП. 7. Обсудить принципы первичной,	Результаты учебной деятельности: Студент должен знать: 1. Клинические проявления плевритов, особенности их течения и клиники в зависимости от этиологии. 2. Дифференциальную диагностику при плевритах. 3. Принципы антибактериальную терапию различных видов плевритов (выбор препарата, дозы, пути введения, длительность, комбинации, побочные явления), тактику ВОП при них. 4. Тактику ВОП. 5. Принципы диспансерного наблюдения и мониторинга больных в условиях СВП или СП. 6. Принципы первичной, вторичной и третичной профилактики при данных заболеваниях. Студент должен уметь: 1. Анализировать данные жалоб и анамнеза для диагностики плевритов.

вторичной и третичной профилактики плевритов.	2. Диагностировать, дифференцировать по клинике, данным лабораторных исследований, рентгенограммам различные виды плевритов. 3. Выбрать препараты с доказанной эффективностью 4. Консультировать по немедикаментозным методам лечения. 5. Провести мониторинг в условиях СВП или СП.
Методы обучения	Метод “ снежков ”, графический органайзер – концептуальная таблица, демонстрация, видео просмотр, дискуссия, беседа, решение тестов и ситуационных задач
Формы организации учебной деятельности	Индивидуальная работа, работа в группах, коллективная, аудиторная, внеаудиторная.
Средства обучения	Раздаточные учебные материалы визуальные материалы, видеофильмы, муляжи, графические органайзеры, истории болезни, таблицы, стенды, учебные пособия, учебные материалы, ЭКГ больных
Способы и средства обратной связи	Блиц-опрос, тестирование, презентация результатов выполнения учебного задания, заполнение истории болезни, выполнение практического навыка «профессиональный расспрос»

Технологическая карта занятия

Тема: Боль в грудной клетке, связанная с заболеванием легких. Дифференциальный диагноз при сухом и экссудативном плеврите. Виды экссудативного плеврита. Принципы обучения при синдроме «кашель». Принципы профилактики.

№	Этапы практического занятия	Форма занятия	Длит-ть занятия 225
		Место проведения	
1	Вводная часть (обоснование темы)		10
2	Обсуждение темы практического занятия с применением новых педагогических технологий (метод “снежков”), а также демонстрационного материала (истории болезни , таблицы, плакаты, рентгенограммы), определение исходного уровня.	Опрос, обсуждение Учебная комната, палаты	40
3	Вывод обсуждения		10
4	Определение задания для выполнения практической части - профессиональный расспрос. Объяснение положений и рекомендаций для выполнения задания по заполнению историй болезни.	Обсуждение	20

5	Освоение практической части занятия под руководством преподавателя.	Проф. расспрос. Беседа с больными и заполнение мед карт, ситуационные задачи. Осмотр тематических больных	20
6	Интерпретация данных обследования больных- жалобы, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация больных, а также исследования ОАМ, ОАК и биохимические анализы и постановка диагноза	Истории болезни, лабораторные данные ситуационные задачи	25
7	Обсуждение теоретических, практических знаний студентов, закрепление материала, определение уровня усвоения оценки знаний.	Устный опрос, тесты, обсуждение, определение практических навыков Учебная комната	75
8	Определение вывода по теме практического занятия, оценка по 100 бальной системе и объявление оценок. Домашнее задание следующего практического занятия (сборник вопросов).	Информация, вопросы для самостоятельной работы. Учебная комната	25

2. Мотивация

Боль в грудной клетке зачастую встречаются в практике врачей первичного звена здравоохранения. В этой ситуации усилие врача общей практики (ВОП) направляется на диагностику заболеваний, обусловленных различными причинами. В случае выявления плеврита ВОП должен не только диагностировать его, но ему нужно определить причину, обусловившую данное заболевание для оказания медицинской помощи в условиях СВП или СП, или направлении в специализированные стационары. Эти и другие обстоятельства являются основанием для включения данной тематики в программу подготовки ВОП.

3. Межпредметные и внутрипредметные связи

Необходимо иметь знания основ анатомии, физиологии, фармакологии, пропедевтики внутренних болезней, факультетской и госпитальной терапии. Учитывая, что одышка и удушье являются симптомом многих заболеваний, ВОП приходится привлекать многих специалистов – кардиологов, кардиохирургов, ревматологов, пульмонологов и невропатологов. При разборе данной темы прослеживается тесная взаимосвязь с пульмонологией, ревматологией, кардиохирургией и функциональной диагностикой.

4. Содержание занятия

4.1. Теоретическая часть

На практическом занятии в теоретической его части последовательно рассматриваются вопросы дифференциальной диагностики плевритов различной этиологии.

Сухой плеврит. Клинические симптомы: боли в грудной клетке, усиливающиеся при дыхании, кашле; при диафрагмальном плеврите боли иррадируют в верхнюю половину живота или по ходу диафрагмального нерва – в области шеи; общая слабость; субфебрильная температура тела; при верхушечных плевритах – болезненность при пальпации трапециевидных и больших грудных мышц (симптомы Штернберга и Поттенджера); ограничение дыхательной подвижности легких; при аускультации – шум трения плевры.

Лабораторные данные. 1. ОАК: увеличение СОЭ, небольшой лейкоцитоз. 2. БАК: повышение содержания фибрина, серомукоида, сиаловых кислот. Рентгенологическое обследование легких: «изолированный» сухой плеврит не распознается, но могут быть установлены признаки основного заболевания (пневмония, туберкулез, опухоль, и т.д.).

Экссудативный плеврит. Клинические симптомы: общая слабость, одышка, высокая температура тела с ознобами (эмпиема плевры), потливость, отсутствие аппетита; отставание соответствующей половины грудной клетки при дыхании и сглаженность межреберных промежутков; при медиастинальном осумкованном плеврите – дисфагия, отек лица, шеи, осиплость голоса; при перкуссии – массивный тупой звук; аускультативно – отсутствие дыхания; тахикардия; приглушенность тонов сердца.

Лабораторные данные. 1 ОАК: повышение содержания сиаловых кислот, фибрина, серомукоида, α_2 - и γ -глобулинов. 3. Исследование плевральной жидкости: содержание белка больше 3%, относительная плотность более 1,018; содержание ЛДГ больше 1,6 ммоль (л.ч); положительная проба Ривальта; в осадке преобладают нейтрофилы; цвет соломенно-желтый, при эмпиеме – гной. Инструментальные исследования. Рентгенологическое исследование: интенсивное затемнение с косой верхней границей, смещение средостения в противоположную сторону. Ультразвуковое исследование: жидкость в плевре. Дифференциальная диагностика различных видов экссудативного плеврита основывается на их клинических и лабораторных особенностях. Параневмонические плевриты обычно маскируются симптоматикой острой пневмонии и отличаются небольшим выпотом. При выраженном болевом синдроме в начале пневмонии необходимо проводить настойчивые поиски плеврита. Туберкулезный плеврит возникает в относительно молодом возрасте, в анамнезе контакты с больным туберкулезом, характерны интоксикации и умеренная температурная реакция, положительные туберкулиновые пробы, преобладание в плевральном выпоте лимфоцитов. Плевриты при инфарктах легкого имеют геморрагический экссудат в небольшом количестве, который нередко просматривается. Карциноматозный плеврит сопровождается болевым синдромом, массивной геморрагической экссудацией, ведущей к расстройствам дыхания и кровообращения с наличием атипических клеток в осадке. При блокаде метастазами грудного лимфатического протока выпот может быть хилезным. После получения мутной жидкости или типичного гноя производят посев их на питательные среды для установления этиологии. При неясном диагнозе рекомендуется тщательное рентгенологическое исследование после эвакуации жидкости, плевроскопия и плевробиопсия.

Классификация (Н.В.Путов, 1984).

I. По этиологии плевриты. 1. Инфекционные и 2. Асептические.

II. Характер патологического процесса. 1. Сухой (фибринозный). 2. Экссудативный плеврит.

III. В зависимости от характера экссудата различают. 1. Серозный. 2. Серозно-фибринозный. 3. гнойный. 4. Гнилостный. 5. Геморрагический. 6. Эозинофильный. 7. Холестериновый. 8. Хилезный. 9. Смешанный.

IV. Течение плеврита. 1. Острый. 2. Подострый. 3. Хронический плеврит.

V. Локализация плеврита. 1. Диффузный. 2. Осумкованный (отграниченный). 2.1. Верхушечный (апикальный). 2.2. Пристеночный (паракостальный). 2.3. Костнодиафрагмальный. 2.4. Диафрагмальный (базальный). 2.5. Парамедиастинальный. 2.6. Междолевой (интерлобарный).

Теоретический опрос можно провести с использованием метода «Снежков»

Метод «снежков»

Цель: Вовлечение в процесс обучения всех студентов группы с одновременным контролем их знаний по обсуждаемой теме.

Основные положения методики:

Группа делится на 2-3 малые подгруппы, которые обсуждают одну и ту же проблему или ситуацию с целью набора наибольшего количества правильных ответов. Каждый правильный ответ записывается как балл этой группе в виде «снежков». Группе, получившей наибольшее число баллов, ставят более высокие оценки.

1. Дайте определение термину «плевриты» и перечислите этиологию, классификаций плевриты.
2. Расскажите клиническая картина и необходимые лабораторно-инструментальные методы исследования для диагностики сухого и экссудативного плеврита.
3. Виды экссудативного плеврита и дифференциальная диагностика экссудата и транссудата. Расскажите об основных принципах терапии и профилактики плеврита с позиции ВОП

Ответ: Плеврит-воспаление плевральных листков с образованием на их поверхности фибрина (сухой, фибринозный плеврит) или скоплением в плевральной полости экссудата различного характера (экссудативный плеврит). В зависимости от этиологии все плевриты можно разделить на две большие группы: инфекционные (бактериями, микобактериями туберкулеза, риккетсиями, простейшими, грибами, паразитами, вирусами) и неинфекционные (асептические: злокачественные опухоли-40%, системные заб. соединительной ткани: СКВ, ССД, дерматомиозит, ревматоидный артрит, травмы грудной клетки т.д.).

№	Оценка	отлично	хорошо	удовл	неуд	плохо
1	Усвоение в %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% и ниже
2	Теоретическая часть	20-17,2 балл	17-14,2 балл	14-11 балл	10,8-7,4 балл	7,2 балл

4.2. Аналитическая часть

Ситуационные задачи:

1. Больной 40 лет, электросварщик жалуется на чувство нехватки воздуха, одышку, головные боли, боли в правом подреберье, снижение аппетита, повышение температуры до 37,6С, общ. слабость. Из анамнеза 13 лет назад лечился по поводу туберкулеза легких. Объективно: общ. состояние средней тяжести, вынужденное положение, цианоз губ, набухание шейных вен, дыхательная экскурсия ограничена. ЧД-32 в мин. Перкуторно: притупление перкуторного звука левого легкого сзади, дыхание не выслушивается. Сердце: тоны приглушены, акцент II тона над легочной артерией. Пульс 90 уд/мин. АД 130/80 мм рт.ст.

1. Перечислите не менее четырех заболеваний при которых наблюдаются выше указанные жалобы и симптомы;
2. Предварительный диагноз;
3. Информативные методы обследования;
4. Тактика ВОП;

Ответы:

№	Ответы	Балл
1	а) Крупозная пневмония, б) Центральная рак легких, в) Инфильтративный туберкулез легких, г) Хроническое воспаление легких	20
2	Левосторонний экссудативный плеврит.	35

3	Рентгенография: до и после плевральной пункции, отн. плотность, количество белка, проба Ривольта, БК, атипичные клетки, проба Манту	20
4	Срочная госпитализация, лечение основного заболевания. Удаление жидкости путем пункции. Антибиотики, анальгетики, десенсибилизирующие препараты. Группа витаминов В. Уменьшение приема жидкости.	25

2. Больной 58 лет, состояние после острого инфаркта миокарда, через неделю после лечения в стационаре появились боли в левой грудной клетки, повышение температуры тела до 38,2С, кровохарканье, боли в мелких суставах. Увеличение СОЭ, незначительный шум трения перикарда и плевры. Печень и селезенка не увеличены. ЧСС 96 в мин., АД 130/90 мм рт ст. Рентгеноскопия: имеется незначительная жидкость в плевральной полости. ОАК: лейк- 12×10^9 /л, э-18, СОЭ-21мм/ч.

1. Перечислите не менее четырех заболеваний при которых наблюдаются выше указанные симптомы;
2. Предварительный диагноз;
3. Информативные методы обследования;
4. Тактика ВОП;

3. Больной 28 лет целый день работал на морозе. Утром жалобы на недомогание, озноб, слабость, боли в правой половине грудной клетки при глубоком вдохе, повышение температуры до 38,4°С. 3-день болезни одышку, кашель с выделением «ржавой» мокроты. Об-но: состояние тяжелое, цианоз губ, румянец на правой щеке. Аус-но: в нижнем углу правого легкого бронхиальное дыхание, нежная крепитация, шум трения плевры.

В какую патоморфологические стадии характерны аускультативные данные данного больного;

Предварительный диагноз;

Укажите конкретные предполагаемые изменения со стороны ОАК и рентгенологические данные;

Тактика ВОП.

4. Больной К, 50 лет. Поступил с жалобами на приступообразный кашель, нехватку воздуха, одышку, незначительные боли в грудной клетке, общую слабость. В последнее время вышеуказанные жалобы усилились. Из анамнеза больной в течение 3 лет страдает хроническим бронхитом. Об-но: ЧД 30 в мин., цианоз губ, ЧСС 100 уд в мин. При перкуссии притупление справа, ослабленное везикулярное дыхание. Печень выступает на 3см из под реберной дуги. На рентгене имеется уровень жидкости до III ребра. На ЭКГ: синусовая тахикардия.

Информативные методы обследования;

Предварительный диагноз;

У больного какой тип дыхательной недостаточности наблюдается;

Тактика ВОП;

5. Больная 32 лет. Жалобы на боль в грудной клетке, усиливающиеся при глубоком вдохе, сухой кашель, повышение температуры. После лечения сульфаниламидными препаратами состояние не улучшилось. Появилась отечность и болезненность в мелких суставах. При осмотре отечность мелких суставов и ограничение движений. На коже имеется мелкая сыпь. Аускультативно выслушивается ослабленное везикулярное дыхание с обеих сторон. ЧСС 120 в мин. ОАК: нормохромная анемия, ретикулоцитоз, лейкопения, СОЭ 44мм/ч.

Перечислите информационные методы обследования;

Предварительный диагноз;

Вы с чем связываете обострения заболевания;

Тактика ВОП;

6. Анализ плевральной жидкости кол. 100 мл, не вязкая, прозрачная, относительная плотность, 1004, белок -18 г/л; лейкоц.— 1×10^2 /л; бактерии-abs.

1. Для какой плевральной жидкости характерны данной патологии;
2. Еще при какой патологии наблюдаются (характерны) данные признаки плевральной жидкости;

7. Анализ плевральной жидкости кол. 300 мл, мутная, уд.вес.-1020, белок -32 г/л; проба Ривольта ++, лейкоц.- 2×10^3 /л;-10,-10; кислотоустойчивые бактерии 5-6.

1. Для какой плевральной жидкости характерны эти признаки;
2. Для какого заболевания характерен данный анализ;
3. Перечислите не менее четырех группа заболеваний при которых вызываются плевриты;

8. Больной 26 лет, водитель автобуса. Обратился в поликлинику к ВОП с жалобами на слабость, сухой кашель, боли и першение за грудиной. Вчера вечером под дождем в течение двух часов ремонтировал автобус и сильно промок. Спал беспокойно, утром проснулся с головной болью, повышением температуры тела до $37,8^\circ$. Объективно: температура тела $37,5^\circ$. Зев гиперемирован. Язык влажный, чистый. Пульс ритмичный удовлетворительного наполнения и напряжения, 88 ударов в 1 минуту. Сердце тоны ритмичные, звучные. В легких: перкуторно легочной звук, при аускультации на фоне жесткого дыхания рассеянные сухие хрипы. Живот мягкий, безболезненный при пальпации.

1. Перечислите не менее трёх заболеваний, при которых встречаются вышеуказанные жалобы;
2. Наиболее вероятный диагноз;
3. Перечислите характерные 7 признаков для данного заболевания, которые имеются у этого больного;
4. Методы исследования;
5. Тактика ВОП и лечение.

9. Больной 50 лет, в тяжёлом состоянии, обратился к ВОП с жалобами на высокую температуру, выделение гнойно-кровянистой мокроты при кашле. Аускультативно в легких: справа на фоне жесткого дыхания влажные мелкопузырчатые звонкие хрипы; перкуторно: тимпанит. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 100 в 1 мин. Печень +1 см.

На рентгенограмме легких: справа несколько тонкостенных полостей с уровнем.

ОАК: Нв - 110 г/л, эрит.- $3,6 \times 10^{12}$, лейкоц.- 18×10^9 /л со сдвигом влево.

Перечислите три заболевания, при которых встречаются вышеуказанные жалобы;

Наиболее вероятный диагноз;

Перечислите характерные 6 признаков для данного заболевания, которые имеются у этого больного;

Методы исследования;

Тактика ВОП и лечение.

10. Больной 24 лет, осмотрен ВОП. Жалобы на повышение температуры тела до $39,6^\circ$, озноб, боли в правой половине грудной клетки, одышку, кашель с трудно отделяемой «ржавой мокротой», головные боли. Объективно: состояние больного тяжелое, цианоз губ, румянец на щеках, температура тела $39,2^\circ$. Пульс ритмичный, 110 ударов в 1 минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧДД 30 раз в минуту. При перкуссии легких сзади на уровне шестого ребра и ниже тупой звук; при аускультации на этом участке бронхиальное дыхание. Живот мягкий безболезненный.

ОАК:эрит.- $5,0 \times 10^{12}$ /л; Нв-89г/л, ц.п.- 0,9, лейкоц.- $17,0 \times 10^9$ /л, эозинофил- 1%, п/я- 9%, с/я -76%, лимф 10%, моноциты- 4%, СОЭ-35 мм/час.

Рентгеноскопия грудной клетки: справа ниже 6-го ребра интенсивное гомогенное затемнение с четкими контурами сливающееся с куполом диафрагмы.

1. Перечислите не менее четырёх заболеваний, которым характерны вышеперечисленные жалобы;
2. Наиболее вероятный диагноз;
3. План обследования;
4. Перечислите характерные 9 признаков для данного заболевания, которые имеются у этого больного;
5. Тактика ВОП и лечение;

№	Оценка	отлично	хорошо	удовл	неуд	плохо
	Усвоение в %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% и ниже
2	Ситуационная задача	50-43 балл	42,5- 35,5 балл	35- 27,5 балл	27-18,5 балл	18 балл

№	Оценка	отлично	хорошо	удовл	неуд	плохо
	Усвоение в %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% и ниже
3	Тест	15-12,9 балл	12,7-10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5 балл	5,4 балл

4.2.2. Графический органайзер «диаграмма Венна».

Плевриты

Сухой плеврит характеризуется болью в грудной клетке на стороне поражения при дыхании с возможной иррадиацией в плечо, шею, живот; сухим кашлем, усиливающим боль; усилением боли при наклоне в «здоровую» сторону. Физикальные данные: пораженная половина грудной клетки отстаёт при дыхании, перкуторный тон не изменен, выслушивается шум трения плевры. Рентгенологически определяется высокое стояние купола диафрагмы на стороне поражения и его отставание при дыхании.

Экссудативный плеврит. Жалобы на давящие, тянущие боли в боку, иногда усиливающиеся на вдохе, сухой кашель, одышку смешанного типа. Физикальный синдром: наличие свободной жидкости в полости плевры, по М.В. Черноуцкому, включает в себя выбухание грудной клетки на стороне поражения, перкуторную тупость, ослабленное везикулярное дыхание или его отсутствие, ослабление бронхофонии и голосового дрожания. Перечисленные симптомы появляются при объеме жидкости в полости плевры не менее 500 мл.

- используется для сравнения или сопоставления или противопоставления 2-3х аспектов и показа их обеих черт.
- Развивает системное мышление, умение сравнивать, сопоставлять, проводить анализ и синтез.

Знакомятся с правилами построения диаграммы Венна. Индивидуально / в парах строят диаграмму Венна и заполняют части непересекающихся кругов (X)
Объединяются в пары, сравнивают и дополняют свои диаграммы.
В месте пересечения кругов составляют список тех черт, которые, на их взгляд, являются общими для информации 2-3х кругов (xx/xxx).

4.3. Практическая часть

Перечень навыков, которым ВОП должен владеть после завершения занятий по данной тематике

1. Провести осмотр больных с заболеваниями, сопровождающимися болью в грудной клетке (при сухом и экссудативном плеврите).
2. Интерпретация анализов, данных лабораторно-инструментальных исследований, рентгенограмм больных, УЗИ, торакоскопия с заболеваниями, сопровождающимися болью в грудной клетке.
(клинические и биохимические анализы крови, коагулограммы, анализ плевральной жидкости, рентгенологические снимки грудной клетки, результаты исследования функции внешнего дыхания).
3. Выписывание лекарственных препаратов в зависимости от этиологии с заболеваниями, сопровождающимися с болью в грудной клетке.

№	Оценка	отлично	хорошо	удовл	неуд	плохо
	Усвоение в %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% и ниже
4	Практическая часть	15-12,9 балл	12,75-10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5-балл	5,4 балл

5. ВИДЫ ОЦЕНКИ ЗНАНИЙ, УМЕНИЙ И НАВЫКОВ

- Устно
- Письменно
- Решение ситуационных задач
- Демонстрация освоенных практических навыков

5.1. Критерии оценок знаний и умение практических навыков студентов.

№	Оценка	отлично	хорошо	удовл	неуд	плохо
	Усвоение в %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% и ниже
1	Теоретическая часть	20-17,2 балл	17-14,2 балл	14-11 балл	10,8-7,4 балл	7,2 балл
2	Ситуационные задачи	50-43 балл	42,5- 35,5 балл	35- 27,5 балл	27-18,5 балл	18 балл
3	Тест	15-12,9 балл	12,7-10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5 балл	5,4 балл
4	Практическая часть	15-12,9 балл	12,75-10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5-балл	5,4 балл

6. Критерии оценки текущего контроля

Уровни оценок	Рейтинг баллы	Характеристика работы студента
---------------	---------------	--------------------------------

	20	Балл присутствия на практическом занятии. Полное отсутствие уровня знаний и не умение выполнить практический навык – студент абсолютно не готов к практическому занятию.
Не удовлетворительно	20 - 54,9	<p>Студент отвечает неудовлетворительно.</p> <p>Студенты не владеет базовыми уровнями знаний и навыков, хотя бы одного из нижеперечисленных:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Не знает клинические признаки сухого и экссудативного плеврита. • Не знает патогенетическое лечение сухого и экссудативного плеврита. • Не знает факторы риска развития сухого и экссудативного плеврита. • Не знает групп препаратов применяющихся при лечении сухого и экссудативного плеврита. • Не может указать на рентгенологические признаки сухого и экссудативного плеврита. • Не способен собрать рациональный анамнез во время курации больных с сухим и экссудативным плевритом. • Во время курации не способен объективно оценить состояние больных с сухим и экссудативным плевритом. • Не способен рационально составлять план обследования больных с сухим и экссудативным плевритом в условиях СВП или СП.
Обеспечение базового уровня знаний и навыков		
Удовлетворительно 55-70,9%	55-60,9	Удовлетворительный ответ низкого качества. Студент старается владеть базовыми уровнями знаний и навыков (см.ниже), но при ответе или выполнении навыков допускают серьезные ошибки.
	61-65,9	Удовлетворительный ответ средней степени. Студент владеет базовыми уровнями знаний и навыков (см.ниже), но при ответе или выполнении навыков допускают ошибки (возможны отдельные погрешности)
	66-70,9	Удовлетворительный ответ высокого качества. Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков: <ul style="list-style-type: none"> • Знает клинические признаки сухого и экссудативного плеврита. • Может дифференцировать сухой и экссудативный плеврит по субъективным, объективным и лабораторно-инструментальным данным • Знает дифференцированное патогенетическое лечение сухого и экссудативного плеврита. • Знает факторы риска развития сухого и экссудативного плеврита. • Знает групп препаратов применяющихся при лечении сухого и экссудативного плеврита. • Может указать на рентгенологические признаки сухого и экссудативного плеврита.

		<ul style="list-style-type: none"> • Способен собрать рациональный анамнез во время курации больных с сухим и экссудативным плевритом. • Во время курации способен объективно оценить состояние больных с сухим и экссудативным плевритом. • Способен рационально составлять план обследования больных с сухим и экссудативным плевритом в условиях СВП или СП. • Может интерпретировать результаты лабораторно-инструментальных методов исследований – может указать наличие лейкоцитоза, сдвига лейкоформулы вправо или влево, повышенного СОЭ. • Может интерпретировать результаты лабораторно-инструментальных методов исследований – анализировать плевральную жидкость, определить наличие лейкоцитоза, атипичных клеток, микобактерий туберкулеза. • Может показать технику взятия общего анализа крови • Способен корректно заполнять дневник больного.
Продвинутый уровень знаний		
Хорошо 71-85,9%	71-75,9	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (указанные в пункте «66-70,9») + владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Знает стадии развития сухого и экссудативного плеврита. • Знает клиническую симптоматику и морфологические изменения свойственные каждой стадии развития сухого и экссудативного плеврита. • Знает классификацию сухого и экссудативного плеврита. • Знает механизм действия лекарственных препаратов применяющихся при лечении сухого и экссудативного плеврита. • Рационально выбрать лекарственных препаратов, используемых при лечении сухого и экссудативного плеврита.
	76-80	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «71-75,9», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Знает патогенез сухого и экссудативного плеврита , а также может назвать морфологическую картину развития пневмоний в зависимости от возбудителя • Знает принципы первичной, вторичной и третичной профилактики сухого и экссудативного плеврита
	81-85,9	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «71-75,9» и «76-80», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Может указать локализацию сухого и экссудативного плеврита по рентген снимку.

		<ul style="list-style-type: none"> • Принципы ведения, наблюдения и мониторинга больных с сухим и экссудативным плевритом в условиях СВП или СП. • Умеет провести консультацию по вопросам немедикаментозных и медикаментозных советов с использованием навыков МЛЮ. • Принципы диспансеризации и реабилитации больных с сухим и экссудативным плевритом в условиях СВП или СП
Отлично 86-100%	86-90	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «81-85,9», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Знает принципы лечения сухого и экссудативного плеврита • Знает показания и противопоказания к рентгенологическому обследованию при сухом и экссудативном плеврите • Умеет предоставлять достоверную информацию о сухом и экссудативном плеврите на основании интернет данных
	91-95	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «86-90», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Знает рентгенологические признаки сухого и экссудативного плеврита • Умеет определить сухой и экссудативный плеврит методами объективного осмотра.
	96-100	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «91-95», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Предоставил научные данные на основе литературы (статьи и интернет) • Знает этапы диспансеризации и реабилитации у больных с сухим и экссудативным плевритом.

Примечание: Базовый уровень знаний и навыков – это минимум знаний, который обеспечивает принцип «безопасности» для пациента.

7. Контрольные вопросы.

1. Классификация плевритов.
2. Клиника сухого плеврита.
3. Диагностика сухого плеврита.
4. Дифференциальная диагностика сухого плеврита.
5. Клиника экссудативного плеврита.
6. Диагностика экссудативного плеврита.
7. Дифференциальная диагностика экссудативного плеврита.
8. Тактика ВОП при плевритах.

8. Список литературы:

Основные

1. Ички касалликлар, Шарапов У.Ф. Т: Ибн Сино, 2003
2. Ички касалликлар, Бобожанов С. Т: Янги аср авлод, 2008
3. Внутренние болезни, том 1 Мухин Н.А. М.: ГЭОТАР - Медиа, 2009
4. Textbook of Internal Medicine Editor-in-Chief William N. Kelley 1997

Дополнительные

1. Умумий амалиёт врачлар учун маърузалар туплами , Гадаев А.Г., Т., 2012
2. Общая врачебная практика, Под ред. Ф.Г.Назирова, А.Г.Гадаева. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
3. Справочник врача общей практики. Дж.Мёрта. М.: Практика, 1998.
4. Сборник практических навыков для врачей общей практики. Гадаев А., Ахмедов Х.С. Т., 2010.
5. Умумий амалиёт врачлар учун амалий куникмалар туплами Гадаев А.Г., Ахмедов Х.С., 2010.
6. Терапевтический справочник Вашингтонского Под ред. М.Вудли М.: Практика, 2000.
7. Умумий амалиёт шифокори учун кулланма Ф.Г.Назирова, А.Г.Гадаев тахр. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.
8. Лечение болезней внутренних органов. Окорочков А.Н. Все томы. 2005.
9. Дифференциальный диагноз внутренних болезней. Виноградов А.В. М.: Медицинское информационное агенство, 2009.
10. Внутренние болезни: учебник.- в 2-х т. (2 т.) Под ред. Мартынова и др. М.: ГЭОТАР - Медиа, 2005:
11. www.medlook.ru
12. www.medbok.ru

9. Хронологическое содержание занятия

Время	Мероприятия	Содержание	Материалы	Продолжительность занятия
8.30–9.30	Утренняя конференция	Доклад дежурных врачей и дежурных субординаторов по дежурству.	Истории болезни, ЭКГ, кодоскоп.	1 час
9.15-10.00	Клинический аудит выписываемых больных.	Подробный доклад студентов о выписываемых больных.		45 минут
10.05-10.45	Теоретический разбор темы	Проверка исходного уровня подготовленности студентов с использованием метода «снежков» и решением ситуационной задачи. Студентам раздаются ситуационные задачи по данной теме, которые они должны анализировать и дать заключение.	Ситуационные задачи, учебные доски, таблицы, соответствующие теме занятия.	40 минут

10.45 - 11.05.	Проработка практических навыков.	Студент под надзором преподавателя должен выполнить минимум два практического навыка.	Больной или волонтер.	20 минут
11.05-11.45	Курация больных в отделении	Каждый студент курирует больных определенной палаты.	Больной, фонендоскоп, тонометр, история болезни (с данными клинико-лабораторных исследований).	40 минут
11.45-12.15	Перерыв			30 мин
12.20-13.20	Разбор тематических больных	По выбору педагога проводится полный осмотр больного по теме занятия или пациентов, готовящихся к выписке, анализ данных лабораторно-инструментального исследования, обоснование предварительного и окончательного клинического диагнозов. Определяется план лечения с дозами препаратов.	Больной, фонендоскоп, тонометр, история болезни (данными клинико-лабораторных исследований).	1 час

ТРЕБОВАНИЯ К ЗНАНИЯМ, УМЕНИЯМ И НАВЫКАМ ПРИ ОБУЧЕНИИ СТУДЕНТОВ НА ОСНОВЕ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ БОЛЬНЫХ С ОДЫШКОЙ ИЛИ УДУШЬЕМ

Цель: Научить студентов посиндромальному решению проблемы больных с одышкой или удушьем, а также принципам их ведения в условиях первичного звена здравоохранения в рамках квалификационной характеристики ВОП

Основные задачи обучения:

- Обучить студентов решению проблемы, связанной с одышкой или удушьем.
- Обучить студентов своевременной диагностике при наличии проблемы, связанной с одышкой или удушьем.
- Обучить студентов дифференцировать болезни, сопровождающиеся с одышкой или удушьем.
- Усовершенствовать необходимые знания, умения и практические навыки при решении проблемы пациентов с одышкой или удушьем (сбор информации, выявление проблемы и физикальный осмотр, а также умение обоснованно назначать лабораторно-инструментальные методы исследования);
- Обучить студентов обоснованно выбрать тактику ведения;
- Обучить студентов обоснованно осуществлять лечебно-профилактических мер и наблюдению в условиях СВП и СП.

При разборе данной проблемы больных ключевыми моментами оценки знаний студентов должны быть:

- Умение выделить основную проблему, которая отразилась на качестве жизни больных.
- Умение задавать вспомогательные вопросы рационального анамнеза.
- Умение выделить наличие факторов риска.
- Умение перечислить заболевания или состояния, которые могут быть причиной данной проблемы.
- Умение обоснованно провести физикальный осмотр.
- Умение обоснованного назначения лабораторно-лабораторных исследований в условиях СВП или СП.
- Умение выделить необходимость дополнительных исследований за пределами СВП или СП.
- На основании полученной информации умение установить основную причину (диагноз) данной проблемы.
- Умение определить тактику ведения на основании квалификационной характеристики ВОП.
- Умение давать немедикаментозные советы.
- Умение определить медикаментозное лечение на основании доказательной медицины
- Умение определить профилактических мер на уровне первичного звена здравоохранения.
- Умение определить принципы диспансеризации и реабилитации больных в условиях СВП или СП.

Что должен знать студент при решении проблемы пациентов с одышкой или удушьем:

№	Перечень знаний	Базовый уровень
1	Перечень заболеваний, которые протекают с одышкой или удушьем	Студент должен знать как минимум 10 наиболее часто встречаемых заболеваний
2	Перечень наиболее опасных заболеваний, которые протекают с одышкой или удушьем	Студент должен знать как минимум 5 заболеваний
3	Перечень состояний, требующие ведения в условиях СВП или СП (1-категория)	Согласно квалификационной характеристики ВОП
4	Перечень состояний, требующие консультации узкого специалиста или госпитализаций (2-категория)	Согласно квалификационной характеристики ВОП
5	Перечень исследований, требующие проведения в условиях СВП или СП (3.1-категория)	Согласно квалификационной характеристики ВОП
6	Перечень исследований, требующих направлений за пределы СВП или СП (3.2-категория)	Согласно квалификационной характеристики ВОП
7	Ключевые моменты (критерий) диагностики заболеваний, протекающие с одышкой или удушьем	Студент должен знать отличительные признаки и проявления каждого заболевания, а также критерии их диагностики.
8	Признаки сердечной астмы или отека легких	Студент должен перечислить симптомы
9	Признаки бронхиальной астмы	Студент должен перечислить симптомы
10	Признаки недостаточности кровообращения	Студент должен знать проявления
11	Признаки дыхательной недостаточности	Студент должен знать проявления

12	Симптомы поражения внутренних органов	Студент должен знать симптомы поражения
13	Принцип «светофора»	Студент должен знать уровни пиковой скорости выдоха (ПСВ) в зависимости от цвета светофора
14	Показатели результатов лабораторных исследований	Студент должен знать: - нормальные показатели, а также их сдвиги при патологии.
15	Лечебная тактика	Студент должен знать методы и принципы лечения (в том числе немедикаментозные).
16	Принципы первичной, вторичной и третичной профилактики	Студент должен знать основные мероприятия, необходимые для первичной, вторичной и третичной профилактики
17	Принципы диспансеризации и реабилитации заболеваний, протекающие с одышкой или удушьем в условиях СВП или СП (4-категория)	Студент должен перечислить основные мероприятия по диспансеризации и реабилитации

Что должен уметь студент при решении проблемы пациентов с одышкой или удушьем:

№	Перечень навыков	Базовый уровень
	Расспросить больного и его родственников	<ul style="list-style-type: none"> • Студент должен уметь задавать лаконичные вопросы рационального вопроса, которые действительно помогает в установке вероятного диагноза. • Студент должен уметь целенаправленно выявлять и оценивать жалобы пациента. • Студент должен уметь анализировать анамнез заболевания: начало заболевания, первые симптомы, причинная их связь и динамика развития. • Студент должен уметь анализировать анамнез жизни: выявление факторов риска, здоровье родителей и ближайших родственников.
	Выявить факторы риска	Студент должен уметь выявить управляемые и неуправляемые факторы риска как при расспросе больного, так на основании объективного подхода
	Рассчитать индекс масса/тела	Студент должен уметь выявить признаки: - недостаточности веса - повышенного веса.
	Измерить артериальное давление.	Студент должен уметь провести тонометрию с учетом пошагового принципа.
	Провести осмотр кожи	Студент должен уметь обнаружить наличие: -бледности - цианоза, -наличие высыпаний
	Исследовать пульс на сонных, лучевых и	Студент должен уметь обнаружить: - наличие или отсутствие пульса

	бедренных артериях	Студент должен уметь оценить свойства лучевой артерии.
	Обследовать щитовидную железу	Студент должен уметь осмотреть и пропальпировать щитовидную железу и выявить признаки увеличения, а также в зависимости от размеров щитовидной железы различить степени зоба
	Пропальпировать грудную клетку	Студент должен уметь: - оценить экскурсию грудной клетки - оценить голосовое дрожание - оценить эластичность грудной клетки
	Провести перкуссию органов дыхания	Студент должен уметь обнаружить изменение легочного звука и их интерпретировать
	Провести аускультацию органов дыхания	Студент должен уметь оценить везикулярное и бронхиальное дыхания, а также при наличии патологических шумов и хрипов, интерпретировать их.
	Провести пальпацию области сердца	Студент должен уметь выявить: - сердечный толчок - систолическое и диастолическое дрожание Студент должен уметь оценить верхушечный толчок.
	Провести перкуссию сердца	Студент должен уметь определить: - границы относительной и абсолютной тупости сердца - границы сосудистого пучка - поперечник сердца - конфигурацию и талию сердца. Студент должен уметь выявить: - признаки гипертрофии отделов сердца - митральную конфигурацию - аортальную конфигурацию
	Провести аускультацию сердца	Студент должен уметь выявить: - ослабление I и II тона - усиление I тона на верхушке - акцента II тона на аорте или легочной артерии - систолический и диастолический шум, а также выявить их эпицентр Уметь дифференцировать функциональные сердечные шумы от органических. - шума трения перикарда
	Провести пальпацию, перкуссию органов брюшной полости	Студент должен уметь провести поверхностную и глубокую пальпацию живота Студент должен уметь выявить: - гепатомегалию спленомегалию
	Осмотреть конечности	Студент должен осмотреть конечности и тела и уметь обнаружить: - местный или генерализованный отек. Пальцам должен уметь надавить на тыльную поверхность стопы и обнаружить: - появляется ямка или нет.
	Провести осмотр костно-	Студент должен уметь обнаружить:

	суставной системы	- наличие суставного синдрома
	Осмотр горла	Студент должен уметь провести осмотр горла с учетом пошагового принципа и выявить признаки ангины.
	Провести пикфлоуметрию	Студент должен уметь провести пикфлоуметрию с учетом пошагового принципа
	Интерпретировать результаты пикфлоуметрии	Студент должен: - уметь правильно пользоваться таблицами и диаграммами нормальных величин ПСВ в зависимости от пола, возраста и ростом пациентов. - уметь рассчитать процентное соотношение ПСВ от должной величины в зависимости от пола, возраста и ростом пациентов. - уметь анализировать и прогнозировать полученные результаты
	Интерпретировать клинические, инструментальные и биохимические анализы	Студент должен уметь выявить сдвиги от нормы
	Интерпретировать рентген снимок легких	Студент должен уметь выявить признаки: - пневмонии - пневмоторакса - плеврита - рака легкого и туберкулеза
	Снять ЭКГ и расшифровать ее	7. Студент должен уметь регистрировать ЭКГ с учетом пошагового принципа. 8. Студент должен уметь расшифровать результаты ЭКГ и выявить признаки: - ишемии миокарда - инфаркта миокарда - гипертрофии отделов сердца. -нарушений ритма и проводимости
	Отдифференцировать болезни, сопровождающиеся одышкой или удушьем с	Студент должен уметь отдифференцировать болезни на основании отличительных черт (анамнез, объективный осмотр и лабораторно-инструментальные исследования). Студент должен уметь отдифференцировать бронхиальную астму от сердечной астмы на основе объективных данных. Студент должен уметь отдифференцировать НК от дыхательной недостаточности на основе объективных данных.
	Дать немедикаментозные советы	Студент должен уметь: - обучить больных по самоконтролю - консультировать по диете - консультировать по ведению здорового образа жизни
	Оказать догоспитальную помощь	Студент должен уметь оказать догоспитальную помощь при приступе бронхиальной астме, спонтанном пневмотораксе, сердечной астме или отеке легких и инфаркте миокарда.
	Провести плевральную	Студент должен уметь технику проведения

	пункцию	плевральной пункции при спонтанном пневмотораксе.
	Рационально использовать лекарственные средства при лечении заболеваний, протекающие с одышкой или удушьем	Студент должен уметь выбрать препараты с доказанной эффективностью. При выборе препарата студент должен уметь оценить: - эффективность - безопасность - приемлемость - экономичность.
	Провести мониторинг и наблюдение больных	Студент должен уметь осуществить мониторинг и контролировать: - ОАК - уровень А/Д. - рентген - ПСВ

ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ

Практическое занятие №26

Тема: Дифференциальная диагностика при дисфагиях (при эзофагите, рефлюкс-эзофагите, склеродермии и опухолях пище-вода) и диспепсии. Дифференциальная диагностика хо-лециститов и дискинезии желчных путей, постхоле-цистэктомического синдрома и болезни оперированного желудка Тактика ВОП

Технология обучения.

Учебное время: 6 час	
Структура учебного занятия	<ol style="list-style-type: none"> 1. Учебный тематический кабинет кафедры. 2. Учебные пособия, раздаточный материал, сборник ситуационных задач и тестов 3. Больничные палаты. 4. Телевизор, видео аппаратура, мультимедиа
Цель учебного занятия: Научить ВОП диагностике и дифференциальной диагностике, проведению оптимального варианта лечебной тактики при дисфагиях, обусловленных различными заболеваниями, а также принципам ведения больных в условиях первичного звена здравоохранения, предусмотренных требованиями "Квалификационной характеристики врача общей практики».	
Педагогические задачи: <ol style="list-style-type: none"> 1. Рассмотреть вопросы диагностики дисфагий. 2. Продемонстрировать больных с дисфагиями. 3. Обсудить данные клинических, лабораторно-инструментальных исследований при дисфагиях. 4. Обсудить вопросы дифференциальной диагностики дисфагии. 5. Обсудить вопросы тактики ведения в рамках квалификационной 	Результаты учебной деятельности: Студент должен знать: <ol style="list-style-type: none"> 1. Механизм и причины возникновения дисфагий. 2. Клинические проявления дисфагий. 3. Диагностику дисфагий. 4. Дифференциальную диагностику дисфагий. 2. Тактику ВОП. 3. Принципы лечения (медикаментозное и немедикаментозное) при данных заболеваниях. 4. Принципы диспансерного наблюдения и мониторинга больных в условиях СВП или СП. 5. Принципы первичной, вторичной и третичной профилактики при данных заболеваниях. Студент должен уметь:

<p>характеристики ВОП</p> <p>6. Обсудить принципы лечения (немедикаментозные и медикаментозные).</p> <p>7. Обсудить принципы ведения, наблюдения и мониторинга больных в условиях СВП или СП.</p> <p>8. Обсудить принципы первичной, вторичной и третичной профилактики при данных заболеваниях.</p>	<p>1. Анализировать данные жалоб и анамнеза для диагностики дисфагий.</p> <p>2. Диагностировать, дифференцировать по клинике и лабораторно-инструментальным исследованиям различные виды дисфагий.</p> <p>3. Выбрать препараты с доказанной эффективностью</p> <p>4. Консультировать по немедикаментозным методам лечения.</p> <p>5. Провести мониторинг в условиях СВП или СП.</p>
Методы обучения	Метод «Ручка на середине стола»; графический органайзер – рыбий скелет.
Формы организации учебной деятельности	Индивидуальная работа, работа в группах, коллективная
Средства обучения	Учебные пособия, учебные материалы, ЭКГ больных, слайды, видео и аудиозаписи, история болезни
Способы и средства обратной связи	Блиц-опрос, тестирование, презентация результатов выполнения учебного задания, заполнение истории болезни, выполнение практического навыка «профессиональный расспрос»

Технологическая карта занятия

Дифференциальная диагностика при дисфагиях (при эзофагите, рефлюкс-эзофагите, склеродермии и опухолях пище-вода) и диспепсии. Дифференциальная диагностика холециститов и дискинезии желчных путей, постхоле-цистэктомического синдрома и болезни оперированного желудка Тактика ВОП

№	Этапы практического занятия	Форма занятия Место проведения	Длительность занятия 225
1	Вводная часть (обоснование темы)		10
2	Обсуждение темы практического занятия с применением новых педагогических технологий (метод «Трехступенчатого интервью»), а также демонстрационного материала (комплекты медицинских карт, таблицы, плакаты, рентгенограммы), определение исходного уровня.	Опрос, обсуждение Учебная комната	40
3	Вывод обсуждения		10
4	Определение задания для выполнения практической части - профессиональный расспрос. Объяснение положений и рекомендаций для выполнения задания по заполнению истории болезни.	Обсуждение Осмотр в палатах	20
5	Освоение практической части занятия под руководством преподавателя.	Проф. расспрос. Беседа с больными и заполнение истории болезни,	20

		ситуационные задачи. Осмотр в палатах	
6	Интерпретация данных обследования больных-жалобы, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация больных, а также исследования ОАМ, ОАК и биохимические анализы и постановка диагноза	Истории болезни, лабораторные данные ситуационные задачи	25
7	Обсуждение теоретических, практических знаний студентов, закрепление материала, определение уровня усвоения оценкой знаний.	Устный опрос, тесты, обсуждение, определение практических навыков Учебная комната	75
8	Определение вывода по теме практического занятия, оценка по 100 бальной системе и объявление оценок. Домашнее задание следующего практического занятия (сборник вопросов).	Информация, вопросы для самостоятельной работы. Учебная комната	25

2. Мотивация

Больные с жалобами на дисфагию обращаются за медицинской помощью. В этой ситуации усилие врача общей практики (ВОП) направляется на диагностику этих жалоб, обусловленных различными заболеваниями, для оказания медицинской помощи в условиях СВП (СП), или направлении в специализированные стационары. Эти обстоятельства являются основанием для включения данной тематики в программу подготовки ВОП.

3. Межпредметные и внутрипредметные связи

Преподавание данной темы базируется на знаниях студентами основ Анатомия, Гистология с эмбриологией и цитологией, Биология, Нормальная физиология, Биохимия, Патологическая анатомия, Патологическая физиология, Топографическая анатомия и оперативная хирургия, Пропедевтика внутренних болезней, Туберкулез, Онкология, Рентгенология и медицинская радиология, Физиотерапия, Эндокринология, Факультетская терапия, Госпитальная терапия, Ортопедия.

4. Содержание занятия:

4.2. Теоретическая часть

При разборе темы акцент делается на следующие моменты.

Главным симптомом функциональных и органических заболеваний пищевода является дисфагия, которая развивается вследствие нарушений одной из трех фаз глотания - ротовой, которая является свободным актом; глоточной, зависящей от глотательного рефлекса с участием мускулатуры глотки, гортани; пищеводной (низкой), т.е. связанной с проходимость пищевода в его средней и нижней трети.

По своей природе дисфагии могут иметь функциональное и органическое происхождение. К функциональным дисфагиям относятся: психогенная, истерическая, дисфагия при стволовых инсультах, при ботулизме и кардиоспазме. В основе функциональных форм расстройства глотания лежит дискинезия пищевода.

Дискинезии пищевода - функциональные расстройства, проявляющиеся нарушением его перистальтики. Различают первичный эзофагоспазм, который, является следствием кортикальных нарушений регуляции функции пищевода, и вторичный эзофагоспазм - возникающий при таких заболеваниях, как эзофагит, язвенная болезнь и т.д. или при заболеваниях, сопровождающихся общим судорожным синдромом. Клиническим проявлением эзофагоспазма являются дисфагия и загрудинная боль, в ряде случаев напоминающая коронарную. Дисфагия носит непостоянный характер, иногда имеет парадоксальную форму: возникает при приеме жидкости и отсутствует при проглатывании плотной и кашицеобразной пищи. Диагноз подтверждается рентгенологическим исследованием пищевода, обнаруживающим разнообразные спастические деформации пищевода при проглатывании бариевой взвеси: в виде штопора, четок, ложных дивертикулов и т.д. Лечение заключается в назначении седативных, спазмолитических и холинолитических средств. При вторичном эзофагоспазме проводится лечение основного заболевания.

Психогенные, истерические дисфагии наблюдаются при неврозах, чаще болеют женщины в возрасте 20-40 лет. Дисфагия может быть проявлением невроза тревоги (синдром тревожного состояния). К объективным проявлениям заболевания, наряду с дисфагией, относятся повышение тонуса скелетных мышц, психогенная головная боль, тремор, мышечные подергивания, вздрагивания, тревожность, быстрая утомляемость.

Дисфагия может наблюдаться при стволовых инсультах, где, наряду с парезами конечностей, часто наблюдаются нарушения глотания, мозжечковые симптомы (сильное головокружение), нистагм, мышечная гипотония или атония, скандированная или дизартричная речь. Все эти симптомы относятся к проявлениям латерального синдрома продолговатого мозга при стволовых инсультах.

При ботулизме дисфагия возникает в связи с употреблением недоброкачественных консервированных продуктов. Поэтому, необходима постоянная настороженность врача при появлении инфекционного оттенка на фоне поперхиваний, наличии пареза и других симптомов этого заболевания, при котором прогноз зависит от своевременной диагностики.

При кардиоспазме (синонимы: ахалазия кардии, хиатоспазм, мегаэзофагус, идиопатическое расширение пищевода) нарушение акта глотания становится ведущим симптомом клинического течения заболевания. Заболевание поражает одинаково как мужчин, так и женщин, чаще наблюдается в возрасте от 20 до 40 лет. Основными симптомами являются дисфагия, загрудинная боль и регургитация. Дисфагия вначале эпизодическая, в выраженных случаях она наблюдается при каждом приеме пищи и особенно сильно проявляется при проглатывании сухой или плохо прожеванной пищи. Загрудинная боль проявляется в виде болевых кризов, чаще возникающих ночью. При ахалазии пищевода отмечается срыгивание большого количества скопившихся в пищеводе масс (слюны, слизи, пищевых остатков), возникающее при наклоне туловища, при переполнении пищевода. Регургитация возможна ночью (симптом "мокрой подушки"). К осложнениям заболевания относятся: повторные пневмонии и хронические бронхиты, вследствие аспирации срыгиваемых масс, а также хронический эзофагит, дивертикулы пищевода. Диагноз подтверждается рентгенологическими и эндоскопическими исследованиями пищевода.

Особо нужно остановиться на грыжах пищеводного отверстия диафрагмы, не редко сопровождающихся эзофагитом. Различают пищеводно-желудочные грыжи аксиального (скользящего) и параэзофагального типа. К их возникновению может привести пищевод Баррета - врожденная или приобретенная патология с укорочением пищевода. Диагноз подтверждается рентгенологическими исследованиями пищевода, как в вертикальном, так и в горизонтальном положении больного. В основном проводится консервативное симптоматическое лечение рефлюкс-эзофагита. При отсутствии эффекта или присоединении осложнения проводят хирургическое лечение грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.

Эзофагит - воспаление пищевода. Различают эзофагиты острые, подострые и хронические. Острые эзофагиты возникают вследствие раздражения слизистой оболочки пищевода горячей пищей и жидкостью, химическими веществами, могут наблюдаться при

острых инфекционных заболеваниях (скарлатина, дифтерия, сепсис и др.). Самой частой причиной подострого и хронического эзофагита является рефлюкс активного желудочного и кишечного сока в пищевод вследствие недостаточности кардиального жома пищевода - это так называемый рефлюкс-эзофагит, который, как правило, наблюдается при аксиальных грыжах пищеводного отверстия диафрагмы. Для рефлюкс-эзофагита основным симптомом являются изжога и срыгивание, усиливающиеся при наклоне туловища и в горизонтальном положении. Наиболее достоверным методом диагностики является эзофагоскопия, которая позволяет выявить эзофагит и определить его распространенность и характер.

Опухоли пищевода. Доброкачественные новообразования пищевода встречаются редко. Из злокачественных опухолей пищевода наиболее часто встречается рак, поражающий преимущественно мужчин (женщины заболевают в 3 раза реже) в возрасте старше 40 лет. Ведущим симптомом является дисфагия, чаще всего оказывающаяся первым проявлением болезни. Иногда появлению дисфагии предшествует боль в груди при глотании (особенно твердой пищи), болезненность при прохождении пищи на уровне поражения, "царапание" за грудиной, ощущение инородного тела в пищеводе. Перемежающийся характер дисфагии не исключает диагноз рака. При дальнейшем росте опухоли появляются тупые боли в груди, спине, за грудиной боль, симулирующая стенокардию, приступы кашля, осиплость голоса, одышка, а также общие симптомы раковой болезни - утомляемость, недомогание, снижение аппетита и т.д. Диагноз устанавливается на основании перечисленных клинических симптомов, данных рентгенологического исследования и эзофагоскопии с прицельной биопсией. При раке пищевода рекомендуется хирургическое и комбинированное лечение. При неоперабельной опухоли проводится лучевая и палиативная терапия.

Поражение пищевода при системной склеродермии сопровождается у ряда больных нарушением прохождения пищи по пищеводу и болью, необходимостью запивать сухую пищу водой. При рентгенологическом исследовании отмечается нарушение моторики пищевода в дистальном отделе и недостаточность кардии, регургитация пищи в пищевод, особенно в положении больного лежа, рефлюкс-эзофагит. Особенно опасно развитие хронического эзофагита, который может привести к сужению нижнего отдела пищевода и выраженной дисфагии, рентгенологические изменения пищевода обнаруживаются также у тех больных, у которых клинически не отмечается каких-либо клинических признаков поражения пищевода.

У половины больных дерматомиозитом органы пищеварения вовлекаются в патологический процесс. Нарушение глотания у больных дерматомиозитом связано с гипотонией верхней трети пищевода. Это связано с поражением мышц пищевода. В последующем могут развиваться поражения слизистой полости рта и пищевода с образованием некрозов, отеком и геморрагиями.

Стриктуры и стеноз пищевода, также сопровождаются симптомом дисфагии. Выраженность симптома дисфагии зависит от степени стеноза, от неопределенных неприятных ощущений за грудиной до полной невозможности принимать пищу и воду. У больных с высокими стенозами пищевода при попытке есть, вода и пища попадает не в пищевод, а в дыхательные пути, вызывая ларингоспазм, приступы мучительного кашля и удушья. При длительно существующих сужениях дистального отдела пищевода нередко развивается его супрастенотическое расширение. Диагноз стеноза пищевода подтверждается рентгенологическим исследованием и при эзофагоскопии. Основным методом лечения доброкачественных стенозов пищевода является его бужирование. В случаях отсутствия успеха от бужирования прибегают к оперативному лечению. В случаях тяжелого истощения и при противопоказаниях к оперативному вмешательству рекомендуется накладывание гастростомы.

Причинами дисфагии могут быть дивертикулы пищевода. При больших размерах дивертикула в нем может накапливаться значительное количество пищи, вследствие чего дивертикул сдавливает пищевод и затрудняет прохождение по нему сначала плотной пищи, а затем и жидкости. Через некоторое время после приема еды возможна спонтанная регургитация непереваренной пищи и слизистой жидкости из мешка дивертикула. Диагностика дивертикулов пищевода возможна лишь при контрастном рентгенологическом исследовании и эзофагоскопии.

Исключение составляют фарингоэзофагальные (шейные) дивертикулы, которые иногда можно обнаружить при осмотре шеи и при пальпации. При отсутствии показаний к хирургическому вмешательству лечение должно быть направлено на профилактику задержки в дивертикулах пищевых масс.

Дисфагия сидеропеническая - наблюдается при недостатке в организме железа, обычно сочетается с желудочной ахилией и железодефицитной анемией. Проявляется дисфагией, с течением времени становящейся постоянной и сопровождается неприятными ощущениями по ходу пищевода. При осмотре выявляются трофические изменения кожи, волос, ногтей, бледность кожи и слизистых оболочек, атрофический глоссит, фарингит и др. признаки анемии. При эндоскопии определяется атрофический эзофагит и гастрит. В ряде случаев в начальном отрезке пищевода обнаруживаются тонкие соединительно-тканые мембраны. При рентгенологическом исследовании обычно изменений не выявляется. Лечение: назначаются препараты железа, дополнительно - витамины группы В.

Дисфагия может наблюдаться при сдавлении или смещении пищевода за счет гиперплазии щитовидной железы, опухолях или абсцессах органов средостения, перикардитах, аневризме аорты и экссудативном плеврите. Нарушение глотания может наблюдаться при наличии инородных тел в пищеводе.

Проверка исходного уровня подготовленности студентов с использованием метода «Ручка на середине стола».

Цель метода: одновременное вовлечение в процесс обсуждения темы всех студентов с объективной оценкой их знаний.

Ход игры: Предлагается задание всей группе, каждый студент записывает на листе свой вариант ответа и передаёт его соседу, а свою ручку передвигает на середину стола, чтобы не дополнить свой ответ дополнительно услышанной информацией. Преимуществом метода является то, что контролируется занятость в учебном процессе всех членов группы с одновременной оценкой знаний. Недостатком метода является то, что отвечающий студент может увидеть ответы предыдущего.

Пример: Перечислить причины возникновения дисфагии.

Каждый студент должен записать по одному из следующих ответов:

Функциональная и органическая, психогенная, истерическая, после стволовых инсультов, при ботулизме, кардиоспазме, грыже пищеводного отверстия диафрагмы, пищеводе Баретта, опухолях пищевода, эзофагитах, стриктурах пищевода, дивертикуле пищевода.

Педагог контролирует работу всей группы и участие в ней каждого, зачитывает и обобщает результаты ответов. Студенты фиксируют окончательный ответ в своих рабочих тетрадях

Критерии оценки

Максимальный балл 20-19	18-17 балл	16-15 балл	14-13 балл	12 балл
отлично	хорошо	удовлетворительно	Неудовлетворительно	Плохо
100%-86%	85%-73%	70-56%	53%-46%	43% и меньше

4.2. Аналитическая часть

4.1. Ситуационные задачи:

1. Больная 19 лет обратилась к ВОП с жалобами на боли после приема пищи, особенно твердой, боли за грудиной продолжительностью 10-15 минут, иногда до нескольких часов, проходящие после приема эринита, затруднение глотания и прохождения пищевого комка в проекции мечевидного отростка, сердцебиение, усиливающееся после волнений, регургитацию

(срыгивание съеденной пищи), нередко ночью (со слов больного подушки утром становятся мокрыми), чрезмерное слюноотделение. Объективно: Общее состояние удовлетворительное. кожные покровы бледные, сухие. Пониженного питания. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 92 ударов в 1 минуту. АД 100/70 мм рт.ст. Отмечается удлинение аускультативного времени глотания, при выслушивании над мечевидным отростком определяется глухой, булькающий звук, появляющийся через 1,5-2 минуты после глотка воды. Язык влажный. Живот мягкий, безболезненный. Стул и мочеиспускание свободные. Общий анализ крови, ЭКГ без особенностей.

1. Перечислите не менее трех заболеваний, при которых могут наблюдаться вышеуказанные симптомы;
2. Укажите Ваш наиболее вероятный предварительный диагноз;
3. Необходимые дополнительные исследования для подтверждения Вашего диагноза;
4. Укажите метод исследования, имеющий решающее значение в постановке диагноза;
5. Тактика ВОП и принципы лечения;

Пример ответов:

1. Ахалазия кардии, кардиоспазм, эзофагит, стенокардитические боли, опухоли средостения.
 2. Кардиоспазм (ахалазия кардии)
 3. Рентгеноскопия Пищевода с барием, ЭГФДС
 4. Рентгенография пищевода, биопсия
 5. Консультация гастроэнтеролога, при необходимости госпитализация в отд. Гастроэнтерологии. Лечение: спазмолитики-ношпа, платифиллина г-т, успокаивающая терапия.
-

2. Больной 52 лет на приеме у ВОП жалуется на боли за грудиной, в эпигастрии (особенно после кашля и физического усилия), изжогу (особенно при наклоне туловища и в положении лежа), отрыжку воздухом и съеденной пищей, периодически упорную икоту, быстрое чувство насыщения, иногда рвоту с примесью крови, на ночные срыгивания пищи (симптом "мокрой подушки"). Объективно: общее состояние больного относительно удовлетворительное. Кожные покровы бледные. Со стороны легких, сердца и других внутренних органов без особенностей. ОАК: гипохромная анемия. ЭКГ: без особенностей.

1. Укажите не менее 3 заболеваний, для которых характерны вышеуказанные симптомы;
 2. Ваш предварительный диагноз;
 3. Дополнительные исследования, необходимые для уточнения диагноза;
 4. Метод исследования, имеющий решающее значение в постановке диагноза;
 5. Лечение;
 6. Тактика ВОП.
-

3. Больной 22 лет, студент, обратился к ВОП с жалобами на чувство жжения за грудиной и около мечевидного отростка, саднение и жжение при прохождении пищи по пищеводу, нарушение глотания, иногда срыгивание пищей, кислой или горькой жидкостью, усиливающиеся при наклоне туловища и в горизонтальном положении.

При рентгеноскопии пищевода обнаружено затекание контрастного вещества из желудка в пищевод.

Общий анализ крови и мочи, а также ЭКГ без особенностей.

1. Перечислите не менее 3 заболеваний, проявляющихся вышеописанными симптомами;
 2. Ваш предварительный диагноз;
 3. Дополнительные исследования для уточнения диагноза;
 4. Укажите метод исследования, имеющий решающее значение при постановке диагноза;
 5. Тактика ВОП и принципы лечения (немедикаментозное и медикаментозное).
-

4. Больная 34 лет на приеме у ВОП жалуется на нарушение глотания, чувство жжения за грудиной, похолодание рук, особенно в холодное время, боли в суставах кистей рук, одышку, небольшой кашель, затруднение открытия рта, общую слабость. Объективно: Общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Положение активное. Кожные покровы плотные, блестящие, на предплечьях и кистях в складку не берутся. В легких сухие рассеянные хрипы. Тоны сердца глухие, ритмичные. Пульс 104 удара в 1 минуту. АД 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, слегка болезнен в эпигастральной области. Печень и селезенка не увеличены. Стул и мочеиспускание свободные.

ОАК: Нв - 92 г/л, лейкоциты - $3,6 \times 10^9$ /л, СОЭ- 28 мм/час.

1. Перечислите не менее 4 заболеваний с вышеописанными симптомами;
2. Ваш предварительный диагноз;
3. Дополнительные исследования для уточнения диагноза;
4. Метод исследования, имеющий решающее значение для постановки диагноза;
5. Тактика ВОП и принципы лечения.

5. Больной 67 лет, на приеме у ВОП жалуется на боль и чувство давления за грудиной, иногда среди ночи, нарушение глотания, отрыжку воздухом, срыгивание пищи, рвоту, слюнотечение, отсутствие аппетита, охриплость голоса. Объективно: больной пониженного питания. Сознание ясное. Кожные покровы землисто-серого цвета. Пальпируются увеличенные шейные лимфатические узлы. В легких везикулярное дыхание Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс ритмичный, 100 ударов в 1 минуту. АД 150/70 мм рт.ст. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Стул склонен к запору. Мочеиспускание свободное.

ОАК: выявлена анемия, СОЭ- 36 мм/час.

1. Перечислите не менее 3 заболеваний с которыми необходимо проведение дифференциальной диагностики;
2. Ваш предварительный диагноз;
3. Дополнительные исследования для уточнения диагноза;
4. Метод исследования, имеющий решающее значение для постановки диагноза;
5. Тактика ВОП.

6. Больная 25 лет на приеме у ВОП жалуется на загрудинные боли, связанные с глотанием, на задержку в пищеводе сухой и плохо прожеванной пищи, отрыжку, срыгивание пищи при наклоне туловища. Дисфагия носит непостоянный характер, иногда возникает на жидкую пищу и исчезает при проглатывании плотной пищи. Объективно: патологических изменений со стороны внутренних органов не выявлено. ОАК и ОАМ без особенностей.

1. Перечислите не менее 3 заболеваний, с которыми необходимо проведение дифференциальной диагностики;
2. Ваш предварительный диагноз;
3. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза;
4. Укажите метод исследования, имеющий решающее значение для постановки диагноза;
5. Тактика ВОП и принципы лечения.

7. Больной 37 лет обратился к ВОП с жалобами на боли за грудиной и в эпигастральной области, появляющиеся и усиливающиеся во время еды или сразу после нее, иногда в положении лежа, продолжительностью от нескольких минут до нескольких часов. Беспокоят дисфагия, изжога, отрыжка, срыгивание кислым содержимым желудка, усиливающиеся при наклоне туловища и в положении лежа. Временами отмечается рвота с прожилками крови. На

рентгенограмме в нижней трети пищевода выявляется симптом "ниши". Со стороны других внутренних органов патологии не выявлено.

1. Перечислите не менее 4 заболеваний с которыми необходимо проведение дифференциальной диагностики;
2. Ваш предварительный диагноз;
3. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза;
4. Какие осложнения могут быть при этом заболевании;
5. Лечение. Тактика ВОП.

8. Больная 84 лет на приеме у ВОП жалуется на боль и чувство давления за грудиной, иногда среди ночи, нарушение глотания, отрыжку воздухом, срыгивание пищи, рвоту, слюнотечение, отсутствие аппетита, отвращение к мясу. Объективно: больная пониженного питания. Сознание ясное. Кожные покровы землисто-серого цвета. Пальпируются увеличенные шейные лимфатические узлы. В легких везикулярное дыхание Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс ритмичный, 100 ударов в 1 минуту. АД 130/70 мм рт.ст. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень увеличена плотная, бугристая. Селезенка не пальпируется. Стул склонен к запору. Мочевыделение свободное.

ОАК: выявлена анемия, СОЭ-56 мм/час.

1. Перечислите не менее 4 заболеваний, при которых наблюдаются вышеописанные симптомы;
2. Ваш предварительный диагноз;
3. Что является наиболее частым и ранним симптомом этого заболевания;
4. Метод исследования, имеющий решающее значение для постановки диагноза;
5. Лечение. Тактика ВОП.

9. Больной Р., 36 лет, грузчик, обратился на прием к ВОП с жалобами на частые изжоги, по поводу которой постоянно принимает чайную соду. В последние дни появились боли у мечевидного отростка, особенно после поднятия тяжестей на работе и наклоне вперед. В анамнезе заболевания ЖКТ отрицает. Объективно: больной умеренного питания, кожа и слизистые обычного цвета, чистые. Сог –тоны средней звучности, ритмичные. Пульс 70 уд. в 1 мин. АД 120/70 мм.рт.ст. В легких выслушивается везикулярное дыхание. Живот мягкий, безболезненно. Печень и селезенка не увеличены. Стул и диурез регулярные. Общ. Ан. крови: Нв-130 г/л, лейкоциты- $7,2 \cdot 10^9$, моноц.- 5, лимфоц. – 27, СОЭ- 10 мм/час.

1. Перечислите не менее пяти заболеваний при которых наблюдаются вышеуказанные жалобы и симптомы;
2. Предварительный диагноз;
3. Информативные методы обследования;
4. Тактика ВОП с подробным описанием введения (немедикаментозного и медикаментозного) больного.

10. Больной 40лет обратился к ВОП с жалобами на боли за грудиной и в эпигастральной области, появляющиеся и усиливающиеся во время еды или сразу после нее, иногда в положении лежа, продолжительностью от нескольких минут до нескольких часов. Беспокоят дисфагия, изжога, отрыжка, срыгивание содержимым желудка, усиливающиеся при наклоне туловища и в положении лежа. Перечислите не менее 4 заболеваний с которыми необходимо проведение дифференциальной диагностики;

6. Ваш предварительный диагноз;
7. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза;
8. Какие осложнения могут быть при этом заболевании;
9. Лечение. Тактика ВОП.

Критерии оценки

Максимальный балл 20-19	18-17 балл	16-15 балл	14-13 балл	12 балл
отлично	хорошо	Удовлетворит.	Неудовлетвор.	Плохо
100%-86%	85%-73%	70-56%	53%-46%	43% и меньше

Критерии оценки

Максимальный балл 20-19	18-17 балл	16-15 балл	14-13 балл	12 балл
отлично	хорошо	удовлетворительно	Неудовлетвор.	Плохо
100%-86%	85%-73%	70-56%	53%-46%	43% и меньше

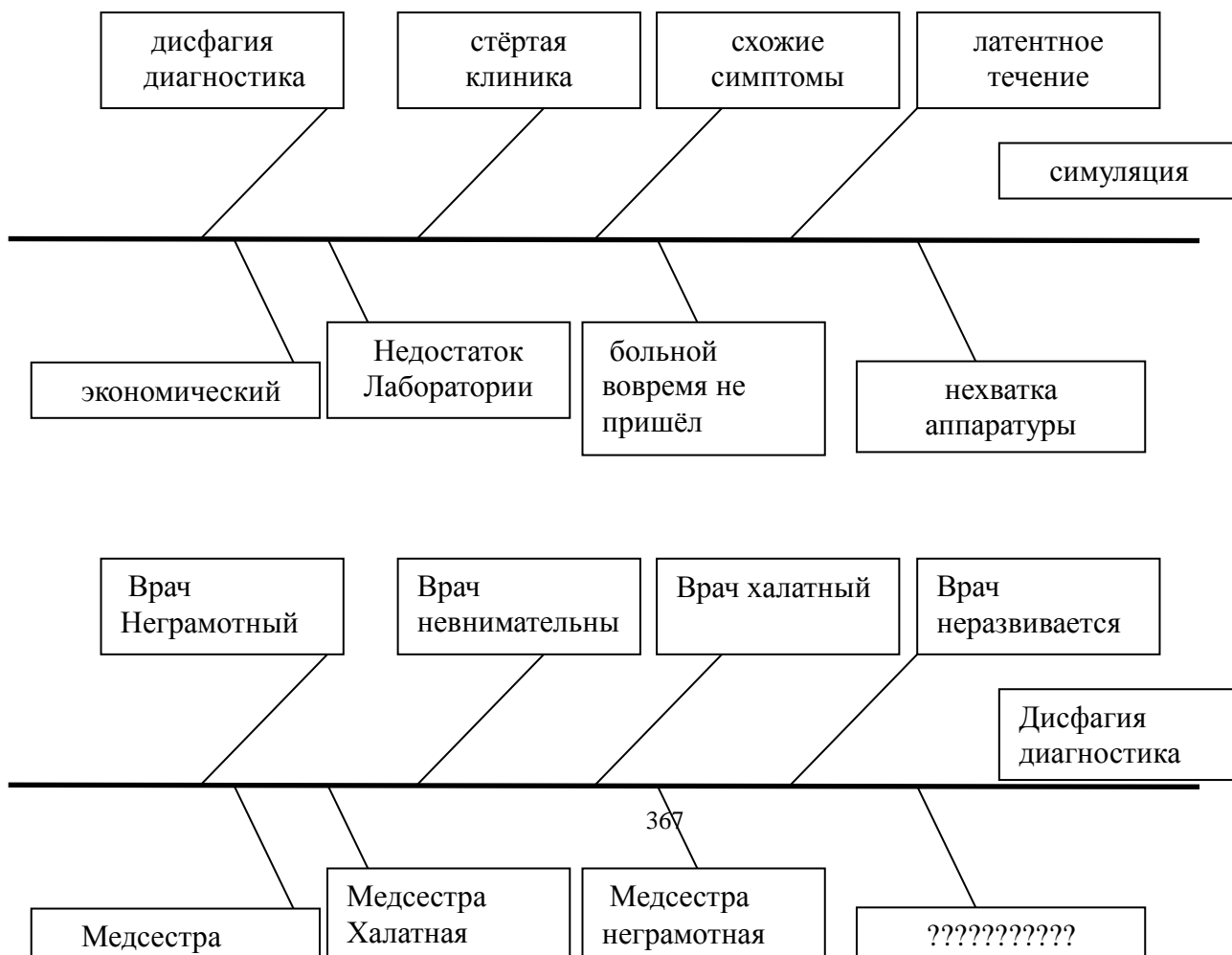
4.2.2. Графический организатор «рыбий скелет».

Цель схемы «рыбьего скелета» описать целый круг поле проблемы и попытаться решить ее, развивает и активизирует системное, творческое, аналитическое мышление.

Ход схемы: студенты знакомятся с правилами построения схемы. Индивидуально или в парах записывают на верхней косточке формулировку подпроблем, а на нижней – факты подтверждающие что данные проблемы существуют.

Объединяются в мини группы, сравнивают и дополняют свою схему.

Далее проводят презентацию результатов. Презентация заполненной схемы позволяет продемонстрировать взаимосвязь подпроблем. Их комплексный характер.



Критерии оценки

Максимальный балл 20-19	18-17 балл	16-15 балл	14-13 балл	12 балл
отлично	хорошо	удовлетворит	неудовлетворит	Плохо
100%-86%	85%-73%	70-56%	53%-46%	43% и меньше

4.3. Практическая часть

Перечень навыков, которым ВОП должен владеть после завершения занятий по данной тематике

1. Провести осмотр больных с заболеваниями, сопровождающимися дисфагиями.
2. Интерпретация анализов, данных лабораторно-инструментальных исследований, (клинические и биохимические анализы крови, мочи, кала, рвотных масс, рентгенологические исследования ЖКТ в частности пищевода, ЭФГДС),
3. Выписывание лекарственных препаратов в зависимости от этиологии с заболеваниями, сопровождающимися дисфагиями.

Критерии оценки

№	Оценка	отлично	хорошо	удовл	неуд	плохо
	Усвоение в %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% и ниже
4	Практическая часть	15-12,9 балл	12,75-10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5-балл	5,4 балл

5. ВИДЫ ОЦЕНКИ ЗНАНИЙ, УМЕНИЙ И НАВЫКОВ

- Устно
- Письменно
- Решение ситуационных задач
- Демонстрация освоенных практических навыков

Критерии оценок знаний и умение практических навыков студентов.

№	Оценка	отлично	хорошо	удовл	неуд	плохо
	Усвоение в %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% и ниже
1	Теоретическая часть	20-17,2 балл	17-14,2 балл	14-11 балл	10,8-7,4 балл	7,2 балл
2	Ситуационные задачи	50-43 балл	42,5- 35,5 балл	35- 27,5 балл	27-18,5 балл	18 балл

3	Тест	15-12,9 балл	12,7-10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5 балл	5,4 балл
4	Практическая часть	15-12,9 балл	12,75-10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5-балл	5,4 балл

6. Критерии оценки текущего контроля

Уровни оценок	Рейтинг Баллы	Характеристика работы студента
	20	Балл присутствия на практическом занятии. Полное отсутствие уровня знаний и не умение выполнить практический навык – студент абсолютно не готов к практическому занятию.
Не удовлетворительно	20 - 54,9	<p>Студент отвечает неудовлетворительно.</p> <p>Студенты не владеет базовыми уровнями знаний и навыков, хотя бы одного из ниже перечисленных:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Не знает предпосылки к реформированию медицины в Узбекистане • Не знает определение семейной медицины • Не знает особенности, отличающие общую семейную практику от других дисциплин • Не знает философские аспекты семейной практики • Не знает функции и особенности работы ВОП • Не знает перечень медицинских документов (согласно приказу МЗ РУз №80 от 23.03.2009г) • Не знает ключевые вопросы этики и деонтологии в работе ВОП. • Не знает правила работы посещения больных на дому. • Не знает права врача и больного • Не знает основные принципы семейной медицины • Не способен корректно заполнять дневник больного.
Обеспечение базового уровня знаний и навыков		
Удовлетворительно 55-70,9%	55-60,9	Удовлетворительный ответ низкого качества. Студент старается владеть базовыми уровнями знаний и навыков (см.ниже), но при ответе или выполнении навыков допускают серьезные ошибки.
	61-65,9	Удовлетворительный ответ средней степени. Студент владеет базовыми уровнями знаний и навыков (см.ниже), но при ответе или выполнении навыков допускают ошибки (возможны отдельные погрешности)
	66-70,9	Удовлетворительный ответ высокого качества. Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков: <ul style="list-style-type: none"> • Знает предпосылки к реформированию

		<p>медицины в Узбекистане</p> <ul style="list-style-type: none"> • Знает определение семейной медицины • Знает особенности, отличающие общую семейную практику от других дисциплин • Знает философские аспекты семейной практики • Знает функции и особенности работы ВОП • Знает перечень медицинских документов (согласно приказу МЗ РУз №80 от 23.03.2009г) • Знает ключевые вопросы этики и деонтологии в работе ВОП. • Знает правила работы посещения больных на дому. • Знает права врача и больного • Знает основные принципы семейной медицины • Не знает предпосылки к реформированию медицины в Узбекистане • Не знает определение семейной медицины • Не знает особенности, отличающие общую семейную практику от других дисциплин • Не знает философские аспекты семейной практики • Не знает функции и особенности работы ВОП • Не знает перечень медицинских документов (согласно приказу МЗ РУз №80 от 23.03.2009г) • Не знает ключевые вопросы этики и деонтологии в работе ВОП. • Не знает правила работы посещения больных на дому. • Не знает права врача и больного • Не знает основные принципы семейной медицины • Способен корректно заполнять дневник больного.
Продвинутый уровень знаний		
Хорошо 71-85,9%	71-75,9	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (указанные в пункте «66-70,9») + владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Знает основные вопросы этики в работе ВОП • Знает базовые принципы семейной медицины • Знает вопросы, которые затрагивает этическая дилемма • Знает, в чем заключается работа ВОП
	76-80	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «71-75,9», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Знает исключения для получения согласия на основе информированности • Знает пять основных принципов в основе управления системой здравоохранения

	81-85,9	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «71-75,9» и «76-80», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Знает особенности профессиональной деятельности ВОП • Знает, какие медицинские услуги входят в «первую категорию» • Знает, какие медицинские услуги входят во «вторую категорию» • Знает, какие медицинские услуги входят в «третью категорию» • Знает, какие медицинские услуги входят в «четвертую категорию»
<p>Отлично</p> <p>86-100%</p>	86-90	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «81-85,9», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Знает основные поводы обращения к врачу ВОП • Знает правила регистрации больных • Знает наиболее часто встречающиеся заболевания в практике ВОП
	91-95	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «86-90», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Знает философские аспекты семейной медицины • Знает основы построения СВП • Знает лабораторно-инструментальные исследования, относящиеся к категории 3.1 • Знает лабораторно-инструментальные исследования, относящиеся к категории 3.2
	96-100	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «91-95», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Предоставил научные данные на основе литературы (статьи и интернет) • Знает этапы диспансеризации и реабилитации

Примечание: Базовый уровень знаний и навыков – это минимум знаний, который обеспечивает принцип «безопасности» для пациента.

7. Контрольные вопросы.

1. Этиология дисфагий.
2. Клиника дисфагий.
3. Диагностика дисфагий.
4. Дифференциальная диагностика дисфагий.
5. Назначение амбулаторного лечения дисфагий.
6. Диспансерное наблюдение больных с дисфагиями.

8. Список литературы:

Основные

9. Ички касалликлар, Шарапов У.Ф. Т: Ибн Сино, 2003
10. Ички касалликлар, Бобожанов С. Т: Янги аср авлод, 2008
5. Внутренние болезни, том 2 Мухин Н.А. М.:ГЭОТАР - Медиа, 2009
7. Textbook of Internal Medicine Editor-in-Chief William N. Kelley 1997

Дополнительные

19. Умумий амалиёт врачлар учун маърузалар туплами , Гадаев А.Г., Т., 2012
20. Общая врачебная практика, Под ред.Ф.Г.Назирова, А.Г.Гадаева. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
21. Справочник врача общей практики. Дж.Мёрта. М.: Практика, 1998.
22. Сборник практических навыков для врачей общей практики. Гадаев А., Ахмедов Х.С. Т., 2010.
23. Умумий амалиёт врачлар учун амалий куникмалар туплами Гадаев А.Г., Ахмедов Х.С., 2010. Т.
24. Умумий амалиёт шифокори учун кулланма Ф.Г.Назирова, А.Г.Гадаев тахр. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.
25. Диагностика болезней внутренних органов. Огороков А.Н..2005.
26. Внутренние болезни: учебник.- в 2-х т. (2 т.) Под ред. Мартынова и др. М.: ГЭОТАР - Медиа, 2005:

Интернет ресурсы:

www.medlook.ru, www.medbok.ru, www.medicum.ru, www.medtext.ru

9. Хронологическое содержание занятия

Время	Мероприятие	Содержание	Материалы	Продолжительность занятия
8.30–9.30	Утренняя конференция	Доклад дежурных врачей и дежурных субординаторов по дежурству.	Истории болезни, ЭКГ, кодоскоп.	1 час
9.15-10.00	Клинический аудит выписывающихся больных.	Подробный доклад студентов о выписываемых больных.		45 минут
10.05-10.45	Теоретический разбор темы	Проверка исходного уровня подготовленности студентов с использованием метода “ручка на середине стола”. Решение ситуационных задач по данной теме с оценкой аналитических способностей студентов.	Папка с ситуационными задачами, учебные доски, таблицы, соответствующие теме занятия.	40 минут
10.45 - 11.05.	Проработка практических навыков.	Студент под надзором преподавателя должен выполнить минимум два практического навыка.	Больной или волонтер.	20 минут
11.05-11.45	Курация больных в отделении	Каждый студент курирует больных определенной палаты.	Больной, фонендоскоп, тонометр, история болезни (с данными клинико-лабораторных исследований).	40 минут
11.45-12.15	Перерыв			30 мин
12.20-13.20	Разбор тематических больных	По выбору педагога проводится полный осмотр больного по теме занятия или пациентов, готовящихся к выписке, анализ данных лабораторно-инструментального исследования, обоснование предварительного и окончательного клинического диагнозов. Определяется план лечения с дозами препаратов.	Больной, фонендоскоп, тонометр, история болезни (данными клинико-лабораторных исследований).	1 час

ТРЕБОВАНИЯ К ЗНАНИЯМ, УМЕНИЯМ И НАВЫКАМ ПРИ ОБУЧЕНИИ СТУДЕНТОВ НА ОСНОВЕ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ БОЛЬНЫХ С БОЛЬЮ В ЖИВОТЕ

Цель: Научить студентов посиндромальному решению проблемы больных с болью в животе, а также принципам их ведения в условиях первичного звена здравоохранения в рамках квалификационной характеристики ВОП

Основные задачи обучения:

- Обучить студентов решению проблемы, связанной с болью в животе.
- Обучить студентов своевременной диагностике при наличии проблемы, связанной с болью в животе.
- Обучить студентов дифференцировать болезни, сопровождающиеся с болью в животе.
- Усовершенствовать необходимые знания, умения и практические навыки при решении проблемы пациентов с болью в животе (сбор информации, выявление проблемы и физикальный осмотр, а также умение обоснованно назначать лабораторно-инструментальные методы исследования);
- Обучить студентов обоснованно выбрать тактику ведения;
- Обучить студентов обоснованно осуществлять лечебно-профилактических мер и наблюдению в условиях СВП и СП.

При разборе данной проблемы больных ключевыми моментами оценки знаний студентов должны быть:

- Умение выделить основную проблему, которая отразилась на качестве жизни больных.
- Умение задавать вспомогательные вопросы рационального анамнеза.
- Умение выделить наличие факторов риска.
- Умение перечислить заболевания или состояния, которые могут быть причиной данной проблемы.
- Умение обоснованно провести физикальный осмотр.
- Умение обоснованного назначения лабораторно-инструментальных исследований в условиях СВП или СП.
- Умение выделить необходимость дополнительных исследований за пределами СВП или СП.
- На основании полученной информации умение установить основную причину (диагноз) данной проблемы.
- Умение определить тактику ведения на основании квалификационной характеристики ВОП.
- Умение давать немедикаментозные советы.
- Умение определить медикаментозное лечение на основании доказательной медицины
- Умение определить профилактических мер на уровне первичного звена здравоохранения.
- Умение определить принципы диспансеризации и реабилитации больных в условиях СВП или СП.

Что должен знать студент при решении проблемы пациентов с болью в животе:

№	Перечень знаний	Базовый уровень
1	Перечень заболеваний, которые протекают с болью в животе	Студент должен знать как минимум 10 наиболее часто встречаемых заболеваний

2	Перечень наиболее опасных заболеваний, которые протекают с болью в животе	Студент должен знать как минимум 5 заболеваний
3	Перечень состояний, требующие ведения в условиях СВП или СП (1-категория)	Согласно квалификационной характеристики ВОП
4	Перечень состояний, требующие консультации узкого специалиста или госпитализаций (2-категория)	Согласно квалификационной характеристики ВОП
5	Перечень исследований, требующие проведения в условиях СВП или СП (3.1-категория)	Согласно квалификационной характеристики ВОП
6	Перечень исследований, требующих направлений за пределы СВП или СП (3.2-категория)	Согласно квалификационной характеристики ВОП
7	Ключевые моменты (критерий) диагностики заболеваний, протекающие с болью в животе	Студент должен знать отличительные признаки и проявления каждого заболевания, а также критерии их диагностики.
8	Характер боли и локализацию	Студент должен знать характерную локализацию боли при заболеваниях органов брюшной полости
9	Признаки острого живота	Студент должен перечислить симптомы.
10	Симптомы поражения внутренних органов	Студент должен знать признаки поражения сердца, легких, печени, селезенки, желудка, 12 пк., кишечника и почек
11	Показатели результатов лабораторно-инструментальных исследований	Студент должен знать: - нормальные показатели, а также их сдвиги при патологии.
12	Лечебная тактика	Студент должен знать методы и принципы лечения (в том числе немедикаментозные)
13	Принципы первичной, вторичной и третичной профилактики	Студент должен знать основные мероприятия, необходимые для первичной, вторичной и третичной профилактики
14	Принципы диспансеризации и реабилитации заболеваний, протекающие с болью в животе в условиях СВП или СП (4-категория)	Студент должен перечислить основные мероприятия по диспансеризации и реабилитации

Что должен уметь студент при решении проблемы пациентов с болью в животе:

№	Перечень навыков	Базовый уровень
1	Расспросить больного и его родственников	<ul style="list-style-type: none"> Студент должен уметь задавать лаконичные вопросы рационального вопроса, которые действительно помогает в установке вероятного

		<p>диагноза.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Студент должен уметь целенаправленно выявлять и оценивать жалобы пациента. • Студент должен уметь анализировать анамнез заболевания: начало заболевания, первые симптомы, причинная их связь и динамика развития. • Студент должен уметь анализировать анамнез жизни: выявление факторов риска, здоровье родителей и ближайших родственников.
2	Выявить факторы риска	Студент должен уметь выявить неуправляемые и неуправляемые факторы риска как при расспросе больного, так на основании объективного подхода
3	Рассчитать индекс масса/тела	Студент должен уметь выявить признаки: <ul style="list-style-type: none"> - недостаточности веса - повышенного веса.
4	Общий осмотр	Студент должен уметь выявить: <ul style="list-style-type: none"> - печеночные ладони, - гинекомастию, - кахексию.
5	Провести осмотр кожи	Студент должен уметь обнаружить наличие: <ul style="list-style-type: none"> - бледности - иктеричности, - наличие высыпаний - уплотнений - телеангиоэктазии.
6	Осмотр рта	Студент должен уметь оценить язык.
7	Провести пальпацию, перкуссию и аускультацию органов дыхания.	Студент должен уметь оценить: <ul style="list-style-type: none"> - экскурсию грудной клетки - голосовое дрожание - изменение легочного звука и их интерпретация - типы дыхания - наличие дыхательных шумов и хрипов
8	Провести пальпацию, перкуссию и аускультацию сердечно-сосудистую систему.	Студент должен уметь выявить признаки: <ul style="list-style-type: none"> - гипертрофии отделов сердца Студент должен уметь оценить: <ul style="list-style-type: none"> - тоны сердца; - при наличии сердечных шумов, уметь выявить их эпицентр, и отношение к фазе сердечной деятельности (систолический или диастолический шум); - уметь отдифференцировать функциональные сердечные шумы от органических. - шума трения перикарда
9	Общий осмотр живота	Студент должен уметь выявить наличие: <ul style="list-style-type: none"> - асцита - метеоризма - сосудистых звездочек - венозных коллатерали - повреждений и гематом
10	Провести поверхностную пальпацию живота	Студент должен уметь: <ul style="list-style-type: none"> - выявить болезненные точки

		<ul style="list-style-type: none"> - оценить наличие напряжения мышц брюшной стенки - выявить наличие увеличенных органов или опухолевого образования. - провести тест Щеткина-Блюмберга
11	Провести глубокую пальпацию живота	<p>Студент должен уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - оценить всех доступных образований в брюшной полости
12	Провести перкуссию печени	<p>Студент должен уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - определить границы печени по Курлову
13	Провести пальпацию печени и желчного пузыря	<p>Студент должен уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - оценить свойства печени и желчного пузыря.
14	Провести перкуссию и пальпацию почек.	<p>Студент должен уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - провести тест на поколачивание поясничной области - пальпаторно оценить свойства почек
15	Провести аноректальное обследование	<p>Студент должен уметь провести аноректальное обследование с учетом пошагового принципа.</p>
16	Провести гинекологическое обследование	<p>Студент должен уметь провести гинекологическое обследование с учетом пошагового принципа.</p>
17	Интерпретировать клинические, инструментальные и биохимические анализы	<p>Студент должен уметь выявить признаки:</p> <ul style="list-style-type: none"> - повышения или снижение показателей от нормы.
18	Снять ЭКГ и расшифровать ее	<p>Студент должен уметь регистрировать ЭКГ с учетом пошагового принципа. Студент должен уметь расшифровать результаты ЭКГ</p>
19	Отдифференцировать болезни, сопровождающиеся с болью в животе	<p>Студент должен уметь отдифференцировать болезни на основании отличительных черт (анамнез, объективный осмотр и лабораторно-инструментальные исследования)</p>
20	Дать немедикаментозные советы	<p>Студент должен уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - обучить больных по самоконтролю - консультировать по диете - консультировать по ведению здорового образа жизни
21	Рационально использовать лекарственные средства при лечении заболеваний, протекающие с болью в животе.	<p>9. Студент должен уметь выбрать препараты с доказанной эффективностью. 10. При выборе препарата студент должен уметь оценить:</p> <ul style="list-style-type: none"> - эффективность - безопасность - приемлемость - экономичность.
22	Провести мониторинг и наблюдение больных	<p>Студент должен уметь осуществить мониторинг и контролировать состояния в условиях СВП и СП.</p>

Практическое занятие №27

Тема: Боль в животе. Дифференциальная диагностика гастритов и язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, хрон холецистита и панкреатита. Тактика ВОП. Принципы обучения при синдроме «боль в животе». Показания к госпитализации.

Технология обучения

Учебное время: 6 час	
Структура учебного занятия	<ol style="list-style-type: none"> 1. Учебный тематический кабинет. 2. Больничные палаты 3. Учебные пособия, фантомы, муляжи, раздаточный материал, сборник ситуационных задач и тестов 4. Телевизор, видео аппаратура, мультимедиа
<p>Цель учебного занятия: Научить ВОП дифференциальной диагностике и выбору оптимального варианта лечебной тактики при хроническом гастрите и язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, а также принципам ведения больных в условиях первичного звена здравоохранения, предусмотренных требованиями "Квалификационной характеристики врача общей практики».</p>	
<p>Педагогические задачи:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Рассмотреть вопросы диагностики хронического гастрита и язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки 2. Продемонстрировать больных с хроническим гастритом и язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки 3. Обсудить данные клинических, лабораторно-инструментальных исследований при хроническом гастрите и язвенной болезни желудка и 12 перстной кишки 4. Провести дифференциальную диагностику хронического гастрита и язвенной болезни желудка и 12 перстной кишки. 5. Обсудить вопросы тактики ведения в рамках квалификационной характеристики ВОП 6. Обсудить принципы лечения (немедикаментозные и медикаментозные). 7. Обсудить принципы ведения, наблюдения и мониторинга больных в условиях СВП или СП. 8. Обсудить принципы первичной, вторичной и третичной профилактики при данных заболеваниях. 	<p>Результаты учебной деятельности:</p> <p><u>ВОП должен знать:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Механизм и причины возникновения хронического гастрита и язвенной болезни желудка и 12 перстной кишки 2. Клинические проявления хронического гастрита и язвенной болезни желудка и 12 перстной кишки 3. Диагностику хронического гастрита и язвенной болезни желудка и 12 перстной кишки 4. Дифференциальную диагностику хронического гастрита и язвенной болезни желудка и 12 перстной кишки 5. Медикаментозные препараты, используемые при лечении хронического гастрита и язвенной болезни желудка и 12 перстной кишки, их фармакодинамику и дозировку. 6. 3-х и 4-х компонентную лечение язвенной болезни желудка или 12 п.к. 7. Принципы наблюдения и мониторинга больных в условиях СВП или СП. 8. Принципы первичной, вторичной и третичной профилактики <p><u>ВОП должен уметь:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Анализировать данные жалоб и анамнеза при диагностике хронического гастрита и язвенной болезни желудка и 12 перстной кишки 2. Диагностировать, дифференцировать по клинике и лабораторно-инструментальным исследованиям хронический гастрит и язвенную болезнь желудка и 12 перстной кишки. 3. Правильно выбрать медикаментозные средства при хронической гастрите и язвенной болезни желудка и 12 перстной кишки.

	4. Тактику ВОП. 5. Принципы лечения (медикаментозное и немедикаментозное) при данных заболеваниях. 6. Принципы диспансерного наблюдения и мониторинга больных в условиях СВП или СП. 7. Принципы первичной, вторичной и третичной профилактики при данных заболеваниях.
Методы обучения	метод «снежков», демонстрация, видеопросмотр, дискуссия, беседа, решение тестов и ситуационных задач
Формы организации учебной деятельности	Индивидуальная работа, работа в группах, коллективная, аудиторная, внеаудиторная.
Средства обучения	Раздаточные учебные материалы визуальные материалы, видеофильмы, муляжи, графические органайзеры, истории болезни, таблицы, стенды.
Способы и средства обратной связи	Блиц-опрос, тестирование, презентация результатов выполнения учебного задания, заполнение медицинских карт, выполнение практического навыка «профессиональный расспрос»

Технологическая карта занятия

Боль в животе. Дифференциальная диагностика гастритов и язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, хрон холецистита и панкреатита. Тактика ВОП. Принципы обучения при синдроме «боль в животе». Показания к госпитализации.

№	Этапы практического занятия	Форма занятия Место проведения	Длит-ть занятия 225
1	Вводная часть (обоснование темы)		10
2	Обсуждение темы практического занятия с применением новых педагогических технологий (метод «снежков»), а также демонстрационного материала (истории болезни, таблицы, плакаты, рентгенограммы), определение исходного уровня.	Опрос, обсуждение Учебная комната, палаты	40
3	Вывод обсуждения		10
4	Определение задания для выполнения практической части - профессиональный расспрос. Объяснение положений и рекомендаций для выполнения задания по заполнению истории болезни.	Обсуждение	20
5	Освоение практической части занятия под руководством преподавателя.	Проф. расспрос. Беседа с больными и заполнение истории болезни, ситуационные задачи. Осмотр тематических больных в палатах	20

6	Интерпретация данных обследования больных-жалобы, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация больных, а также исследования ОАМ, ОАК и биохимические анализы и постановка диагноза	Истории болезни, лабораторные данные ситуационные задачи	25
7	Обсуждение теоретических, практических знаний студентов, закрепление материала, определение уровня усвоения оценкой знаний.	Устный опрос, тесты, обсуждение, определение практических навыков Учебная комната	75
8	Определение вывода по теме практического занятия, оценка по 100 бальной системе и объявление оценок. Домашнее задание следующего практического занятия (сборник вопросов).	Информация, вопросы для самостоятельной работы. Учебная комната	25

2. Мотивация

Больные с жалобами на отрыжку, изжогу, тошноту, рвоту, боли в эпигастрии часто встречаются в практике врачей первичного звена здравоохранения. В этой ситуации усилие врача общей практики (ВОП) направляется на диагностику заболеваний для оказания медицинской помощи в условиях ГВП (СВП) или направлению в специализированные стационары. Эти и другие обстоятельства являются основанием для включения данной тематики в программу подготовки ВОП

3. Межпредметные и внутрипредметные связи

Преподавание данной темы базируется на знании студентами основ анатомии, физиологии, патологической физиологии, патологической анатомии, микробиологии, биохимии, терапии, пропедевтики детских болезней, клинической фармакологии. Полученные в ходе занятия знания будут использованы при прохождении ВОП – педиатрии и других клинических дисциплин.

4. Содержание занятия

4.1. Теоретическая часть

Диспепсия - это общий термин для симптомов, вызванных нарушением пищеварения, с которыми обращаются гастроэнтерологические больные к практикующим врачам поликлиники и стационаров.

Диспепсия включает следующие симптомы: тошнота, изжога, отрыжка, неприятные ощущения в эпигастрии и в нижних отделах грудной клетки, чувство переполнения или тяжести в эпигастрии, метеоризм. В основе развития желудочной диспепсии находится нарушение ее секреторной и двигательной функции.

Диспепсический синдром сопровождает практически все заболевания органов пищеварения, основные из которых представлены ниже: неязвенная диспепсия, переедание, курение, гастродуоденит и др.; рефлюкс-эзофагит, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы; нарушение моторики пищевода; язвенная болезнь желудка и 12 перстной кишки; рак пищевода, желудка, поджелудочной железы; болезни печени, желчных путей и поджелудочной железы; воспалительные заболевания желудочно-кишечного тракта: гастрит, лямблиоз, болезнь Крона; синдром раздраженной кишки; варианты ишемической болезни сердца; употребление алкоголя; побочные действия лекарств и интоксикация.

При длительной и тяжелой диспепсии для установления ее причины проводят следующие лабораторно-инструментальные исследования: общий анализ крови, исследование кала на скрытую кровь, анализ желудочного сока при необходимости с гистаминовым тестом, нагрузочные ЭКГ – пробы, ультразвуковое исследование брюшной полости, рентгенологическое исследование ЖКТ и желчного пузыря, ЭФГДС с биопсией слизистой, ретроградная холецистопанкреатография, пищеводная монометрия, маркеры опухолей, раково-эмбриональный антиген при подозрении на рак толстой кишки, А-фетопротеин - при подозрении на рак печени.

Необходимо подчеркнуть, что ведущее значение в диагностике различных проявлений диспепсии имеет правильная оценка анамнестических данных и посистемный осмотр больного. Изжога и отрыжка воздухом, кислым являются наиболее частыми болезненными симптомами у гастроэнтерологических больных. Надо всегда помнить, что они необязательно являются проявлением гиперацидного состояния и могут наблюдаться даже у раковых больных с глубокой ахилией (молочная кислота, желчь, панкреатический сок). Дискомфорт в эпигастральной области может сопровождать заболевания грудной клетки, забрюшинного пространства, позвоночника и в этих случаях своевременные ЭКГ и рентгенологические обследование позволяет избежать грубых диагностических ошибок

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА «Снежков»

Цель: Вовлечение в процесс обучения всех студентов с одновременным контролем их знаний по обсуждаемой теме.

Основные положения методики.

Группа делится на 2-3 малых подгруппы, которые обсуждают одну и ту же проблему или ситуацию с целью набора наибольшего количества правильных ответов. Каждый правильный ответ записывается на балл этой группе в виде снежков. Группе, получившей наибольшее число баллов, ставят более высокие оценки.

1. Определение хронического гастрита.
2. Диагностика хронического гастрита.
3. Эрадикация *H.pylorici*.

Ответы:

1. Хронический гастрит – хронический воспалительный процесс слизистой оболочки желудка с нарушением физиологической регенерации и прогрессирующей атрофией специализированного железистого эпителия с развитием кишечной метаплазии, а в последующем дисплазии, и нарушением моторной и секреторной функции.
2. ЭФГДС + биопсия, фракционное исследование желудочного сока, выявление *H.pylorici* (цитологическое и гистологическое исследование, степень обсемененности слизистой оболочки, иммунологические).
3. Терапия первой линии 7 дней: омепразол 20 мг 2 раза/сут + кларитромицин 500 мг 2 раза/сут. + амоксициллин 1000 мг 2 раза/сут + метронидазол 500 мг 2 раза/сут, терапия второй линии 10 дней: омепразол 20 мг 2 раза/сут + висмут субцитрат 120 мг 4 раза/сут + тетрациклин 500 мг 4 раза/сут. + метронидазол 500 мг 2 раза/сут,

№	Оценка	отлично	хорошо	удовл	неуд	плохо
	Усвоение в %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% и ниже
1	Теоретическая часть	20-17,2 балл	17-14,2 балл	14-11 балл	10,8-7,4 балл	7,2 балл

4.2 Аналитическая часть

4.2.1. Ситуационные задачи:

1. Мужчина 20 лет на приеме ВОП отмечает боль в эпигастральной области, изжогу, тошноту. Боль отмечается через 20 мин. после приема пищи. Из анамнеза выяснилось, что больной нерегулярно питается, увлекается грубой и жареной пищей. Общее состояние средней тяжести. Со стороны сердца и легких без особенностей. Язык обложен белым налетом, влажный, отмечается следы зубов. Живот участвует в акте дыхания. При пальпации отмечается диффузная болезненность в эпигастрии. Стул склонен к запорам.

1. Перечислите не менее 4 заболеваний, при которых наблюдаются вышеописанные симптомы;
2. Ваш предварительный диагноз;
3. Дополнительные исследования необходимые для уточнения диагноза;
4. Тактика ВОП. Лечение.

Ответы:

№	Ответы	Балл
1	а) синдром раздраженного желудка, б) хронический гастрит типа В с повышенной секрецией, в) хронический гастрит типа В с сохраненной секрецией, г) язвенная болезнь желудка.	15
2	хронический гастрит типа В с повышенной секрецией.	25
3	ЭФГДС + биопсия, фракционное исследование желудочного сока, выявление <i>H.pyloric</i> (цитологическое и гистологическое исследование, степень обсемененности слизистой оболочки, иммунологические).	20
4	. Эрадикация <i>H.pyloric</i> , антисекреторные препараты (ранитидин или омепразол или гастроцепин), антациды (маалокс), препараты защищающие СОЖ (депол или сукральфат), коррекция нарушенной микроциркуляции (актовегин).	20

2. Больной 26 лет на приеме у ВОП отмечает тяжесть в эпигастральной области, тошноту, слюнотечение, повышение температуры до 38 ° С. Из анамнеза 2 дня тому назад он употреблял не доброкачественную пищу. В последующем у него отмечались рвота и диарея. Общее состояние больного тяжелое, кожа влажная, бледная. Со стороны сердца – тахикардия, пульс 100 уд/мин., ритмичный. В легких везикулярное дыхание. При пальпации живот мягкий, отмечается незначительная болезненность в эпигастральной области. Диурез уменьшен.

1. Перечислите не менее 3 заболеваний, при которых наблюдаются вышеописанные симптомы;
2. Ваш предварительный диагноз;
3. Дополнительные обследования, необходимые для уточнения диагноза;
4. Укажите метод исследования, имеющий решающее значение для постановки диагноза и характерные изменения при этой патологии;
5. Лечение. Тактика ВОП.

3. Больной 48 лет на приеме у ВОП жалуется на тяжесть, распирание, тупые боли в эпигастральной области, тошноту, анорексию, неприятный вкус во рту, отрыжку тухлым, урчание, вздутие живота, поносы, выпадение волос. Объективно: общее состояние больного средней тяжести. Кожные покровы бледные, сухие, отмечаются трофические изменения ногтей. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены. Пульс 96 ударов в 1 минуту. АД 110/70 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный в эпигастральной области. Печень и селезенка не увеличены. Стул- периодически поносы. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Рентгеноскопия ЖКТ: рельеф слизистой оболочки сглажен, тонус и перистальтика ослаблена, эвакуация содержимого желудка ускорена. Исследование желудочной секреции: общая кислотность - 18 титр.ед.

1. Перечислите не менее 6 заболеваний, при которых могут быть вышеописанные симптомы;
2. Ваш предварительный диагноз;
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести больному для уточнения диагноза;
4. Наиболее грозное осложнение этого заболевания;
5. Подробно изложите не медикаментозные и медикаментозные методы лечения (диета, препараты с указанием дозы), Тактика ВОП

4. Мужчина 42 лет обратился к ВОП с жалобами на сильные боли в эпигастральной области, тошноту, изжогу. Боль возникает через 20-30 минут после приема пищи и имеет локальный характер. Из анамнеза: прошлой весной также возникали подобные боли. Больной не лечился, боли через месяц самостоятельно прошли. Об-но: при пальпации живота отмечается резкая локальная болезненность в эпигастрии. Запоры.

1. Перечислите не менее 4 заболеваний, при которых могут быть вышеописанные симптомы;
2. Ваш предварительный диагноз;
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза;
4. Какие осложнения могут наблюдаться при этом заболевании;
5. Укажите конкретно схемы и принципы консервативного лечения этого заболевания.

5. На приеме у ВОП 18 летняя студентка жалуется на голодные и ночные боли в животе, иррадирующие в позвоночник, периодически изжогу, отрыжку кислым. Из анамнеза старший брат страдает язвенной болезнью 12 перстной кишки. Объективно: больная пониженного питания, кожные покровы и видимые слизистые бледные, язык обложен. При пальпации живота отмечается резкая локальная болезненность в эпигастральной области справа. Запоры.

1. Перечислите не менее 4 заболеваний, при которых могут быть вышеописанные симптомы;
2. Ваш предварительный диагноз;
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза;
4. Какие этиологические и агрессивные факторы имеют решающее значение в возникновение этого заболевания;
5. Тактика ВОП. Лечение.

6. Больной 21 лет, студент, обратился к ВОП с жалобами на изжогу, отрыжку кислым, тяжесть и тупые ноющие боли в подложечной области после еды, запоры. Объективно: общее состояние больного относительно удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Кожные покровы бледно-розовые. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 84 удара в 1 мин. АД 120/80 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный в эпигастральной области. Печень и селезенка не пальпируются. Стул склонен к запору. Мочеиспускание свободное. Исследование желудочной секреции: общая кислотность натошак - 85 титр.ед. Рентгеноскопия желудка: признаки гиперсекреции, диффузная перестройка рельефа слизистой оболочки, с утолщением складок.

1. Перечислите не менее 4 заболеваний, при которых могут быть вышеописанные симптомы;
2. Ваш предварительный диагноз;

3. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза;
4. Опишите подробно (в цифрах и с указанием нормальных показателей), какие изменения ожидаете при фракционном исследовании желудочного содержимого;
5. Тактика ВОП. Лечение.

7. Больной 42 года, обратился к ВОП с жалобами на сильные опоясывающие боли на уровне эпигастрия после приема жирной пищи, многократную тошноту, не приносящую облегчения рвоту. Из анамнеза: страдает в течение 10 лет язвенной болезнью, периодически беспокоили боли связанные с приёмом пищи и последнее время характер болей изменились и появились выше перечисленные жалобы. Объективно: общее состояние средней тяжести, больной пониженного питания, склеры субиктеричны. Сог – тоны приглушены, ритмичные. Пульс 80 уд. в 1 мин. АД –125/70 мм.рт.ст. В легких везикулярное дыхание. Живот мягкий, напряжен в верхней части живота. Печень и селезенка не увеличены. Френикус симптом положителен слева. ОАК – Нв- 120 г/л, лейкоциты 10 тыс., СОЭ 20 мм/час.

1. Перечислите не менее трех заболеваний и не менее двух осложнений при которых наблюдаются вышеуказанные жалобы и симптомы;
2. Предварительный диагноз (основной, осложнение);
3. Информативные методы обследования;
4. Тактика ВОП;

8. Больной К., 33 года, обратился к ВОП с жалобами на невыносимую изжогу, голодные боли в подложечной области, тошноту, поносы с обильным жидким калом. В анамнезе неоднократно лечился в гастроэнтерологическом стационаре по поводу язвенной болезни 12 п. к., и были эпизоды язвенного кровотечения. При осмотре - периферические лимфоузлы не увеличены. В легких везикулярное дыхание. Сог – тоны средней звучности, ритмичные. Пульс 90 уд. в 1 мин. АД –100/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, при пальпации болезнен в гастро-дуоденальной области. Печень и селезенка не увеличены.

При исследовании желудочного сока: базальная кислотная продукция -18мэкв/час, с гистаминовой нагрузкой выявлены цифры дебита общей кислотности 60 мэкв/час, общая кислотность 100 ед., свободная хлористоводородная кислота в базальную фазу 80 ед. ЭГДФС: 4 язв (1 в желудке и 3 в 12 п.к.), покрытые фибриновым налетом.

1. Перечислите не менее четырёх заболеваний при которых наблюдаются вышеуказанные жалобы и симптомы;
2. Предварительный диагноз;
3. Информативные методы обследования;
4. Какие изменения находятся при УЗИ;
5. Тактика ВОП.

9. Больной В., 32 года обратился к ВОП с жалобами на внезапно появившуюся вчера вечером резкую слабость, головокружение с тошнотой и позывами на рвоту, но рвота не произошла. Из анамнеза: в течение многих лет, чаще весной и осенью беспокоит изжога, периодические боли в эпигастрии, возникающие через 1,5-2 ч после еды. Сегодня ночью проснулся от императивных позывов на низ, после чего был черный жидкий стул. Об-но: больной пониженного питания, кожа и слизистые бледные, чистые. Сог –тоны приглушены, ритмичные. Пульс 100 уд. в 1 мин. АД 95/65 мм.рт.ст. В легких выслушивается везикулярное дыхание. Язык обложен белым налетом у корня, отпечатки зубов по краям. Живот мягкий, чувствителен в эпигастральной области. Печень и селезенка не увеличены.

1. Перечислите не менее пяти заболеваний и не менее двух осложнений при которых наблюдаются вышеуказанные жалобы и симптомы;
2. Предварительный диагноз (основной, осложнение);
3. Информативные методы обследования;

4. Тактика ВОП;
5. Препараты первого порядка применяемые для этого больного;

10. Больной М., 21 года, обратился к ВОП с жалобами на боли в эпигастрии через 1–1,5 часа после еды, появление ощущения полноты в эпигастрии, отрыжку с запахом «тухлых яиц», тошноту, рвоту съеденной накануне пищи, после рвоты больной чувствует облегчение. Из анамнеза: боли в эпигастрии, изжога, запоры беспокоили в весенне–осеннее время в течение последних 4–5 лет. Объективно: больной пониженного питания, кожа бледная, чистая, сухая, шелушающаяся, в уголках рта заеды. Сог –тоны средней звучности, ритмичные. Пульс 90 уд. в 1 мин. АД 100/70 мм.рт.ст. Язык обложен сероватым налетом. Живот мягкий, болезнен в эпигастральной области, аускультативно–«шум плеска». Печень и селезенка не увеличены. Стул –наклонность на запоры.

1. Перечислите не менее четырех заболеваний и не менее двух осложнений при которых наблюдаются вышеуказанные жалобы и симптомы;
2. Предварительный диагноз (основной, осложнение);
3. Информативные методы обследования;
4. Тактика ВОП;

11. Больной Н., 58 лет, обратился к ВОП с жалобами на появление в последнее время немотивированной слабости, отсутствие аппетита, похудание, чувство тяжести и неопределенные боли в эпигастральной области, потемнение цвета кала до «дегтеобразного». В течение ряда лет страдает язвенной болезнью желудка. Последние 10 лет обострений заболевания не было. 20 лет назад перенес вирусный гепатит «А». При объективном осмотре больной пониженного питания. Кожа и слизистые бледные, определяется увеличение лимфатические узлы в левой надключичной области. Сог –тоны приглушены, ритмичные. Пульс 95 уд. в 1 мин. АД 100/70 мм.рт.ст. В легких выслушивается везикулярное дыхание. Язык обложен грязно серым налетом. Живот мягкий, при пальпации болезнен в пилорическом отделе.

1. Перечислите не менее двух заболеваний и не менее трех осложнений при которых наблюдаются вышеуказанные жалобы и симптомы;
2. Предварительный диагноз (основной, осложнение);
3. Информативные методы обследования;
4. Какой диспансерное наблюдение должен быть у ВОП при начальных стадиях заболевания у данного пациента;
5. Тактика ВОП

12. Больной 27 лет, обратился к ВОП с жалобами на внезапно появившуюся кинжальную боль в эпигастрии, покрылся холодным потом. В анамнезе язвенная болезнь желудка. Объективно: кожа и слизистые бледные, чистые. Сердце: тоны приглушены, ритмичные. Пульс 100 ударов в мин, АД – 80/50 мм.рт.ст. В легких везикулярное дыхание. ЧДД 24/мин. Исчезновение перкуторно печеночной тупости, доскообразное напряжение мышц передней брюшной стенки.

1. Ваш предварительный диагноз (основной, осложнение);
2. Методы исследования, характерные изменения в них;
3. Тактика ВОП;

13. 40 летний мужчина жалуется на сильные боли в эпигастральной области, тошноту, изжогу, отрыжку кислым, запоры, плохой аппетит, раздражительность. Боль возникает через 20-30 минут после приема пищи, иногда на голодный желудок и имеет локальный характер. Из анамнеза болеет в течение 2-3 лет, не лечился. При болях принимал но-шпу, после еды фестал и аллахол. Об-но: больной пониженного питания, лабильный, беспокойный. Тоны сердца приглушены, ритмичные, на верхушке не проводной систолический шум. АД 90/60 мм. рт. ст. пульс 84 уд в 1 мин. При пальпации живота отмечается резкая локальная болезненность в эпигастрии. ОАК: Нв 106 гр/л, Л $9,2 \times 10^9$, СОЭ 18 мм/час.

1. Перечислите не менее пяти вероятных заболеваний, при которых встречаются выше приведенные симптомы;
2. Ваш предварительный диагноз;
3. Перечислите этиологические факторы, способствующие возникновению данной патологии (не менее пяти);
4. Тактика ВОП и принципы лечения;

14. 20 летняя студентка жалуется на голодные и ночные боли в животе, иррадиирующие в позвоночник, головные боли, периодически головокружения, запоры. Иногда боли беспокоят через 1,5-2 часа после еды. Об-но: больная пониженного питания, анемичная, язык обложен, при пальпации живота отмечается резкая локальная болезненность в эпигастральной области справа. Печень не увеличена. ОАК: Нв - 100 г/л, эритроциты - $3,0 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $8,7 \times 10^9/л$, СОЭ - 20 мм/час.

1. Перечислите не менее пяти вероятных заболеваний, при которых встречаются выше приведенные симптомы;
2. Ваш предварительный диагноз;
3. Какие бывают язвы по происхождению;
4. Тактика ВОП и принципы лечения;

15. В СВП на прием к ВОП обратился больной 30 лет с жалобами на изжогу и боли по средней линии между мечевидным отростком грудины и пупком, характеризующаяся периодичностью, сезонностью, уменьшением после рвоты, слабость. Со слов больного, вышеуказанные жалобы беспокоят с 7 лет. Вредные привычки: курит, любит обильную, кислую, соленую пищу.

Объективно: общее состояние больного в момент осмотра относительно удовлетворительное, кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные, язык обложен. При пальпации выявляется болезненность в эпигастральной области. АД 120/80 мм. рт. ст., пульс 76 уд в мин.

Решение проблемы по 20 этапному принципу (смотри методическую рекомендацию)

№	Оценка	отлично	хорошо	удовл	неуд	плохо
	Усвоение в %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% и ниже
2	Ситуационная задача	50-43 балл	42,5- 35,5 балл	35- 27,5 балл	27-18,5 балл	18 балл

№	Оценка	отлично	хорошо	удовл	неуд	плохо
	Усвоение в %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% и ниже
3	Тест	15-12,9 балл	12,7-10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5 балл	5,4 балл

4.2.2 графический органайзер: «пирамида»

Средство иерархического представления идей.

Развивает и активизирует системное, творческое, аналитическое мышление.

1. Знакомятся с правилами построения схемы. Индивидуально / в парах строят схему: пишут основную проблему, затем подпроблемы, а от каждой из них отводят « малые ветви», служащие для более подробного рассмотрения подпроблем или задач.

Благодаря этому прослеживают развитие каждой из идей на значительную глубину во всех подробностях.

2. Объединяют в пары или мини группы, сравнивают и дополняют свои схемы. Сводят в общую схему
3. Презентация результатов.



4.3. Практическая часть

Перечень навыков, которым ВОП должен владеть после завершения занятий по данной тематике

1. Провести осмотр больных с желудочно-кишечными диспепсиями.
2. Интерпретация лабораторно-инструментальных исследований при желудочно-кишечных диспепсиях.

Диспепсия

Гастриты, дуоденит, язвенная болезнь, дискинезия желчевыводящих путей, холецистит, постхолецистэктомический синдром, болезнь оперированного желудка

№	Оценка	отлично	хорошо	удовл	неуд	плохо
	Усвоение в %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% и ниже
4	Практическая часть	15-12,9 балл	12,75-10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5-балл	5,4 балл

5. Формы контроля знаний, навыков и умений

- устный
- решение ситуационных задач
- демонстрация практических навыков
- СРС

5.1. Критерии оценок знаний и умение практических навыков студентов.

№	Оценка	отлично	хорошо	удовл	неуд	плохо
	Усвоение в %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% и

						ниже
1	Теоретическая часть	20-17,2 балл	17-14,2 балл	14-11 балл	10,8-7,4 балл	7,2 балл
2	Ситуационные задачи	50-43 балл	42,5- 35,5 балл	35- 27,5 балл	27-18,5 балл	18балл
3	Тест	15-12,9балл	12,7-10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5 балл	5,4 балл
4	Практическая часть	15-12,9 балл	12,75-10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5- балл	5,4 балл

6. Критерии оценки текущего контроля

Уровни оценок	Рейтинг баллы	Характеристика работы студента
	20	Балл присутствия на практическом занятии. Полное отсутствие уровня знаний и не умение выполнить практический навык – студент абсолютно не готов к практическому занятию.
Не удовлетворительно	20 - 54,9	<p>Студент отвечает неудовлетворительно.</p> <p>Студенты не владеет базовыми уровнями знаний и навыков, хотя бы одного из нижеперечисленных:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Не знает определение термину «гастрит» • Не знает определение терминам «язвенная болезнь желудка и 12 перстной кишки» • Не знает причины возникновения болей в животе • Не знает этиологию гастритов и язвенной болезни • Не знает, что относится к факторам защиты и факторам агрессии в развитии язвенной болезни • Не может рассказать основные клинические признаки гастритов и язвенной болезни • Не может перечислить основные методы диагностики гастритов и язвенной болезни • Не знает группы препаратов для лечения гастрита и язвенной болезни (желудка и 12перстной кишки) • Не способен собрать рациональный анамнез во время курации у больных с гастритами и язвенной болезнью желудка и 12перстной кишки • Во время курации не способен объективно оценить состояние больных с гастритами и язвенной болезнью желудка и 12перстной кишки • Не способен рационально составлять план обследования больным с гастритами и язвенной болезнью (желудка и 12перстной кишки) • Не способен провести дифференциальную диагностику больных с гастритами и язвенной болезнью (желудка и 12перстной кишки) • Не знает осложнения язвенной болезни желудка и 12перстной кишки

Обеспечение базового уровня знаний и навыков		
	55-60,9	Удовлетворительный ответ низкого качества. Студент старается владеть базовыми уровнями знаний и навыков (см.ниже), но при ответе или выполнении навыков допускает серьезные ошибки.
	61-65,9	Удовлетворительный ответ средней степени. Студент владеет базовыми уровнями знаний и навыков (см.ниже), но при ответе или выполнении навыков допускает ошибки (возможны отдельные погрешности)
	66-70,9	Удовлетворительный ответ высокого качества. Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков: <ul style="list-style-type: none"> • Знает определение термина «гастрит» • Знает определение терминов «язвенная болезнь желудка и 12 перстной кишки» • Может объяснить причины возникновения болей в животе • Знает этиологию гастритов и язвенной болезни • Знает, что относится к факторам защиты и факторам агрессии в развитии язвенной болезни • Может рассказать основные клинические признаки гастритов и язвенной болезни • Может перечислить основные методы диагностики гастритов и язвенной болезни • Знает группы препаратов для лечения гастрита и язвенной болезни (желудка и 12перстной кишки) • Способен собрать рациональный анамнез во время курации у больных с гастритами, язвенной болезнью желудка и 12перстной кишки • Во время курации способен объективно оценить состояние больных с гастритами и язвенной болезнью желудка и 12перстной кишки • Способен рационально составлять план обследования больных с гастритами и язвенной болезнью (желудка и 12перстной кишки) • Способен провести дифференциальную диагностику больных с гастритами и язвенной болезнью (желудка и 12перстной кишки) • Может перечислить осложнения язвенной болезни желудка и 12перстной кишки. • Во время курации способен объективно оценить состояние больных с гастритами и язвенной болезнью (желудка и 12перстной кишки) • Способен рационально составлять план обследования больным с гастритами и язвенной болезнью (желудка и 12перстной кишки)
Удовлетворительно 55-70,9%		

		<ul style="list-style-type: none"> • Способен провести дифференциальную диагностику больных с гастритами и язвенной болезнью (желудка и 12перстной кишки) • Может интерпретировать результаты лабораторно-инструментальных методов исследования – может интерпретировать заключение ЭГДФС, рентгенографии ЖКТ с барием у больных с гастритами и язвенной болезнью (желудка и 12перстной кишки) • Способен корректно заполнять дневник больного.
Продвинутый уровень знаний		
Хорошо 71-85,9%	71-75,9	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (указанные в пункте «66-70,9») + владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Знает этиологию, патогенез развития гастритов и язвенной болезни (желудка и 12перстной кишки) • Знает классификацию гастритов и язвенной болезни • Может перечислить диагностические методы, необходимые для установления диагнозов гастрита и язвенной болезни • Знает основные стандарты лечения гастритов и язвенной болезни (антисекреторные препараты и препараты для эрадикации хеликобактер пилори) • Знает механизм действия лекарственных препаратов, применяющихся для лечения язвенной болезни и гастритов • Может рационально подобрать лекарственные препараты больному в зависимости от причины возникновения болей в животе.
	76-80	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «71-75,9», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Знает этиологию и патогенез развития гастритов и язвенной болезни • Знает принципы первичной, вторичной и третичной профилактики гастритов и язвенной болезни
	81-85,9	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «71-75,9» и «76-80», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Может рассказать основные принципы ведения, наблюдения и мониторинга больных гастритами и язвенной болезни желудка и 12перстной кишки в условиях СВП или СП. • Умеет провести консультацию по вопросам

		<p>немедикаментозных и медикаментозных советов с использованием навыков МЛО.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Знает принципы диспансеризации и реабилитации больных с болью в животе при язвенной болезни желудка и 12перстной кишки в условиях СВП или СП
<p>Отлично</p> <p>86-100%</p>	<p>86-90</p>	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «81-85,9», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Знает принципы лечения больных гастритами и язвенной болезни желудка и 12перстной кишки • Знает показания и противопоказания препаратов, применяющихся при гастритах и язвенной болезни желудка и 12перстной кишки • Умеет предоставлять достоверную информацию о болях в животе на основании интернет данных
	<p>91-95</p>	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «86-90», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Знает (Сиднейскую и Хьюстонскую) классификацию гастритов. Может объяснить механизм развития гастритов и язвенной болезни. • Знает все группы антисекреторных лекарственных средств, их показания и противопоказания к назначению. • Знает, что является «золотым стандартом» диагностики хеликобактер пилори • Знает как проводится уреазный тест, дыхательный тест, гистологический тест
	<p>96-100</p>	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «91-95», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Предоставил научные данные на основе дополнительной литературы (статьи и интернет) • Знает показания и противопоказания к оперативному лечению язвенной болезни желудка и 12перстной кишки, виды оперативного вмешательства • Может подробно рассказать как проводятся лабораторно-инструментальные методы диагностики при язвенной болезни и гастритах, умеет интерпретировать их • Может на английском языке спросить жалобы, собрать анамнез и коротко рассказать о заболевании больному с гастритом и язвенной болезнью

- | | | |
|--|--|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Имеет педагогический навык - хорошо доходчиво преподнести тему аудитории |
|--|--|--|

Примечание: Базовый уровень знаний и навыков – это минимум знаний, который обеспечивает принцип «безопасности» для пациента.

7.Контрольные вопросы

- 1.Этиология гастритов.
- 2.Клиника гастритов.
- 3.Классификация гастритов.
- 4.Диагностика гастритов.
- 5.Дифференциальная диагностика гастритов.
- 9.Диагностика дуоденитов.
- 10.Дифференциальная диагностика дуоденитов.
- 11.Этиология язвенной болезни.
- 12.Клиника язвенной болезни.
- 13.Классификация язвенной болезни.
- 14.Диагностика язвенной болезни.
15. Дифференциальная диагностика язвенной болезни.

8. Рекомендуемая литература

Основные

1. Ички касалликлар, Шарапов У.Ф. Т: Ибн Сино, 2003
2. Ички касалликлар, Бобожанов С. Т: Янги аср авлод, 2008
3. Внутренние болезни, том 2 Мухин Н.А. М.:ГЭОТАР - Медиа, 2009
4. Textbook of Internal Medicine Editor-in-Chief William N. Kelley 1997

Дополнительные

1. Умумий амалиёт врачлар учун маърузалар туплами , Гадаев А.Г., Т., 2012
2. Общая врачебная практика, Под ред.Ф.Г.Назирова, А.Г.Гадаева. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
3. Справочник врача общей практики. Дж.Мёрта. М.: Практика, 1998.
4. Сборник практических навыков для врачей общей практики. Гадаев А., Ахмедов Х.С. Т., 2010.
5. Умумий амалиёт врачлар учун амалий куникмалар туплами Гадаев А.Г., Ахмедов Х.С., 2010. Т.
6. Терапевтический справочник Вашингтонского Под ред. М.Вудли М.: Практика, 2000.
7. Умумий амалиёт шифокори учун кулланма Ф.Г.Назирова, А.Г.Гадаев тахр. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.
8. Диагностика болезней внутренних органов. Огороков А.Н.2005.
9. Дифференциальный диагноз внутренних болезней. Виноградов А.В. М.: Медицинское информационное агенство, 2009.
10. Внутренние болезни: учебник.- в 2-х т. (1т) Под ред. Мартынова и др. М.: ГЭОТАР - Медиа, 2005:
11. Внутренние болезни: учебник.- в 2-х т. (2 т.) Под ред. Мартынова и др. М.: ГЭОТАР - Медиа, 2005:

Интернет ресурсы:

9. Хронологическое содержание занятия

Время	Мероприятия	Содержание	Материалы	Продолжительность занятия
8.30–9.30	Утренняя конференция	Доклад дежурных врачей и дежурных субординаторов по дежурству.	Истории болезни, кодоскоп.	1 час
9.15-10.00	Клинический аудит выписываемых больных.	Подробный доклад студентов о выписываемых больных.		45 минут
10.05-10.45	Теоретический разбор темы	Проверка исходного уровня подготовленности студентов с использованием метода “круглого стола” и решением ситуационной задачи. Студентам раздаются ситуационные задачи по данной теме и они должны анализировать и дать заключение	Ситуационные задачи, таблицы, соответствующие теме занятия	40 минут
10.45 - 11.05.	Проработка практических навыков.	Студент под надзором преподавателя должен выполнить минимум два практического навыка.	Больной или волонтер.	20 минут
11.05-11.45	Курация больных в отделении	Каждый студент курирует больных определенной палаты.	Больной, фонендоскоп, тонометр, история болезни (с данными клинико-лабораторных исследований).	40 минут
11.45-12.15	Перерыв			30 мин

12.20-13.20	Разбор тематических больных	По выбору педагога проводится полный осмотр больного по теме занятия или пациентов, готовящихся к выписке, анализ данных лабораторно-инструментального исследования, обоснование предварительного и окончательного клинического диагнозов. Определяется план лечения с дозами препаратов.	Больной, фонендоскоп, тонометр, история болезни (данными клинико-лабораторных исследований).	1 час
-------------	-----------------------------	---	--	-------

Практическое занятие №28

Гепатомегалия и желтуха. Дифференциальная диагностика активного и неактивного гепата. Дифференциальная диагностика хрон гепатита и цирроза печени, стриктура желчных путей, рак желчного пузыря, рак головки поджелудочной железы, рак желчного пузыря, рака печени. Тактика ВОП

Технология обучения

Учебное время: 6 час	
Структура учебного занятия	<ol style="list-style-type: none"> 1. Учебный тематический кабинет кафедры. 2. Учебные пособия, раздаточный материал, сборник ситуационных задач и тестов 3. Больничные палаты. 4. Телевизор, видео аппаратура, мультимедиа
<p>1. Цель учебного занятия: Научить ВОП диагностике и дифференциальной диагностике, проведению оптимального варианта лечебной тактики при механических желтухах, обусловленных различными заболеваниями, а также принципам ведения больных в условиях первичного звена здравоохранения, предусмотренных требованиями "Квалификационной характеристики врача общей практики»</p>	

<p>Педагогические задачи:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Рассмотреть вопросы диагностики холестатической желтухи - внепеченочные 2. Рассмотреть вопросы диагностики холестатической желтухи - внутрипеченочной 3. Продемонстрировать больных с холестатическими желтухами. 4. Обсудить данные клинических, лабораторно-инструментальных исследований при холестатических желтухах. 5. Провести дифференциальную диагностику заболеваний, сопровождающихся желтухами - внепеченочные: холангит, холедохолитиаз, стриктура желчного протока, рак желчного протока, рак головки поджелудочной железы, рак желчного пузыря, аскаридоз, внутрипеченочные: препаратогенный холестаз, первичный и вторичный биллиарный цирроз печени, новообразования печени. 6. Обсудить вопросы тактики ведения в рамках квалификационной характеристики ВОП 7. Обсудить принципы лечения (немедикаментозные и медикаментозные). 8. Обсудить принципы ведения, наблюдения и мониторинга больных в условиях СВП или СП. 9. Обсудить принципы первичной, вторичной и третичной профилактики при данных заболеваниях. 	<p>Результаты учебной деятельности:</p> <p>Студент должен знать:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Механизм и причины возникновения механических желтух. 2. Клинические проявления механических желтух. 3. Диагностику механических желтух. 4. Дифференциальную диагностику механических желтух. 5. Принципы лечения (медикаментозное и немедикаментозное) при данных заболеваниях. 6. Принципы диспансерного наблюдения и мониторинга больных в условиях СВП или СП. 7. Принципы первичной, вторичной и третичной профилактики при данных заболеваниях. <p>Студент должен уметь:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Анализировать данные жалоб и анамнеза для диагностики механических желтух 2. Диагностировать, дифференцировать по клинике и лабораторно-инструментальным исследованиям различные виды механических желтух. 3. Выбрать препараты с доказанной эффективностью 4. Консультировать по немедикаментозным методам лечения. 5. Провести мониторинг в условиях СВП или СП.
<p>Методы обучения</p>	<p>Метод работа в малых группах, Графический органайзер – рыбий скелет</p>
<p>Формы организации учебной деятельности</p>	<p>Индивидуальная работа, работа в группах, коллективная</p>
<p>Средства обучения</p>	<p>Учебные пособия, учебные материалы, ЭКГ больных, слайды, видео и аудиозаписи, история болезни</p>
<p>Способы и средства обратной связи</p>	<p>Блиц-опрос, тестирование, презентация результатов выполнения учебного задания, заполнение медицинских карт, выполнение практического навыка «профессиональный расспрос»</p>

Технологическая карта занятия

Гепатомегалия и желтуха. Дифференциальная диагностика активного и неактивного гепата. Дифференциальная диагностика хрон гепатита и цирроза печени, стриктура желчных путей, рак желчного пузыря, рак головки поджелудочной железы, рак желчного пузыря, рака печени. Тактика ВОП

№	Этапы практического занятия	Форма занятия Место проведения	Длительность занятия 225
1	Вводная часть (обоснование темы)		10
2	Обсуждение темы практического занятия с применением новых педагогических технологий (метод «Трехступенчатого интервью»), а также демонстрационного материала (комплекты медицинских карт, таблицы, плакаты, рентгенограммы), определение исходного уровня.	Опрос, обсуждение Учебная комната	40
3	Вывод обсуждения		10
4	Определение задания для выполнения практической части - профессиональный расспрос. Объяснение положений и рекомендаций для выполнения задания по заполнению истории болезни.	Обсуждение Осмотр в палатах	20
5	Освоение практической части занятия под руководством преподавателя.	Проф. расспрос. Беседа с больными и заполнение истории болезни, ситуационные задачи. Осмотр в палатах	20
6	Интерпретация данных обследования больных-жалобы, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация больных, а также исследования ОАМ, ОАК и биохимические анализы и постановка диагноза	Истории болезни, лабораторные данные ситуационные задачи	25
7	Обсуждение теоретических, практических знаний студентов, закрепление материала, определение уровня усвоения оценкой знаний.	Устный опрос, тесты, обсуждение, определение практических навыков Учебная комната	75
8	Определение вывода по теме практического занятия, оценка по 100 бальной системе и объявление оценок. Домашнее задание следующего практического занятия (сборник вопросов).	Информация, вопросы для самостоятельной работы. Учебная комната	25

2. Мотивация

Большинство больных с желтухой (механической или холестатической) обращаются за медицинской помощью. В этой ситуации усилие врача общей практики (ВОП) направляется на диагностику желтух (внепеченочные: холангит, холедохолитиаз, стриктура желчного протока,

рак желчного протока, рак головки поджелудочной железы, рак желчного пузыря, аскаридоз, внутрипеченочные: препаратогенный холестаз, первичный и вторичный билиарный цирроз печени, новообразования печени), обусловленных различными заболеваниями. В случае выявления желтухи ВОП, должен, не только диагностировать, но ему нужно определить причину, обусловившую данное заболевание для оказания медицинской помощи в условиях СВП (СП) или направления в специализированные стационары. Эти и другие обстоятельства являются основанием для включения данной тематики в программу подготовки ВОП.

3. Межпредметные и внутрипредметные связи

Преподавание данной темы базируется на знании студентами основ Анатомия, Гистология с эмбриологией и цитологией, Биология, Нормальная физиология, Биохимия, Патологическая анатомия, Патологическая физиология, Топографическая анатомия и оперативная хирургия, Пропедевтика внутренних болезней, Туберкулез, Онкология, Рентгенология и медицинская радиология, Физиотерапия, Эндокринология, Факультетская терапия, Госпитальная терапия, Ортопедия.

4. Содержание занятия

4.1. Теоретическая часть

При разборе темы необходимо обратить внимание на следующие аспекты.

При длительном внепеченочном холестазе в связи с высоким давлением внутри желчевыводящей системы появляются структурные изменения во внутрипечёночных желчных ходах.

Главные критерии холестаза - гипербилирубинемия, повышение щёлочной фосфатазы, γ -глутаминтранспептидазы, холестерина и желчных кислот. Холестаз вызывает разрушение гепатоцитов.

Преобладающий симптом - желтуха, которой нередко предшествует кожный зуд. Желтуха развивается рано и постепенно усиливается, она сопровождается ахолией кала, стеатореей, признаками дефицита vit A, D, K.

Кровь: нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, увеличение СОЭ, ухудшение показателей функциональных проб печени.

Печень увеличена, уплотнена, нередко имеет неровную поверхность.

Диагностика: ретроградная холангиография.

Лечение: восстановление проходимости желчных ходов осуществляется хирургическим путём.

Новообразования печени.

Опухоли печени могут быть доброкачественными и злокачественными, происходящими из клеток печени или метастатические.

1) первичный гепатоцеллюлярный рак - характеризуется лихорадкой неясной этиологии, анемией, уменьшением массы тела, повышением в крови трансаминаз, щёлочной фосфатазы.

В анамнезе может быть перенесённый ранее вирусный гепатит В.

Диагностика трудна. Важный симптом - длительные боли (неприятные ощущения) в правом подреберье и быстрое похудание. Помогают в диагностике УЗИ, радиоизотопное сканирование и компьютерная томография органов верхнего отдела брюшной полости. Окончательно диагноз ставят при биопсии печени.

Лечение: комбинированная терапия, включающая радикальное хирургическое вмешательство и последующую химиотерапию.

2) Метастатические поражения печени

До 90% злокачественных опухолей печени бывают метастатическими. Метастазы встречаются при аденокарциномах яичников, опухолях поджелудочной железы, опухолях желудочно-кишечного тракта, мелкоклеточном раке лёгкого.

Диагностика: при злокачественных эпителиальных опухолях печени определяют в сыворотке крови α -фетопротеины и карциноэмбриональный антиген. Наличие последнего свидетельствует о метастатическом поражении печени, а определение α -фетопротеина - о первичном раке печени.

Заболевания, приводящие к холестатической желтухе:

1. Желчекаменная болезнь: камень общего желчного протока, камень печёночного протока, камень пузырного протока.

2. Воспалительные заболевания: острый и хронический холецистит, холангит, острый панкреатит, хронический панкреатит.

3. Злокачественные опухоли: рак печени, рак желчного пузыря, рак желчных протоков, рак Фатерова сосочка, рак поджелудочной железы, лимфогранулематоз.

Таким образом при дифференциальной диагностике необходимо учитывать специфическую клинику этих заболеваний при схожести особенностей механической желтухи.

Холедохолитиаз - основными причинами возникновения являются закупорка общего желчного протока камнем, воспалительное набухание слизистой оболочки желчных протоков, сдавление желчного протока отёчной головкой поджелудочной железы. Различают следующие формы заболевания: желтушно-болевая, желтушно-панкреатическая, желтушно-холециститная, желтушно-безболевая, желтушно-септическая.

Диагностика основывается на характерной триаде симптомов: боли в правом подреберье, быстро развивающаяся лихорадка, желтуха, лихорадка с потрясающим ознобом. Имеет значение пальпируемый желчный пузырь, лейкоцитоз в периферической крови. Диагноз подтверждается УЗИ и ретроградной холецистографией.

Лечение: приступ купирует введение атропина, платифиллина, папаверина, но-шпы, дибазола, эуфиллина, анальгина, вводят антибиотики. При повторных приступах - хирургическое вмешательство.

Холангит (ангиохолит) Клиника: по течению холангит делят на: острый, хронический, склерозирующий, септический.

Распознавание холангита затруднено. Учитываются жалобы и давящие боли в правом подреберье, иногда приступы колик, повышение температуры тела, умеренная желтуха, лейкоцитоз с выраженным сдвигом формулы влево, увеличение СОЭ. При УЗИ - расширение желчных протоков в виде извитых трубчатых структур; ретроградная холангиография.

Лечение: устранить обтурацию желчных протоков, инфузионная, медикаментозная терапия, дезинтоксикация организма.

Рак желчного протока - локализуется в большом дуоденальном сосочке. Рак протекает с болью, напоминающую печёночную колику, иррадирует в спину, переднюю стенку грудной клетки. При УЗИ - вся система желчных ходов расширена.

Диагностика: лапароскопия. Лечение: операция.

Диагностический поиск врача общей практики при наличии желтухи должен быть направлен на установление локализации обтурации и её природы. При этом учитывается, что гемолитических желтуха характеризуются лимонно-желтым (бледным) оттенком цвета кожи и слизистых оболочек, спленомегалией, ретикулоцитозом, неконъюгированной (непрямой) билирубинемией, уробилиногенурией. Наиболее достоверно о гемолизе можно судить по укорочению продолжительности жизни эритроцитов (исследованных с радиоактивным хромом). Для холестатической (механического, подпеченочного) желтухи зеленовато-серый цвет кожи и слизистых оболочек, гепатомегалия, конъюгированная (прямая) гипербилирубинемия, холестатический синдром, ксантомы ксантелазмы, билирубинурия, темная моча и ахоличный стул.

Врач общей практики на основании клинико- лабораторного обследования может поставить предварительный диагноз и должен направить больного в стационар для комплексного обследования и лечения.

Проверка исходного уровня подготовленности студентов с использованием работы в малых группах

Цель: Данный метод используется для стимулирования обмена идеями, повышает степень вовлеченности участников, учит аргументировать и отстаивать собственную точку зрения.

Ход игры: Заранее готовится вопросы, равные кол-ву студентов в группе. Каждой группе задается по одному заданию .

- 1) главные лабораторные критерии холестаза .
- 2) Наиболее информативный метод диагностики холестаза и его лечение.
- 3) наиболее характерные признаки подпеченочной желтухи.

Критерии оценки

Максимальный балл 20-19	18-17 балл	16-15 балл	14-13 балл	12 балл
отлично	хорошо	удовлетворительно	неудовлетворительно	Плохо
100%-86%	85%-73%	70-56%	53%-46%	43% и меньше

4.2. Аналитическая часть

4.2.1. Ситуационные задачи:

1. 20 летний юноша на приеме у ВОП жалуется на боли в правом подреберье, тошноту, рвоту, слабость, головные боли и ослабление памяти. Из анамнеза выяснено, что он отставал в умственном развитии от сверстников, плохо учился в школе. В детстве лечился по поводу хронического гепатита. В последнее время состояние ухудшилось, больной госпитализирован в гастроэнтерологическое отделение. При объективном осмотре больной пониженного питания, бледен, на склерах глаз видны белые кольцевидные пятна. При разговоре выясняется слабоумие у пациента. При пальпации живота отмечается болезненность в области печени. Печень +5-6 см, край малоболезненный, твердый. Селезенка +2 см. Остальные области живота при пальпации безболезненные. Стул склонен запорам.

При осмотре окулиста по периферии роговицы выявлено кольцо Кайзера-Флейшера.

Анализ крови: анемия, лейкопения и тромбоцитопения; в моче: гематурия, протеинурия, глюкозурия.

1. Перечислите не менее 3 заболеваний, при которых наблюдаются вышеописанные симптомы;
2. Ваш предварительный диагноз;
3. Дополнительные обследования, рекомендуемые для уточнения диагноза, что из них имеет решающее значение;
4. Тактика ВОП и принципы лечения.

ОТВЕТЫ:

1. Болезнь Вильсона Коновалова. Гемохроматоз, цирроз печени, хронич. гепатит

2. Болезнь Вильсона Коновалова.

3. уровень железа в крови. Уровень меди в крови, биохимия крови, ОАК крови, мочи

4. Д-пенициламин, кровопускание, купринил.

2. Больной С., 36 лет, обратился к ВОП. Из анамнеза выяснено, что неоднократно лечился в стационаре по поводу заболевания печени, в последний раз 6 лет назад у больного выявлено увеличение печени, непостоянные боли в правом подреберье, темный цвет кожных покровов и отсутствие волос на лице. При обследовании отмечается серо-желтушный цвет кожных

покровов, резкая адинамия, жажда. Снижение АД до 90/60 мм рт.ст. Печень +8-10 см., умеренный асцит. Билирубин крови -38 ммоль/л, сахар -16 ммоль/л; сахар в моче - 6%. Железо в сыворотке крови - 60 ммоль/л.

1. Перечислите не менее 3 заболеваний, при которых наблюдаются вышеописанные симптомы;
2. Ваш предварительный диагноз;
3. Дополнительные исследования необходимые для постановки диагноза;
4. Метод исследования, имеющий решающее значение для постановки диагноза и его нормальные показатели;
5. Тактика ВОП и принципы лечения.

3. Больной Л., 49 лет на приеме ВОП. Из анамнеза отмечено, что страдает сахарным диабетом I типа с детства. Повышенного питания. Последние 5 лет отмечает боли в правом подреберье, тошнота, горечь во рту. Неоднократно лечился в стационаре. Последние 2 дня резко ухудшилось состояние, отмечалась резкая слабость, снижение работоспособности и боли в правом подреберье. При объективном осмотре кожа бледная, пониженного питания, астеник.??? Живот мягкий, болезненный в области печени, печень + 4 см, средней плотности, малоблезненно, селезенка не увеличена, отмечается метеоризм. Стул неустойчив.

Сахар крови -12 ммоль/л, в моче-5%. Печеночные пробы - нормальные.

1. Перечислите не менее 3 заболеваний, при которых наблюдаются вышеописанные симптомы;
2. Ваш предварительный диагноз;
3. Дополнительные исследования необходимые для установления диагноза;
4. Метод исследования, имеющий решающее значение для постановки диагноза;
5. Тактика ВОП и принципы лечения (подробно опишите немедикаментозные и медикаментозные методы лечения).

4. Больной Ш., 55 лет, обратился к ВОП с жалобами боли в правом подреберье, диспепсические расстройства, кожный зуд и желтушность склер. Из анамнеза известно, что больной в течение всей жизни употреблял жирную пищу, в большом количестве алкоголь. Лечился по поводу гипацидного гастрита и спастического колита. 10 лет назад обнаружено увеличение печени, ахилия, склонность к запорам, сменяющихся поносами. Лечился неоднократно по поводу хронического гепатита. Вес 110 кг, легкая желтушность склер, кожа нормальной окраски. Печень +3 см, край плотный. Селезенка не пальпируется.

Анализ: тимоловая проба - 7,3 Ед. При исследовании с бенгальским розовым, меченным J, обнаружено диффузное снижение поглощения краски на всем протяжении печени.

1. Перечислите не менее 3 заболеваний, при которых наблюдаются вышеописанные симптомы;
2. Ваш предварительный диагноз;
3. Дополнительные исследования необходимые для установления диагноза;
4. Перечислите 5 групп синдромов (конкретно укажите характерные симптомы для каждого синдрома), наблюдаемых при этой патологии;
5. Тактика ВОП. Лечение.

5. Больной М., 22 лет жалуется на дрожание рук и ног, снижение аппетита. При осмотре отмечается тремор рук, медленная и невнятная речь. Ладони «печеночные», кожа сухая, склеры иктеричные, на передней поверхности груди и живота «сосудистые звездочки». Язык ярко - красного цвета. Печень +2 см, болезненная, небольшой асцит. Консультация окулиста: по периферии роговицы выявлено кольцо Кайзера-Флейшера. АД 100/80 мм рт.ст.

1. Перечислите не менее 3 заболеваний, при которых наблюдаются вышеописанные симптомы;
2. Ваш предварительный диагноз;

3. Дополнительные исследования необходимые для установления диагноза;
4. Какие неврологические симптомы характерны для этой патологии;
5. Тактика ВОП. Лечение.

6. Больной А., 34 года жалуется на боли в правом и левом подреберьях усиливающиеся при ходьбе, повышение температуры с ознобом, частые носовые кровотечения, резкое похудание. 10 лет тому назад перенес тяжелый грипп, после чего появились боли в животе и диспепсическое явления. При осмотре склеры иктеричны, кожа с бронзовым оттенком, слизистая полости рта темная. Живот вздут, массивный асцит, из-за которого затруднена пальпация печени и селезенки. Печень+4см, селезенка+3см.

В анализах анемия, лейкопения и резкое увеличение СОЭ (40 мм/ч), сахар в крови 7 ммоль/л, в моче 1%.

1. Перечислите не менее 3 заболеваний, при которых наблюдаются вышеописанные симптомы;
2. Ваш предварительный диагноз;
3. Дополнительные исследования необходимые для установления диагноза;
4. Укажите 3 ведущих признака, характеризующих это заболевание;
5. Тактика ВОП. Лечение.

7. Больная К. 38 лет, обратилась к ВОП с жалобами на приступы резкой слабости с холодным потом, головокружением, тошнотой, сердцебиением через 10-15 мин. после еды, особенно после сладостей. Из анамнеза: больная была оперирована по поводу ЯБ 12 п.к. Состояние больной улучшается в горизонтальном положении, в связи с чем старается сразу прилечь после приема пищи. При осмотре больная пониженного питания, кожа и слизистые бледного цвета, чистые. В легких выслушивается везикулярное дыхание. Сердце: тоны средней звучности, ритмичные. Пульс 100 уд. в 1 мин. АД 100/60 мм.рт.ст. Язык обложен у корня белым налетом. Живот мягкий, болезнен в эпигастральной области. Печень и селезенка не увеличены.

1. Предполагаемый диагноз;
2. Дополнительные методы исследования;
3. Тактика ВОП с подробным описанием введения (немедикаментозного и медикаментозного) больного;

8. Больная С. 59 лет обратилась к ВОП с жалобами на тяжесть в правом подреберье, кожный зуд, снижение аппетита, плохую переносимость жирной пищи, отрыжку, тошноту, запоры, обесцвеченный кал. Из анамнеза: 16 лет назад перенесла вирусный гепатит, зуд кожи беспокоит 1 месяц, за это время в связи с плохим аппетитом похудела на 4 кг. Объективно: кожные покровы желтушны, со следами расчёсов, лимфоузлы не прощупываются. В легких - дыхание везикулярное. Пульс 65 уд/мин, ритмичный. А/Д 110/70 мм.рт.ст. Тоны сердца звучные. Язык красный. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье. Печень выступает из под реберной дуги на 2 см, мягкая. Селезёнку прощупать не удаётся. Анализ крови: эр - 3,7 млн, Нв - 78 г/л, цв.пок. - 0,9, Лей. - 8,0 тыс, СОЭ - 23 мм/час. Анализ мочи: реакция на желчные пигменты положительная.

1. Перечислите не менее четырех заболеваний при котором наблюдается выше указанные симптомы;
2. Предполагаемый диагноз (основной, осложнение);
3. Информативные методы исследования;
4. Тактика ВОП;

9. Больной М., 16 лет обратился к ВОП с жалобами на общую слабость, дрожание рук и ног, снижение аппетита, периодическое пожелтение кожи и слизистых. Со слов матери последние 2 года стал медлителен в разговоре, движениях, задумчив, раздражителен. Объективно: больной пониженного питания, «печеночные» ладони, легкая желтушность склер. В легких

везикулярное дыхание. Тоны сердца средней звучности, ритмичные. АД 120/70 мм рт.ст. Пульс 80 ударов в 1 мин. Печень выступает из под реберной дуги на 1 см, плотная, края острые. Селезенка + 3 см, плотноватая, безболезненная. Имеется небольшой асцит. По периферии роговицы глаз наблюдается отложение зеленовато – бурого пигмента.

1. Перечислите не менее четырех заболеваний при котором наблюдается выше указанные симптомы;
2. Предполагаемый диагноз;
3. Информативные методы исследования;
4. Укажите анализы имеющие решающий значение диагностики для этого заболевания;
5. Тактика ВОП ;

10. Больной Л., 28 лет обратился к ВОП с жалобами на пожелтение склер, боли в правом подреберье, потемнение мочи. Из анамнеза подобные явления периодически наблюдались у отца и старшего брата. Объективно: общее состояние относительно удовлетворительное. Живот мягкий, чувствителен в правом подреберье. Печень + 1 см, средней плотности. Селезенка не увеличенная. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца средней звучности, ритмичные. АД 110/70 мм рт.ст. Пульс 80 ударов в 1 мин. В крови билирубин общ. – 60 мкмоль/л, прямой – 45 мкмоль/л, непрямой – 15 мкмоль/л. Общий анализ крови без патологии. Печеночные ферменты в норме. При биопсии печени обнаружено преимущественно в центре долек грубо-зернистый зеленовато – коричневый нежелезосодержащий пигмент, структура печени не нарушена.

1. Перечислите не менее шести врожденных и приобретенных заболеваний при котором наблюдается выше указанные симптомы;
2. Предполагаемый диагноз;
3. Информативные методы исследования;
4. Тактика ВОП.

11. Больной М., 50 лет обратился к ВОП с жалобами на тяжесть в правом подреберье, горечь во рту, увеличение живота, общую слабость. Из анамнеза: часто злоупотреблял алкоголем. При осмотре: кожные покровы бледные с желтушным оттенком, гинекомастия. На коже живота сеть венозных коллатералей. Живот увеличен за счет асцита. Печень + 6 см, плотная бугристая, с неровными контурами, край заострен. Селезенка увеличена (+ 1 см). Наличие геморраидальных узлов. Наблюдается явления энцефалопатии.

1. Перечислите не менее четырех заболеваний при котором наблюдается выше указанные симптомы;
2. Предполагаемый диагноз;
3. Информативные методы исследования;
4. Какие изменения в УЗИ подтверждает предполагаемый диагноз;
5. Тактика ВОП.

12. Больная Л., 76 лет, обратилась к ВОП с жалобами на желтушную окраску кожи и склер с сильным зудом, периодическое повышение температуры. Из анамнеза: 30 лет назад болела малярией. 2 года тому назад беспокоили приступообразные боли в правом подреберье с ознобами, желтухой перемежающегося характера которые прошли после инъекции спазмолитиков. Объективно: кожа и слизистые иктеричные, видны следы расчесов на коже. При пальпации живота выявлена увеличенная плотная печень + 2 см. Селезенка не увеличена. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД 130/70 мм рт.ст. Пульс 70 ударов в мин. ОАК – Нв-110 г/л, эритроц. – $3,6 \cdot 10^{12}$, лейкоц.- $11 \cdot 10^9$, СОЭ-23 мм/час.

1. Перечислите не менее трех заболеваний при котором наблюдается выше указанные симптомы;
2. Предполагаемый диагноз;
3. Информативные методы исследования;
4. Тактика ВОП.

Критерии оценки

Максимальный балл 20-19	18-17 балл	16-15 балл	14-13 балл	12 балл
отлично	хорошо	удовлетворительно	неудовлетворительно	Плохо
100%-86%	85%-73%	70-56%	53%-46%	43% и меньше

4.2.2.Графический органайзер «рыбий скелет».

Цель схемы «рыбьего скелета» описать целый круг поле проблемы и попытаться решить ее, развивает и активизирует системное, творческое, аналитическое мышление.

Ход схемы: студенты знакомятся с правилами построения схемы. Индивидуально или в парах записывают на верхней косточке формулировку подпроблем, а на нижней – факты подтверждающие что данные проблемы существуют.

Объединяются в мини группы, сравнивают и дополняют свою схему.

Далее проводят презентацию результатов. Презентация заполненной схемы позволяет продемонстрировать взаимосвязь подпроблем. Их комплексный характер.



Критерии оценки

Максимальный балл 20-19	18-17 балл	16-15 балл	14-13 балл	12 балл
отлично	хорошо	удовлетворительно	неудовлетворительно	Плохо
100%-86%	85%-73%	70-56%	53%-46%	43% и меньше

4.3. Практическая часть

Перечень навыков, которым ВОП должен владеть после завершения занятий по данной тематике

1. Провести осмотр больных с заболеваниями, сопровождающимися желтухами.
2. Интерпретация анализов, данных лабораторно-инструментальных исследований, (клинические и биохимические анализы крови, мочи, кала, рентгенологические исследования ЖКТ, ЭФГДС, УЗИ печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, сканирование, гепатография, анализ дуоденального зондирования) больных с заболеваниями сопровождающимися и желтухами (гепатиты, циррозы, холецистит, жировая дистрофия печени, гемохроматоз, болезнь Вильсона-Коновалова, синдром Бадда-Киари, застойная сердечная недостаточность, лейкозы, острые и хронические инфекционные заболевания-болезнь Боткина, гепатиты В, С, Д, Е, лептоспироз, желтая лихорадка, инфекционный мононуклеоз, тифопаратифозные инфекции, малярия; конституциональные, гемолитические, печеночные, холестатические желтухи).
3. Выписывание лекарственных препаратов в зависимости от этиологии с заболеваниями, сопровождающимися желтухами.

Желтуха

Желчекаменная болезнь, опухоли билиарно-панкреатической зоны (опухоль печени, желчного пузыря, поджелудочной железы)

№ этапа	Показатели/ интерпретация	Не выполнено	Выполнено полностью
	Курация больного	0	50
	Общий анализ крови		
	Общий анализ мочи		
	АЛТ, АСТ		
	Билирубин		
	Общий белок, белковые фракции		
	Тимоловая проба		
	Маркеры гепатита		
	УЗИ печени, желчного пузыря, поджелудочной железы		
	Консультация инфекциониста		
	Консультация гематолога	0	10
	Консультация хирурга		
	Консультация онколога		
	Дифференциальная диагностика		
	Обоснование диагноза		
	Тактика ВОП и назначение лечения	0	10
	Рекомендации	0	10
ИТОГО		0	100

Максимальный балл 20-19	18-17 балл	16-15 балл	14-13 балл	12 балл
отлично	хорошо	удовлетворительно	неудовлетворительно	Плохо
100%-86%	85%-73%	70-56%	53%-46%	43% и меньше

5. КОЛИЧЕСТВО И ВИДЫ КОНТРОЛЬНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ДЛЯ ОЦЕНКИ ЗНАНИЙ СТУДЕНТА

- Устно
- Письменно
- Решение ситуационных задач
- Демонстрация освоенных практических навыков

5.1. Критерии оценок знаний и умение практических навыков студентов.

№	Оценка	отлично	хорошо	удовл	неуд	плохо
	Усвоение в %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% и ниже
1	Теоретическая часть	20-17,2 балл	17-14,2 балл	14-11 балл	10,8-7,4 балл	7,2 балл
2	Ситуационные задачи	50-43 балл	42,5- 35,5 балл	35- 27,5 балл	27-18,5 балл	18 балл
3	Тест	15-12,9 балл	12,7-10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5 балл	5,4 балл
4	Практическая часть	15-12,9 балл	12,75-10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5- балл	5,4 балл

6. Критерии оценки текущего контроля

Уровни оценок	Рейтинг Баллы	Характеристика работы студента
	20	Балл присутствия на практическом занятии. Полное отсутствие уровня знаний и не умение выполнить практический навык – студент абсолютно не готов к практическому занятию.
Не удовлетворительно	20 - 54,9	Студент отвечает неудовлетворительно. Студенты не владеет базовыми уровнями знаний и навыков, хотя бы одного из нижеперечисленных: <ul style="list-style-type: none"> • Не знает, как проводить пальпацию и перкуссию печени • Не знает основные клинические проявления желчекаменной болезни, основные симптомы опухолей печени, желчного пузыря, поджелудочной железы • Не знает патогенез возникновения желтух при желчекаменной болезни, опухолях билиарно-панкреатической зоны • Не может перечислить основные методы диагностики ЖКБ, опухолей желчного пузыря,

		<ul style="list-style-type: none"> • Не способен собрать рациональный анамнез во время курации больных с ЖКБ, опухолях желчного пузыря и поджелудочной железы • Во время курации не способен объективно оценить состояние больных с желтухами • Не способен рационально составлять план обследования больным с желтухами • Не способен провести дифференциальную диагностику больных с желтухами
Обеспечение базового уровня знаний и навыков		
Удовлетворительно 55-70,9%	55-60,9	Удовлетворительный ответ низкого качества. Студент старается владеть базовыми уровнями знаний и навыков (см.ниже), но при ответе или выполнении навыков допускает серьезные ошибки.
	61-65,9	Удовлетворительный ответ средней степени. Студент владеет базовыми уровнями знаний и навыков (см.ниже), но при ответе или выполнении навыков допускает ошибки (возможны отдельные погрешности)
	66-70,9	Удовлетворительный ответ высокого качества. Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков: <ul style="list-style-type: none"> • Знает, как проводить пальпацию и перкуссию печени • Знает основные клинические проявления желчекаменной болезни, основные симптомы опухолей печени, желчного пузыря, поджелудочной железы • Знает патогенез возникновения желтух при желчекаменной болезни, опухолях билиарно-панкреатической зоны • Может перечислить основные методы диагностики ЖКБ, опухолей желчного пузыря, • Способен собрать рациональный анамнез во время курации больных с ЖКБ, опухолями желчного пузыря и поджелудочной железы • Во время курации способен объективно оценить состояние больных с желтухами • Способен рационально составлять план обследования больным с желтухами • Способен провести дифференциальную диагностику больных с желтухами • Способен собрать рациональный анамнез во время курации больных с ЖКБ и опухолями желчного пузыря, поджелудочной железы • Во время курации способен объективно оценить состояние больных с желтухами • Способен рационально составлять план обследования больным с ЖКБ, опухолями желчного

		пузыря и поджелудочной железы •
Продвинутый уровень знаний		
Хорошо 71-85,9%	71-75,9	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (указанные в пункте «66-70,9») + владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Способен провести дифференциальную диагностику больных с желтухами • Может интерпретировать результаты лабораторно-инструментальных методов исследования – может указать о наличие лейкоцитоза, повышенного СОЭ, может интерпретировать заключение УЗИ и Компьютерной томографии. Способен корректно заполнять дневник больного. • Знает механизм действия лекарственных препаратов, применяющихся для лечения ЖКБ
	76-80	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «71-75,9», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Знает патогенез развития желтух • Знает принципы первичной, вторичной и третичной профилактики желтух при желчно-каменной болезни, опухолях билиарно-панкреатической зоны.
	81-85,9	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «71-75,9» и «76-80», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Может рассказать основные принципы ведения, наблюдения и мониторинга больных с ЖКБ и опухолями билиарно-панкреатической зоны в условиях СВП или СП. • Умеет провести консультацию по вопросам немедикаментозных и медикаментозных советов с использованием навыков МЛО. • Знает принципы диспансеризации и реабилитации больных с желтухами в условиях СВП или СП
Отлично 86-100%	86-90	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «81-85,9», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Знает показания к консервативному и оперативному лечению ЖКБ и опухолей билиарно-панкреатической зоны. • Подробно рассказывает дифференциальную диагностику различных заболеваний, сопровождающихся желтухами, а также между ЖКБ и опухолями билиарно-панкреатической зоны

		<ul style="list-style-type: none"> • Умеет предоставлять достоверную информацию о заболеваниях, сопровождающихся желтухами на основании интернет данных
	91-95	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «86-90», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Знает классификацию опухолей желчного пузыря, печени, поджелудочной железы по TNM? • Может объяснить механизм развития желтух при различных заболеваниях. • Знает принципы диспансерного наблюдения, контроля и реабилитации больных с ЖКБ и опухолями билиарно-панкреатической зоны
	96-100	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «91-95», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Предоставил научные данные на основе дополнительной литературы (статьи и интернет) • Знает показания и противопоказания к оперативному лечению при ЖКБ • Знает какое лечение требуется больным с опухолями билиарно-панкреатической зоны • Может на английском языке спросить жалобы, собрать анамнез и коротко рассказать о заболевании больному с ЖКБ и опухолями билиарно-панкреатической зоны

Примечание: Базовый уровень знаний и навыков – это минимум знаний, который обеспечивает принцип «безопасности» для пациента.

7. Контрольные вопросы

1. Этиология холестатических (механических) желтух – внепеченочных.
2. Клиника холангитов, холедохолитиазов, стриктур желчного протока, рака желчного пузыря, рака головки поджелудочной железы, рака желчного пузыря, аскаридоза.
3. Диагностика холангитов, холедохолитиазов, стриктур желчного протока, рака желчного пузыря, рака головки поджелудочной железы, рака желчного пузыря, аскаридоза.
4. Дифференциальная диагностика внепеченочных и внутripеченочных желтух.
5. Этиология холестатических (механических) желтух – внутripеченочных.
6. Клиника препаратогенного холестаза, первичного и вторичного билиарного цирроза печени, новообразований печени.
7. Диагностика препаратогенного холестаза, первичного и вторичного билиарного цирроза печени, новообразований печени.

8. Тактика ВОП при механических желтухах.

8. Рекомендуемая литература

Основная

1. Ички касалликлар, Бобожанов С. Т: Янги аср авлод, 2008
2. Внутренние болезни, том 2 Мухин Н.А. М.: ГЭОТАР - Медиа, 2009
3. Textbook of Internal Medicine Editor-in-Chief William N. Kelley 1997

Дополнительные

1. Умумий амалиёт врачлар учун маърузалар туплами , Гадаев А.Г., Т., 2012
2. Общая врачебная практика, Под ред. Ф.Г. Назирова, А.Г. Гадаева. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
3. Справочник врача общей практики. Дж. Мёрта. М.: Практика, 1998.
4. Сборник практических навыков для врачей общей практики. Гадаев А., Ахмедов Х.С. Т., 2010.
5. Умумий амалиёт врачлар учун амалий куникмалар туплами Гадаев А.Г., Ахмедов Х.С., 2010. Т.
6. Умумий амалиёт шифокори учун кулланма Ф.Г. Назиров, А.Г. Гадаев тахр. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.
7. Лечение болезней внутренних органов. Огороков А.Н. 2005.
8. Дифференциальный диагноз внутренних болезней. Виноградов А.В. М.: Медицинское информационное агенство, 2009.
9. Внутренние болезни: учебник. - в 2-х т. (2 т.) Под ред. Мартынова и др. М.: ГЭОТАР - Медиа, 2005:

Интернет ресурсы:

<http://elibrary.ru> <http://www.freebooks4doctors.com/> <http://www.medscape.com/>
<http://www.mededucation.net/> <http://www.thecochranelibrary.com>.

9. Хронологическое содержание занятия

Время	Мероприятия	Содержание	Материалы	Продолжительность занятия
8.30–9.30	Утренняя конференция	Доклад дежурных врачей и дежурных субординаторов по дежурству.	Истории болезни, кодоскоп.	1 час
9.15-10.00	Клинический аудит выписываемых больных.	Подробный доклад студентов о выписываемых больных.		45 минут
10.05-10.45	Теоретический разбор темы	Проверка исходного уровня подготовленности студентов с использованием метода работы в малых группах. Студентам раздаются ситуационные задачи по данной теме, они должны анализировать и дать заключение	Ситуационные задачи, таблицы, соответствующие теме занятия, учебные доски.	40 минут

10.45 - 11.05.	Проработка практических навыков.	Студент под надзором преподавателя должен выполнить минимум два практического навыка.	Больной или волонтер.	20 минут
11.05-11.45	Курация больных в отделении	Каждый студент курирует больных определенной палаты.	Больной, фонендоскоп, тонометр, история болезни (с данными клинико-лабораторных исследований).	40 минут
11.45-12.15	Перерыв			30 мин
12.20-13.20	Разбор тематических больных	По выбору педагога проводится полный осмотр больного по теме занятия или пациентов, готовящихся к выписке, анализ данных лабораторно-инструментального исследования, обоснование предварительного и окончательного клинического диагнозов. Определяется план лечения с дозами препаратов.	Больной, фонендоскоп, тонометр, история болезни (данными клинико-лабораторных исследований).	1 час

НЕФРОЛОГИЯ

Практическое занятие №31

Тема: Дизурия. Дифференциальная диагностика мочекишлого диатеза, острого и хронического цистита, пиелонефрита. Тактика ВОП. Показания направления к узкому специалисту и госпитализации.

Технология обучения

Учебное время: 6 часа	Количество студентов 8-10
Структура учебного занятия	<ol style="list-style-type: none"> 1. Учебный тематический кабинет кафедры. 2. Учебные пособия, раздаточный материал, сборник ситуационных задач и тестов 3. Больничные палаты. 4. Телевизор, видео аппаратура, мультимедиа
<p>Цель учебного занятия: Научить ВОП вопросам своевременной диагностики и дифференциальной диагностики выбору оптимального варианта лечебной тактики при нефропатиях (НП), обусловленными различными заболеваниями, а также принципам ведения больных в условиях первичного звена здравоохранения, предусмотренных требованиями "Квалификационной характеристики врача общей практики»</p>	
<p>Педагогические задачи:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ознакомить ВОП с перечнем заболеваний, сопровождающихся НП и подлежащих лечению в условиях СВП (ГВП) или специализированных стационаров. 2. Научить ВОП диагностике заболеваний, сопровождающихся НП: нефропатии: беременных, диабетическая, лекарственная. 	<p>Результаты учебной деятельности: ВОП должен знать:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Механизм возникновения НП при следующих заболеваниях: диабет, у беременных, при лекарственных поражениях. 2. Дифференциальную диагностику заболеваний, протекающих с НП 3. Тактику ВОП.

<p>3. Обсудить вопросы тактики ведения в рамках квалификационной характеристики ВОП</p> <p>4. Обсудить принципы лечения (немедикаментозные и медикаментозные).</p> <p>5. Обсудить принципы ведения, наблюдения и мониторинга больных в условиях СВП или СП.</p> <p>6. Обсудить принципы первичной, вторичной и третичной профилактики при данных заболеваниях.</p>	<p>4. Принципы лечения (медикаментозное и немедикаментозное) при данных заболеваниях.</p> <p>5. Принципы диспансерного наблюдения и мониторинга больных в условиях СВП или СП.</p> <p>6. Принципы первичной, вторичной и третичной профилактики при данных заболеваниях.</p> <p><u>ВОП должен уметь:</u></p> <p>1. Диагностировать, дифференцировать по клинике и лабораторно-инструментальным данным заболевания, протекающие с НП</p> <p>2. Выбрать препараты с доказанной эффективностью</p> <p>3. Консультировать по немедикаментозным методам лечения.</p> <p>4. Провести мониторинг в условиях СВП или СП.</p>
Методы обучения	Лекция, ситуационные задачи, тесты, демонстрация, видеопросмотр, дискуссия, беседа, обучающая игра <u>мозговой штурм</u>
Формы организации учебной деятельности	Индивидуальная работа, работа в группах, коллективная, аудиторная, внеаудиторная.
Средства обучения	Учебные пособия, раздаточный материал, сборник ситуационных задач и тестов, набор анализов. Телевизор, видео аппаратура, мультимедиа.
Способы и средства обратной связи	Блиц-опрос, тестирование, презентация результатов выполнения учебного задания, заполнение истории болезни, выполнение практического навыка чтение клинических и биохимических анализов

Технологическая карта занятия

Тема: Дизурия. Дифференциальная диагностика мочекишечного диатеза, острого и хронического цистита, пиелонефрита. Тактика ВОП. Показания направления к узкому специалисту и госпитализации.

Этапы практического занятия	Форма занятия Место проведения	Длительность занятия 225
Вводная часть (обоснование темы)		10
Обсуждение темы практического занятия с применением новых педагогических технологий (метод «ролевая игра»), а также демонстрационного материала (истории болезни, таблицы, плакаты, рентгенограммы), определение исходного уровня.	Опрос, обсуждение Учебная комната, палаты	40
Вывод обсуждения		10

Определение задания для выполнения практической части - профессиональный расспрос. Объяснение положений и рекомендаций для выполнения задания по заполнению истории болезни.	Обсуждение	20
Освоение практической части занятия под руководством преподавателя.	Проф. расспрос. Беседа с больными и заполнение мед карт, ситуационные задачи. Осмотр тематических больных	20
Интерпретация данных обследования больных- жалобы, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация больных, а также исследования ОАМ, ОАК и биохимические анализы и постановка диагноза	Истории болезни, лабораторные данные ситуационные задачи	25
Обсуждение теоретических, практических знаний студентов, закрепление материала, определение уровня усвоения оценкой знаний.	Устный опрос, тесты, обсуждение, определение практических навыков Учебная комната	75
Определение вывода по теме практического занятия, оценка по 100 бальной системе и объявление оценок. Домашнее задание следующего практического занятия (сборник вопросов).	Информация, вопросы для самостоятельной работы. Учебная комната	25

2.Мотивация

Большинство больных с мочевого осадка обращаются за медицинской помощью, причины которых могут быть различные. В этой ситуации важно уметь его отдифференцировать. Усилие врача общей практики (ВОП) направляется на диагностику мочевого синдрома, обусловленного различными заболеваниями. В случае диагностики заболевания, сопровождающегося нефропатиями, ВОП предстоит решать вопрос об определении группы больных, подлежащих лечению в условиях первичного звена здравоохранения, или направлении в специализированные стационары. Эти и другие обстоятельства являются основанием для включения данной тематики в программу подготовки ВОП.

3. Межпредметные и внутрипредметные связи

Анатомия, Гистология с эмбриологией и цитологией, Биология, Нормальная физиология, Биохимия, Патологическая анатомия, Патологическая физиология, Топографическая анатомия и оперативная хирургия, Пропедевтика внутренних болезней, Онкология, Рентгенология и медицинская радиология, Физиотерапия, Эндокринология, Факультетская терапия, Госпитальная терапия, Урология.

4 Содержание занятия

4.1. Теоретическая часть

На практическом занятии в теоретической его части последовательно рассматриваются следующие вопросы:

Диабетическая нефропатия (преимущественно в виде диабетического гломерулосклероза) встречается при сахарном диабете I и II типов, характеризуется, наряду с протеинурией, полинейропатией, микро - и макроангиопатией. При тромбозе почечных вен больные жалуются

на интенсивная боль в поясничной области, наряду с протеинурией у них выявляется эритроцитурия (до степени макрогематурии), олигоурия, анурия с развитием ОПН.

Нефропатия беременных обычно развивается на фоне предшествовавшей водянки беременных. Для выявления нефропатии у каждой беременной систематически исследуют мочу на наличие белка, измеряют артериальное давление (АД) и контролируют массу тела путем взвешивания.

Для нефропатии беременных характерна триада симптомов: отек; повышение АД; наличие белка в моче. Иногда выражены не три, а один или два из указанных симптомов.

Нефропатия опасна для здоровья женщины и развития плода, возможна смерть плода. Нефропатия беременных, или поздний токсикоз беременности, - заболевание, возникающее у женщин со здоровыми почками, как правило, в III триместре беременности и проходящее после ее окончания. Такую нефропатию называют первичной. Проявляется она протеинурией, отеками и гипертензией, причем возможны как моно-, так и полисимптомный варианты токсикоза. Среди причин материнской и перинатальной детской смертности нефропатия беременных занимает относительно высокий удельный вес. Частота нефропатии беременных, по данным разных авторов, колеблется в пределах 2,2-15,0 %.

Наиболее частым и важным проявлением нефропатии беременных служит гипертензивный синдром. Если у женщины во второй половине беременности артериальное давление превышает 130/85 мм рт. ст. или увеличивается на 20-30 мм рт. ст. по сравнению с исходным, то следует подозревать нефропатию. При этом учитывают, что у здоровых женщин при нормальном течении беременности артериальное давление почти не изменяется. Гипертензия может быть значительной, но редко переходит в злокачественную форму. Она является как бы предвестником эклампсии. Высокая гипертензия может вызвать перегрузку левого желудочка с явлениями сердечной астмы и отека легких.

Следует считать весьма неблагоприятным развитие позднего токсикоза на фоне имевшейся до беременности гипертензии, поскольку в таких случаях течение его более тяжелое. Кроме того, имеется опасность недооценки исходного давления. Плохим прогностическим признаком является высокий уровень диастолического давления даже при относительно невысоком систолическом.

Изменения сосудов глазного дна наблюдаются не всегда. Чаще они подобны тем, которые имеют место при гипертензии - спазм артериол (гипертоническая ангиопатия), отек соска зрительного нерва, кровоизлияния и очаги дегенерации. В тяжелых случаях (при злокачественном гипертензивном синдроме) резко выраженные изменения глазного дна являются показанием для срочного родоразрешения. Для нефропатии беременных характерно исчезновение изменений со стороны глазного дна при нормализации артериального давления. Напротив, тяжелые и стойкие изменения на глазном дне чаще свидетельствуют о хроническом нефрите, гипертонической болезни.

Вторым по частоте встречаемости является отечный синдром. Вначале отеки незначительны и объективно их трудно определить. Поэтому обязательно еженедельное взвешивание беременной женщины. Увеличение массы тела более чем на 600 г за неделю свидетельствует о патологической задержке жидкости в организме. Сперва отеки появляются на ногах, затем распространяются на бедра, поясницу, живот, молочные железы, реже на лицо. Полостные отеки встречаются редко. Диурез обычно снижен, а при значительных отеках, особенно быстро развивающихся, может наблюдаться резко выраженная олигурия.

Протеинурия, достигающая 1-6 г/л, а иногда 40 г/л и более, в сочетании с микрогематурией и цилиндрурией - третий важный клинико-лабораторный признак нефропатии беременных. Более значительная гематурия может указывать на сочетание нефропатии с гломерулонефритом.

При дифференциальной диагностике необходимо иметь в виду различные заболевания почек (гломерулонефрит, пиелонефрит). В таких случаях отмечается более тяжелое течение, токсикоз возникает в более ранние сроки беременности, с трудом поддается терапии и приводит

к значительному увеличению перинатальной смертности. Следует учитывать при этом время возникновения нефропатии, отсутствие или наличие в анамнезе указаний на заболевание почек.

Лекарственные поражения почек широко распространены, имеют разные причины и часто остаются не диагностированными. Малоизвестные всего лишь 30 лет назад, сейчас они занимают важное место в практике терапевтов, нефрологов и других специалистов.

Лекарственную причину необходимо предполагать в каждом случае почечной недостаточности - как острой, так и хронической независимо от ее природы - клубочковой, канальцевой или сосудистой. Один и тот же лекарственный препарат может вызвать разные варианты поражения почек, например преренальную (гемодинамическую) острую почечную недостаточность (ОПН), острый канальцевый некроз (ОКН) или хронический прогрессирующий интерстициальный нефрит. Механизмы повреждающего почки действия лекарств сводятся к трем основным вариантам:

- прямое нефротоксическое действие препаратов (блокада внутриклеточных метаболических и транспортных процессов);
- развитие иммунных реакций клеточного или гуморального типа, в том числе аллергических;
- вмешательство в почечную гемодинамику и гормональную регуляторную систему почек.

С практической точки зрения лекарственные поражения почек удобно подразделять на острые и хронические. Важно также выделять ведущий клинический синдром - это необходимо для дифференциальной диагностики и выявления лекарственной этиологии нефропатии. Лекарственные поражения почек проявляются ОПН; хронической почечной недостаточностью (ХПН); протеинурией или нефротическим синдромом; канальцевыми нарушениями; обструкцией мочевых путей, обструктивной уропатией. Острые лекарственные поражения почек могут быть функциональными (преходящими, обратимыми) и органическими (с развитием структурных изменений). К острой функциональной почечной недостаточности ведут:

- острые нарушения системной гемодинамики (гиповолемия, снижение АД при лечении диуретиками, гипотензивными препаратами), приводящие к снижению почечного кровотока, клубочковой фильтрации - развитию преренальной ОПН;
- острые нарушения локальной гемодинамики на уровне почечных клубочков из-за изменения тонуса приносящей и/или выносящей артериол (при применении нестероидных противовоспалительных средств, ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента - ИАПФ, циклоспорина А) с развитием обратимой ОПН.

Острые поражения почек, возникающие при лечении индометацином, ибупрофеном, пироксикамом, пиразолонами, аспирином - и ненаркотическими анальгетиками - анальгином, фенацетином, парацетамолом, - связаны в первую очередь с влиянием на почечную гемодинамику - с блокадой локальных почечных простагландинов (ПГ).

Гемодинамические нарушения колеблются от небольшого снижения почечного кровотока и СКФ до развития в тяжелых случаях ОКН с ОПН - чаще возникают при приеме НПВС, реже - анальгина и аспирина. ОПН может развиваться в разные сроки лечения - от нескольких часов до нескольких месяцев. Приблизительно 1/3 этих больных требуется лечение гемодиализом, у 28% из них функция почек не восстанавливается.

При лечении ИАПФ может развиваться резкое снижение СКФ вплоть до ОПН, частота которой составляет 2,3% от всех случаев лекарственной ОПН; у пожилых лиц частота выше - 6-23%. факторами риска развития ОПН являются двусторонний стеноз почечных артерий или стеноз артерии единственной почки, тяжелая сердечная недостаточность, нефроангиосклероз, а также поликистозная болезнь почек.

При лечении циклоспорином А возможно развитие преренальной быстрообратимой ОПН за счет почечной вазоконстрикции с гипоперфузией клубочков. Острую нефротоксичность циклоспорина А усиливают аминогликозидные антибиотики, рентгеноконтрастные средства, НПВС, фуросемид, каптоприл, ципрофлоксацин, бисептол.

Острые органические лекарственные поражения почек возникают при длительном, выраженном действии повреждающего фактора или развитии иммунопатологических реакций.

Этот вариант лекарственного поражения почек часто проявляется ОПН и в своей основе имеет: 1) ОКН; 2) острый интерстициальный нефрит (в том числе некроз почечных сосочков); 3) острый лекарственный гломерулонефрит.

Среди лекарств, приводящих к ОПН и ОКН, на первом месте стоят антибиотики - ампициллин, цефалоспорины, амфотерицин. Но чаще других ОКН вызывают антибиотики группы аминогликозидов. Поражение почек развивается почти у 10% больных, леченных аминогликозидами (наиболее токсичны гентамицин, канамицин, тобрамицин; нефротоксичность стрептомицина невысока). Аминогликозиды выделяются почками в неизменном виде, их нефротоксичность связана с прямым клеточным тубулотоксическим действием. Риск нефротоксичности повышен у больных с хроническими заболеваниями почек (особенно - со сниженной функцией), высокой лихорадкой, водно-электролитными нарушениями (гиповолемией, дефицитом К), у лиц старческого возраста. Нефротоксичность аминогликозидов усугубляется при их комбинации с петлевыми диуретиками, цефалоспоридами, ванкомицином, амфотерицином В, антагонистами Са, рентгеноконтрастными средствами (РКС).

К нарушению концентрационной способности почек быстро присоединяется нарастающая азотемия без олигурии (неолигурическая ОПН). Системные симптомы медикаментозной аллергии (крапивница, бронхоспазм, эозинофилия) наблюдаются не всегда и не имеют решающего диагностического значения. Вследствие почечного канальцевого ацидоза с нарушением экскреции.

При дифференциальной диагностике лекарственных поражений почек, протекающих с ОПН, важнее всего установить сам факт лекарственной ОПН, так как основным терапевтическим вмешательством является отмена препарата (хотя при аллергических нефритах может быть эффективным назначение высоких доз преднизолона). Главными дифференциально-диагностическими признаками могут быть следующие:

- диурез при ОКН и остром интерстициальном нефрите обычно сохранен (неолигурическая ОПН); при остром гломерулонефрите и обструкции мочевых путей часта олигурия-анурия;
- экскреция Na и его экскретируемая фракция при канальцевом некрозе и интерстициальном нефрите обычно повышены (низкое количество Na в моче свидетельствует против прямого тубулотоксического действия препарата);
- при остром интерстициальном нефрите часто развиваются другие экстраренальные признаки гиперсенсibilизации: повышение в крови уровня IgE, сенсibilизация Т-лимфоцитов крови к лекарственным препаратам;
- выраженная протеинурия характерна для острого гломерулонефрита;
- наконец, всегда следует оценивать характер лекарственного препарата и иметь представление об основном механизме его действия.

Лечение больных АН предусматривает полное прекращение приема всех анальгетиков, а также НПВС. Лишь в случае крайней необходимости можно назначить парацетамол, обладающий наименьшей нефротоксичностью. Необходим прием большого количества жидкости (не менее 2 л в день). Показаны коррекция метаболического ацидоза и электролитных нарушений, раннее лечение нарушений метаболизма Са и Р.

При дифференциальной диагностики амилоидоза и нефропатий (беременных, диабетическая, лекарственная) следует дифференцировать по следующим критериям: этиопатогенез, клинические симптомы, лабораторные данные

Виды заболеваний.	Этиопатогенез	Клинические симптомы	Визуализирующие методы диагностики	Лабораторно-биохимические исследования
Нефропатия (диабетическая)	При диабетической	При диабетической нефропатии		Микроальбуминурия.

	нефропатии: поражение суставов, почек при сахарном диабете, сопровождающееся формированием узелкового или диффузного гломерулосклероза, терминальная стадия характеризуется развитием ХПН.	клинические проявления связаны со стадией заболевания: 1.Стадия микроальбуминурия. 2.Стадия протеинурии. 3.Стадия хронической почечной недостаточности.		Протеинурия. Анализ мочи на сахар +
Нефропатия (беременных)		Артериальное давление повышено, отеки при нефропатии беременных.	УЗИ почек. Обзорная и внутренняя урография.	Белок в моче.
Нефропатия (лекарственная)				Протеинурия.

Проверка исходного уровня подготовленности студентов с использованием метода «ротации».

Цель: обучение студентов критическому и аналитическому мышлению.

Основные положения методики:

В аудитории вывешивается несколько пронумерованных заданий. Каждой малой группе (2-3 чел) дается по 10 минут на обсуждение и запись своего варианта ответа с последующем обменом задания. Затем коллективно обсуждается качество ответов каждой группы, из которых выбирается оптимальные.

Преимущества метода: можно одновременно охватить несколько проблем. Метод позволяет за короткое время проверить знания студентов по всем основным разделам заданной темы. Обсуждение правильности своих и чужих ответов в сравнительном аспекте способствует развитие у студентов критического мышления.

Вопросы:

4. Дайте определение диабетической нефропатии и нефропатии беременных
5. Основные клинические и диф. диагностические признаки нефропатий
6. Тактика ВОП при обнаружении данного больного

Особого внимания требует от педагога правильность заполнения истории болезни и дневников субординаторами.

Метод «Мозговой штурм»

Цель. Данный метод используется для стимуляции обмена идеями, повышает степень вовлеченности участников, учит аргументировать и отстаивать собственную точку зрения, находить оптимальное решение в создавшейся ситуации.

Ход игры. Преподаватель задает студента вопросы по теме занятия:

1. Укажите этиолог. Причины развития ХПН

2. Перечислите клинические признаки ХПН
3. Расскажите об основных принципах терапии и профилактики ХПН с позиции ВОП
4. Приведите классификацию ХПН
5. Перечислите необходимые лабораторно-инструментальные методы исследования для больного с ХПН
6. Охарактеризуйте изменения при ХПН по стадиям
7. Назовите группы препаратов для лечения ХПН

Максимальный балл 20-19	18-17 балл	16-15 балл	14-13 балл	12 балл
отлично	хорошо	Удов	неудов	плохо
100%-86%	85%-73%	70-56%	53%-46%	43% и меньше

Примерное содержание ролевой игры.

Больная 26 лет, не замужем, работает санитаркой в детском саду. В школьные годы состояла на учете у ревматолога. Диагностирован митральный порок сердца. Получала бициллинотерапию. В связи с переменой места жительства последние 5 лет к врачам не обращалась, хотя периодически отмечала летучие боли в суставах и неприятные ощущения в области сердца с одышкой во время физической работы. Месяц назад перенесла ОРВИ.

Жалобы. Больная жалуется на сердцебиение, ноющие боли в левой половине грудной клетки, одышку к вечеру, потливость, повышение температуры тела до 37,8, появившиеся высыпания на теле мелкоочечного характера без зуда, боли в левом подреберье. 2 дня назад были боли в правой поясничной области приступообразного характера, после чего отметила покраснение мочи.

Проблема больной в настоящее время. Больная считает, что у нее мочекаменная болезнь, т.к. у матери были камни в почках с такими же клиническими проявлениями (боли, покраснение мочи).

Поведение во время консультации. Больная адинамична, встревожена появлением изменений в моче.

Осмотр. Больная астенична. Кожа влажная, в момент осмотра сыпи нет. Температура тела 37,1. Границы сердца расширены на 2 см, тахикардия - 120 ударов в 1 мин, мелодия сочетанного митрального порока. Селезенка выступает на 2 см из подреберья. Поколачивание поясничной области справа болезненное. В крови лейкоцитоз 18 тыс, СОЭ 28 мм/час. В моче следы белка, эритроциты 15-20 в п/зр. На ЭКГ-ритм синусовый, тахикардия, признаки гипертрофии обеих желудочков.

Обучающая точка зрения.

- 1) Правильный психологический подход, установить доверительные отношения с больной.
- 2) Заподозрить у больной бактериальный эндокардит с тромбоэмболическими осложнениями со стороны селезенки и правой почки.
- 3) Направить больную в ревматологическое отделение с дальнейшим обследованием: стерильность крови, эхокардиография и т.д.

Врач должен правильно оценить кажущуюся разнообразную симптоматику в единый диагноз и убедить больную в обязательной госпитализации ее в терапевтический (ревматологический, кардиологический) стационар, осторожно, но настойчиво объяснив серьезность заболевания (бактериальный эндокардит).

Практическая часть включает курацию больных студентами под наблюдениями и присутствии преподавателя в отделении нефрологии, так называемая учебная практика.

Раздаточный материал:

Студентам раздаются листы с содержанием названия темы, определения НП, перечня заболеваний, сопровождающихся НП, особенностями течения НП при них. Далее приводятся контрольные вопросы и список литературы.

На практическом занятии в теоретической его части последовательно рассматриваются следующие вопросы: определение, классификация ХПН, особенности течения ХПН, принципы лечения, показания к гемодиализу при ХПН. Хроническая почечная недостаточность (ХПН).

4.2. Аналитическая часть

Ситуационные задачи:

1. Больная 26 лет, имеет беременность сроком 28 недель. Жалобы на отеки конечностей, живота, сильные головные боли, уменьшение диуреза, одышку при ходьбе. Ухудшение самочувствия отмечает в течение месяца, постепенно. При осмотре: отеки стоп, голеней, бедер. Сердце - тоны средней звучности. АД -140/100 мм рт.ст, пульс- 80 уд. в мин, ритмичный. Диурез 400 мл. Ан.мочи: отн.плотн.- 1021, белок- 2 г/л, лейкоц.-5-7/1, эр.-3-5/1, соли- оксалаты.

1. Перечислите не менее трех заболеваний, при которых наблюдаются вышеуказанные симптомы;
2. Предполагаемый диагноз;
3. Информативные методы исследования;
4. Приведите классификацию данного заболевания по степени выраженности симптомов (укажите симптомы конкретно);
5. Тактика ВОП;

2. Больная, 60 лет, страдает сахарным диабетом в течение 10 лет. Обратилась к ВОП с жалобами на головные боли, отеки лица, тошноту, снижение аппетита, уменьшение диуреза. При осмотре: кожные покровы с сероватым оттенком, сухие. Отеки лица, пастозность голеней. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД 160/100 мм рт ст. В легких аускультативно в нижних отделах влажные мелкопузырчатые хрипы. Диурез снижен.

В анализе мочи: уд. вес- 1006, белок 1 г/л, лейкоциты 3-5/1, эритроциты 2-4/1. Глюкоза в крови – 8,2 ммоль/л.

1. Перечислите не менее четырех заболеваний, при которых наблюдаются вышеуказанные симптомы;
2. Предполагаемый диагноз;
3. Информативные методы исследования;
4. Какая группа препаратов является препаратом выбора для лечения АГ у этого больного (приведите 5 представителей этой группы с указанием дозы);
5. Тактика ВОП;

3. Больной 49 лет, обратился к ВОП с жалобами на отеки лица, конечностей, жидкий стул. Из анамнеза: три года назад установлен диагноз хронический абсцесс средней доли правого легкого, протекающий с обострениями в холодное время года. При осмотре: отеки лица, конечностей, при пальпации живота –урчание, болезненность вокруг пупка. Печень и селезенка увеличены. Диурез снижен до 500 мл в сут.

Ан.крови: НВ-106 г/л, эритро- 3×10^{12} /л, лейкоц - $9,6 \times 10^9$ /л, СОЭ- 28 мм/ч.

Ан. мочи: относит.плотность-1012, белок-6,5 г/л, лейкоц.-9-14/1, эритро.-8-11/1.

1. Перечислите не менее пяти заболеваний, при которых наблюдаются вышеуказанные симптомы;
 2. Предполагаемый диагноз;
 3. Информативные методы исследования;
 4. Перечислите не менее 5 клинических вариантов данного заболевания;
 5. Тактика ВОП;
-

4. Больной, 42 лет, длительно страдающий посттравматическим остеомиелитом правой бедренной кости обратился к ВОП с жалобами на головные боли, отеки на лице и на ногах. При осмотре: Кожные покровы сухие, отеки век, стоп, голеней, рыхлые. Тоны сердца приглушены, ритмичные, систолический шум над всеми точками выслушивания. АД 130/80 мм рт.ст. Пульс 94 уд в мин. Печень увеличена +3см. Диурез снижен.

В анализе крови: Нв-106 г/л, лейкоциты- $9,0 \times 10^9$ /л СОЭ-22 мм/ч. Ан.мочи: уд. вес-1012, белок-3,7г/л, эритроц.-6-8/1, лейкоц.-5-7/1, цилиндры гиал.- 7-10/1.

1. Перечислите не менее пяти заболеваний, при которых наблюдаются вышеуказанные симптомы;
2. Предполагаемый диагноз;
3. Информативные методы исследования;
4. Охарактеризуйте изменения в биохимическом анализе крови при данной патологии (укажите конкретно нормальные цифры и возможное отклонение у этого больного);
5. Тактика ВОП;

5. Больная 32 лет, имеет срок беременности 20 недель, жалуется на отеки, учащение выделения мочи, одышку при ходьбе, познбливание, боли в поясничной области справа. В анамнезе – периодически в течение нескольких лет отмечает боли в поясничной области с повышением температуры и выделением мутной мочи. При осмотре: температура тела $37,5^{\circ}\text{C}$, небольшие отеки нижних конечностей, живота, поясничной области. Пульс 90 уд в мин. АД 150/100 мм рт.ст. Симптом поколачивания области почек положителен справа.

Общий анализ крови – Нв-85 г/л, эритроц. - $2,8 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - 12×10^9 , СОЭ -25 мм/ч. Общий анализ мочи: количество – 100 мл., относит. плот.- 1006, белок -1,3 г/л, в осадке –лейкоциты -40-50/1, эритроциты измен.-5-10/1.

1. Перечислите не менее четырех заболеваний, при которых наблюдаются вышеуказанные симптомы;
2. Предполагаемый диагноз;
3. Информативные методы исследования;
4. Перечислите лекарственные препараты, рекомендованные к назначению при АГ у беременных с указанием дозы;
5. Тактика ВОП;

6. Больной 30 лет, обратился к ВОП с жалобами на головные боли, тошноту, иногда рвоту, снижение аппетита, сухость во рту, жажду, быструю утомляемость. Из анамнеза: в течение 10 лет находится на диспансерном учете у нефролога. При осмотре – кожные покровы и видимые слизистые бледные, АД 210/110. Тоны сердца ритмичные, акцент II тона на аорте. Со стороны легких изменений нет. Диурез увеличен.

В анализе крови – Нв-95 г/л, эритроциты- $3,0 \times 10^{12}$ /л, лейкоц.- $8,8 \times 10^9$ /л, СОЭ-22 мм/ч. Ан. мочи: уд. вес-1004, белок-0,96‰, эритроциты изм. 2-4/1, неизм-0-1/1, лейкоц.-6-8/1. Биохим. ан. крови: белок-52 г/л, мочевины крови -17 ммоль/л, креатинин-0,5 ммоль/л. Проба Зимницкого – выраженная полиурия (2,5 л), гипоизостенурия. Клубочковая фильтрация -30 мл/мин.

1. Перечислите не менее четырех заболеваний, при которых наблюдаются вышеуказанные симптомы;
2. Предполагаемый диагноз;
3. Информативные методы исследования;
4. Перечислите стадии осложнения данного заболевания;
5. Тактика ВОП с подробным описанием ведения больного (немедикаментозного и медикаментозного);

7. Больной 32 л., длительное время состоит на диспансерном учете по поводу хронического гломерулонефрита. В последний год появились сухость в рту, снижение аппетита, временами тошнота, увеличение суточной мочи до 2 л. При осмотре: кожа бледная, сухая, умеренные отеки в поясничной области, живота, нижних конечностей. АД 160/110 мм рт. ст. Пульс 72 уд. в мин. Анализ крови: Нв-80г/л, эритроц. – $3,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоц.- $6,5 \times 10^{12}$ /л., СОЭ-20 мм/ч. Общ. ан. мочи: уд. вес- 1010, белок-2,3 г/л, лейкоц. – 5-6/1, эритроц. изм.- 3-4/1, цилиндры гиал.-3-5/1. Биохим. анализ крови: белок – 60 г/л, уровень мочевины- 10 ммоль/л, креатинин-0,28 ммоль/л. Проба Зимницкого: общий диурез-2 л., ночной -1400, дневной-600 мл., колебания относительной плотности мочи-1008-1016.

1. Перечислите не менее четырех заболеваний, при которых наблюдаются вышеуказанные симптомы;
2. Предполагаемый диагноз;
3. Информативные методы исследования;
4. С помощью какой пробы и биохимического анализа крови устанавливаются стадии осложнения этого заболевания. Укажите в конкретных цифрах показатель этой пробы и биохимического анализа при различных стадиях этого осложнения;
5. Тактика ВОП с подробным ведением больного (медикаментозным и немедикаментозным).

8. Больная 30 лет, имеет I беременность сроком 22 недели, обратилась к врачу общей практики с жалобами на головную боль, частое мочеиспускание, боли в правой поясничной области, слабость температуры тела до 37,5 С. При объективном осмотре состояние средней тяжести. Температура 38,4⁰ С. Кожные покровы чистые, бледные. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких: дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердце - границы расширены по левой среднеключичной линии, тоны приглушены, ритмичные. Пульс 90 уд/мин. АД 150/90 мм рт.ст. Синдром поколачивания положительный справа. Диурез регулярный. Отеков нет. ЭКГ: признаки гипертрофии левого желудочка. Ан.мочи: уд.вес - 1016; реакция щелочная, белок 0,33%; л - 10-15/1; эр. - 3-4/1; соли – оксалаты. УЗИ почек – деформация чашечно-лоханочной системы правой почки.

1. Перечислите не менее трех заболеваний при котором наблюдается выше указанные симптомы;
2. Предполагаемый диагноз;
3. Информативные методы исследования;
4. Какие антибиотики рекомендуется с учетом наличие беременности;
4. Тактика ВОП.

9. Больная 20 лет, 1-я беременность (16 недель), обратилась к ВОП с жалобами на повышение температуры до 38,7⁰ С с ознобом, головной болью, частое мочеиспускание, слабость, боли в пояснице справа. Из анамнеза: болевает 2 день, связывает свое заболевание с переохлаждением. При осмотре общее состояние относительно удовлетворительное, температура 38⁰С, отмечается небольшая пастозность лица, периферических отеков нет. Со стороны внутренних органов отклонений от нормы нет. АД 130/80 мм рт.ст. Симптом поколачивания справа положительный. Ан.крови: Нв - 110 г/л; эр. - $3,5 \times 10^{12}$, л – $10,2 \times 10^9$, СОЭ - 29 мм/ч. Ан.мочи: уд.вес. – 1020; белок – 0,33%; эритроц. - 3-4/1; Л - в большом кол-ве; эпителий. – 7-8/1.

1. Перечислите не менее четырех заболеваний при котором наблюдается выше указанные симптомы;
2. Предполагаемый диагноз;
3. Информативные методы исследования;
4. Перечислите не менее 3 признаков активного воспаления почек при различных способах (в 1 мл мочи лейкоцитурия, бактериурия, определение активных лейкоцитов) исследованиях мочи (конкретно в цифрах);

5. Тактика ВОП;

10. Больная К., 32 года, замужем 6 лет, детей не имеет. Была у гинеколога несколько раз, принимала курс противовоспалительной терапии (по поводу эндометрита), 2 раза был самопроизвольный выкидыш. Через 1,5 месяца после выкидыша появились повышение температуры до 37,8⁰С, боли в правый поясничной области, озноб, учащение мочеиспускания. При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные, чистые, периферические лимфоузлы не увеличены. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс 80 уд/мин, АД 100/80 мм рт.ст. Язык слегка обложен белым налетом. Симптом поколачивания справа положительный.

Ан.крови: Нв-84 г/л; эр.-3,2 млн.; л- 9 500; СОЭ - 27 мм/час.

Ан.мочи: уд.вес – 1017; л - в больш.кол-ве, Эпит. - б/кол. Эрит.- 1-3/1, лейк-15-20 , белок – 0,033%.

1.Перечислите не менее четырех заболеваний при котором наблюдается выше указанные симптомы;

2. Предполагаемый диагноз;

3. Информативные методы исследования;

4. Опишите признаки симптома Ходсона (какие нормальные показатели этого синдрома) возможно имеющей у этой пациентки при экскреторной урографии;

5. Тактика ВОП;

11. Больная 35 лет, обратилась к ВОП в связи с отеками нижних конечностей. Принимала самостоятельно мочегонные, без эффекта. При расспросе было установлено, что отеки наблюдаются давно, сначала в области стопы, затем голени справа. В последнее время стала отекать и левая нога. При осмотре: бесформенно отечные нижние конечности (слоновость), отек плотной консистенции в области стоп, голеней, более выраженный справа, ямки при надавливании не остается, четко выраженная граница между отечной и неотечной частями ноги. Цвет кожи над отеками не изменен. Со стороны органов дыхания, кровообращения патология не выявлена. Пульс -70 в мин, АД 120/70. Анализы крови, мочи без изменений.

1. Перечислите не менее четырех заболеваний, при которых наблюдаются вышеуказанные симптомы;

2. Предполагаемый диагноз;

3. Информативный метод исследования;

4.Тактика ВОП с подробным ведением больного (медикаментозным и немедикаментозным);

12. Больной, 31 год, обратился к ВОП с жалобами на отеки лица, живота, конечностей, боли и чувство тяжести в поясничной области. Впервые отеки отмечал 4 года назад, после переохлаждения, которые прошли самостоятельно. После перенесенной ангины самочувствие резко ухудшилось. В момент осмотра: выраженные отеки лица, нижних конечностей, кистей рук, живота. АД 140/80 мм. рт. ст.

Общий анализ мочи: относительная плотность-1006, белок-6,65%, лейкоциты -5-6/1, эритроциты 10-17/1, цилиндры гиалиновые -2-4/1, зернистые 1-2/1.

Больной был госпитализирован в специализированное отделение, где был поставлен диагноз хронический гломерулонефрит с нефротическим синдромом высокой степени активности. Получил патогенетическое и симптоматическое лечение. Выписался из стационара в удовлетворительном состоянии и был рекомендован продолжать приём поддерживающего дозы патогенетической терапии. Однако больной прекратил самовольно приём препаратов а к своему врачу не обращался. Спустя два месяца вновь появились отеки, присоединилась тошнота, рвота, боли в животе различной локализации, болезненные мигрирующие рожеподобные эритемы в области живота. Снизился АД.

1. Какое осложнение развилось у больного;
2. Перечислите ещё не менее четырех возможных осложнений которые угрожают этому больному;
3. При каком ещё заболевании на фоне нефротического синдрома вероятность развития этих осложнений высока;
3. Какой должна быть тактика ВОП при данном случае;

13. Больная 28 лет, обратилась к ВОП в связи с отеками лица, кистей рук, голеней, уменьшение выделения мочи, мочеиспускание 1-2 раза в сутки, общую слабость, сонливость, увеличение веса. Считает себя больной в течение 3 лет. При осмотре: больная вялая, заторможена, интеллект снижен, охриплость голоса, лицо одутловатое, бледное, кожные покровы сухие, холодные, отеки в области голеней, при надавливании не оставляют ямку. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные. Пульс-58 уд.в мин, АД 100/60. Диурез уменьшен. Стул-склонность к запорам.

Общий анализ мочи – кол-во-100 мл, относит.плотность-1021, белок –отсутст., в осадке единичные лейкоциты, эритроциты.

- 1.Перечислите не менее пяти заболеваний, при которых наблюдаются вышеуказанные симптомы;
2. Предполагаемый диагноз;
3. Информативные методы исследования и какие из них имеют важное значение в диагностике этого заболевания и их нормальные показатели;
4. Тактика ВОП и принципы лечения;

14. Больная Л., 28 лет, обратилась к ВОП с жалобами на слабость, головную боль, боли в поясничной области, повышение температуры 37,6 °С, частое мочеиспускание. В анамнезе: частые простудные заболевания. Считает себя больной в течение 3 лет. Связывает свое заболевание с простудой во время беременности, получила курс пенициллина, невидрограмона. Эффект был незначительным. При осмотре общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные, пастозность лица. АД 150/90 мм рт.ст. Пульс 82 уд/мин., сердце – гипертрофия левого желудочка, акцент II тона на аорте. Со стороны легких отклонений от нормы нет. Симптом поколачивания положительный с 2 сторон. Общий ан. крови: Нв - 105 г/л; эр. - $2,6 \times 10^{12}$, л - $9,5 \times 10^9$; СОЭ - 34 мм/ч; общ.белок - 68,5; сахар в крови - 4,5 ммоль/л. Общ.ан.мочи: уд.вес - 1015; белок - 0,09%; эрит. - 3-4/1; л - 40-50/1; эпит. - б/к; соли - оксалаты в большом количестве.

- 1.Перечислите не менее четырех заболеваний при котором наблюдается выше указанные симптомы;
2. Предполагаемый диагноз;
3. Информативные методы исследования;
4. Как определяется и выше каких цифр будет ренально-кортикальный индекс у этой пациентки;
5. Тактика ВОП;

Максимальный балл 20-19	18-17 балл	16-15 балл	14-13 балл	12 балл
отлично	Хорошо	Удов	Неудов	плохо
100%-86%	85%-73%	70-56%	53%-46%	43% и меньше

4.2.2.Графический органайзер-кластер

Кластер (кластер – пучок, связка) – способ составления карты информации – сбора идей вокруг какого- либо основного фактора для фокусирования и определения смысла всей конструкции. Стимулирует актуализацию знаний, помогает свободно и открыто вовлекать в мыслительный процесс новые ассоциативные представления по теме.

Знакомятся с правилами составления кластера. В центре классной доски или большого листа бумаги пишется ключевое слово или название темы из 1-2 слов.

По ассоциации с ключевым словом приписывают сбоку от него в кружках меньшего размера «спутники» - слова или предложения, которые связаны с данной темой. Соединяют их линиями с «главным» словом. У этих «спутников» могут быть «малые спутники» и т.д. запись идет до истечения отведенного времени или пока не будут исчерпаны идеи.

Обмениваются кластерами для обсуждения.



4.3. Практическая часть

Перечень навыков, которым ВОП должен владеть после завершения занятий по данной тематике

1. Провести осмотр больных при НП.
2. Провести осмотр больных при различных стадиях хронической почечной недостаточности.
3. Интерпретация лабораторно-инструментальных данных при различных стадиях хронической почечной недостаточности и больных при ПН.

Изменение мочевого осадка

Пиелонефрит, гломерулонефрит, интерстициальный нефрит, амилоидоз, нефропатии, ХПН

№ этапа	Показатели/ интерпретация	Не выполнен о	Выполнен о полностью
	Курация больного	0	50
	Общий анализ крови		
	Общий анализ мочи		
	Анализ мочи по Нечипоренко		
	Общий белок, белковые фракции		
	Липидный спектр		
	Мочевина		
	Креатинин		
	Сахар в крови и в моче		
	Проба Реберга		
	УЗИ почек		
	КТ и ЯМР		
	Биопсия		
	Консультация уролога		
	Консультация онколога		
	Дифференциальная диагностика	0	10
	Обоснование диагноза	0	10
	Тактика ВОП и назначение лечения	0	10
	Рекомендации	0	10
ИТОГО		0	100

Максимальный балл 20-19	18-17 балл	16-15 балл	14-13 балл	12 балл
отлично	Хорошо	Удов	Неудов	плохо
100%-86%	85%-73%	70-56%	53%-46%	43% и меньше

5. Виды оценки знаний, навыков и умений

- Устно
- Письменно
- Решение ситуационных задач
- Демонстрация освоенных практических навыков

5.1. Критерии оценок знаний и умение практических навыков студентов.

№	Оценка	отлично	хорошо	удовл	неуд	плохо
	Усвоение в %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% и ниже
1	Теоретическая часть	20-17,2 балл	17-14,2 балл	14-11 балл	10,8-7,4 балл	7,2 балл
2	Ситуационные задачи	50-43 балл	42,5- 35,5 балл	35- 27,5 балл	27-18,5 балл	18 балл
3	Тест	15-12,9 балл	12,7-10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5 балл	5,4 балл

4	Практическая часть	15-12,9 балл	12,75-10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5- балл	5,4 балл
---	--------------------	--------------	-----------------	----------------	---------------	----------

6.Критерии оценки текущего контроля

Уровни оценок	Рейтинг баллы	Характеристика работы студента
	20	Балл присутствия на практическом занятии. Полное отсутствие уровня знаний и не умение выполнить практический навык – студент абсолютно не готов к практическому занятию.
Не удовлетворительно	20 - 54,9	<p>Студент отвечает неудовлетворительно.</p> <p>Студенты не владеют базовыми уровнями знаний и навыков, хотя бы одного из нижеперечисленных:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Не знает клинические признаки при нефропатиях (беременных, диабетической, лекарственной). • Не знает патогенетическое лечение нефропатий (беременных, диабетической, лекарственной) • Не знает факторы риска развития нефропатий (беременных, диабетической, лекарственной) • Не знает групп препаратов применяющихся при лечении нефропатий (беременных, диабетической, лекарственной) • Не может указать на лабораторные признаки нефропатий (беременных, диабетической, лекарственной). • Не способен собрать рациональный анамнез во время курации больных с нефропатиями (беременных, диабетической, лекарственной) • Во время курации не способен объективно оценить состояние больных с нефропатиями (беременных, диабетической, лекарственной) • Не способен рационально составлять план обследования больных с нефропатиями (беременных, диабетической, лекарственной) в условиях СВП или СП.
Обеспечение базового уровня знаний и навыков		
Удовлетворительно 55-70,9%	55-60,9	Удовлетворительный ответ низкого качества. Студент старается владеть базовыми уровнями знаний и навыков (см.ниже), но при ответе или выполнении навыков допускают серьезные ошибки.
	61-65,9	Удовлетворительный ответ средней степени. Студент владеет базовыми уровнями знаний и навыков (см.ниже), но при ответе или выполнении навыков допускают ошибки (возможны отдельные погрешности)
	66-70,9	Удовлетворительный ответ высокого качества. Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков: <ul style="list-style-type: none"> • Знает клинические признаки при нефропатиях

		<p>(беременных, диабетической, лекарственной).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Знает патогенетическое лечение нефропатий (беременных, диабетической, лекарственной) • Знает факторы риска развития нефропатий (беременных, диабетической, лекарственной) • Знает групп препаратов применяющихся при лечении нефропатий (беременных, диабетической, лекарственной) • Может указать на лабораторные признаки нефропатий (беременных, диабетической, лекарственной). • Способен собрать рациональный анамнез во время курации больных с нефропатиями (беременных, диабетической, лекарственной) • Во время курации способен объективно оценить состояние больных с нефропатиями (беременных, диабетической, лекарственной) • Способен рационально составлять план обследования больных с нефропатиями (беременных, диабетической, лекарственной) в условиях СВП или СП. • Может интерпретировать результаты лабораторно-инструментальных методов исследований – может указать наличие лейкоцитоза, сдвига лейкоформулы вправо или влево, повышенного СОЭ. • Может интерпретировать результаты лабораторно-инструментальных методов исследований – может указать наличие лейкоцитурии, протеинурии, бактериурии, эритроцитурии и на другие изменения мочевого осадка. • Может показать технику взятия общего анализа крови • Может показать технику взятия общего анализа мочи • Способен корректно заполнять дневник больного.
Продвинутый уровень знаний		
<p>Хорошо</p> <p>71-85,9%</p>	<p>71-75,9</p>	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (указанные в пункте «66-70,9») + владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Знает стадии развития нефропатий (беременных, диабетической, лекарственной) • Знает клиническую симптоматику и морфологические изменения свойственные каждой стадии развития нефропатий • Знает классификацию нефропатий • Знает механизм действия лекарственных препаратов применяющихся при нефропатиях различной этиологии (беременных,

		<p>диабетической, лекарственной).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Умеет рационально выбрать лекарственные препараты, используемые при лечении нефропатий (беременных, диабетической, лекарственной)
	76-80	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «71-75,9», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Знает патогенез нефропатий (беременных, диабетической, лекарственной), а также может назвать морфологическую картину развития • Знает принципы первичной, вторичной и третичной профилактики нефропатий (беременных, диабетической, лекарственной)
	81-85,9	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «71-75,9» и «76-80», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Принципы ведения, наблюдения и мониторинга, больных с нефропатиями (беременных, диабетической, лекарственной) в условиях СВП или СП. • Умеет провести консультацию по вопросам немедикаментозных и медикаментозных советов с использованием навыков МЛЮ. • Принципы диспансеризации и реабилитации больных с нефропатиями (беременных, диабетической, лекарственной) в условиях СВП или СП
Отлично 86-100%	86-90	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «81-85,9», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Знает принципы лечения нефропатий (беременных, диабетической, лекарственной) • Знает показания и противопоказания к экскреторной урографии при нефропатиях (беременных, диабетической, лекарственной) • Знает показания и противопоказания к ультразвуковому обследованию при нефропатиях (беременных, диабетической, лекарственной). • Умеет предоставлять достоверную информацию о нефропатиях (беременных, диабетической, лекарственной) на основании интернет данных

	91-95	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «86-90», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Знает рентгенологические признаки нефропатий (беременных, диабетической, лекарственной) • Знает УЗИ признаки нефропатий (беременных, диабетической, лекарственной) • Умеет определить этиологию нефропатий (беременных, диабетической, лекарственной), методами объективного осмотра и при помощи данных анамнеза.
	96-100	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «91-95», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Предоставил научные данные на основе литературы (статьи и интернет) • Знает этапы диспансеризации и реабилитации у больных с нефропатиями (беременных, диабетической, лекарственной)

7. Контрольные вопросы:

1. Определение нефропатий.
2. Этиология нефропатий.
3. Патогенез нефропатий.
4. Клиника нефропатий.
5. Диагностика нефропатий.
6. Диф. диагностика нефропатий
7. Пусковой механизм при нефропатиях
8. Осложнения и тактика ВОП при нефропатиях

11. Список литературы

Основные

1. Ички касалликлар, Бобожанов С. Т: Янги аср авлод, 2008
2. Внутренние болезни, том 1 Мухин Н.А. М.: ГЭОТАР - Медиа, 2009
3. Textbook of Internal Medicine Editor-in-Chief William N. Kelley 1997

Дополнительные

1. Умумий амалиёт врачлар учун маърузалар туплами , Гадаев А.Г., Т., 2012
2. Общая врачебная практика, Под ред.Ф.Г.Назирова, А.Г.Гадаева. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
3. Справочник врача общей практики. Дж.Мёрта. М.: Практика, 1998.
4. Сборник практических навыков для врачей общей практики. Гадаев А., Ахмедов Х.С. Т., 2010.
5. Умумий амалиёт врачлар учун амалий куникмалар туплами Гадаев А.Г., Ахмедов Х.С., 2010. Т.
6. Лечение болезней внутренних органов. Окороков А.Н. 2005.
7. Дифференциальный диагноз внутренних болезней. Виноградов А.В. М.: Медицинское информационное агенство, 2009.
8. Внутренние болезни: учебник.- в 2-х т. (2 т.) Под ред. Мартынова и др. М.: ГЭОТАР - Медиа, 2005:

Интернет ресурсы:

<http://www.lib.uiowa.edu/hardin/md/index.html>, <http://dir.rusmedserv.c>, <http://www.medlinks.ru/>, <http://www.kosmix.com/>, <http://www.medpoisk.ru/>, <http://www.tripdatabase.com/>, <http://www.klinrek.ru/cgi-bin/mbook>, <http://www.intute.ac.uk/medicine/>
<http://elibrary.ru> <http://www.freebooks4doctors.com/> <http://www.medscape.com/>
<http://www.mededucation.net/> <http://www.thecochranelibrary.com>

Практическое занятие №32

Изменения мочевого осадка. Дифференциальный диагноз при иммунно - воспалительных и воспалительных заболеваниях почек (острый и хронический гломерулонефрит, интерсти-циальный нефрит, острый и хронический пиелонефрит). Тактика ВОП в зависимости от иммунно – воспалительных и воспа-лительных заболеваниях почек. Показания к консультации специалистов.

Технология обучения

Учебное время: 4 часа	Количество студентов 8-10
Структура учебного занятия	<p>1. Кафедра ВОП с эндокринологией; нефрологическое и эндокринологическое отделение, клиники ТМА, лаборатория</p> <p>2. комплекты таблиц, набор анализов методические рекомендации, видеофильм;</p> <p>3. ТСО: компьютер с презентацией занятия</p>
<p>Цель учебного занятия: Научить ВОП вопросам своевременной диагностики и дифференциальной диагностики, выбору оптимального варианта лечебной тактики при пиелонефрите, при гломерулонефрите, интерстициальном нефрите а также принципам ведения больных в условиях первичного звена здравоохранения, предусмотренных требованиями "Квалификационной характеристики врача общей практики»</p>	
<p>Педагогические задачи:</p> <p>1. Рассмотреть вопросы диагностики пиелонефрита, гломерулонефрита, интерстициального нефрита.</p> <p>2. Продемонстрировать больных с пиелонефритом, гломерулонефритом, интерстициальным нефритом</p> <p>3. Обсудить данные клинических, лабораторно-инструментальных исследований при пиелонефрита, гломерулонефрите, интерстициальном нефрите.</p> <p>4. Провести дифференциальную диагностику пиелонефрита, гломерулонефрита, интерстициального нефрита.</p> <p>5. Обсудить принципы лечения данных заболеваний (немедикаментозные и медикаментозные).</p>	<p>Результаты учебной деятельности:</p> <p>Врач общей практики (ВОП) должен знать:</p> <p>Механизм возникновения пиелонефрита, гломерулонефрита, интерстициального нефрита</p> <p>Клинические проявления при пиелонефрите, гломерулонефрите, интерстициальном нефрите</p> <p>Диагностику пиелонефрита, гломерулонефрита, интерстициального нефрита</p> <p>Дифференциальную диагностику пиелонефрита, гломерулонефрита, интерстициального нефрита</p> <p>Медикаментозные препараты, используемые при лечении пиелонефрита, гломерулонефрита, интерстициального нефрита их фармакодинамику и дозировку. Тактику ВОП.</p>

<p>6. Обсудить принципы ведения, наблюдения и мониторинга больных в условиях СВП или СП.</p> <p>7. Обсудить принципы первичной, вторичной и третичной профилактики при данных заболеваниях.</p>	<p>Принципы лечения (медикаментозное и немедикаментозное) при данных заболеваниях.</p> <p>Принципы диспансерного наблюдения и мониторинга больных в условиях СВП или СП.</p> <p>Принципы первичной, вторичной и третичной профилактики при данных заболеваниях.</p> <p>ВОП должен уметь: Анализировать данные жалоб и анамнеза для диагностики пиелонефрита, гломерулонефрита, интерстициального нефрита Диагностировать, дифференцировать по клинике и лабораторно-инструментальным данным заболеваний, протекающих с пиелонефрита, гломерулонефрита, интерстициального нефрита Выбрать препараты с доказанной эффективностью Консультировать по немедикаментозным методам лечения. Провести мониторинг в условиях СВП или СП.</p>
<p>Методы обучения</p>	<p>Лекция, ситуационные задачи, тесты, демонстрация, видеопросмотр, дискуссия, беседа, обучающая игра Тур по галерее.</p>
<p>Формы организации учебной деятельности</p>	<p>Индивидуальная работа, работа в группах, коллективная, аудиторная, внеаудиторная.</p>
<p>Средства обучения</p>	<p>Учебные пособия, раздаточный материал, сборник ситуационных задач и тестов, набор анализов. Телевизор, видео аппаратура, мультимедиа.</p>
<p>Способы и средства обратной связи</p>	<p>Блиц-опрос, тестирование, презентация результатов выполнения учебного задания, заполнение истории болезни, выполнение практического навыка чтение клинических и биохимических анализов</p>

Технологическая карта занятия

Тема: Изменения мочевого осадка. Дифференциальный диагноз при иммунно - воспалительных и воспалительных заболеваниях почек (острый и хронический гломерулонефрит, интерсти-циальный нефрит, острый и хронический пиелонефрит). Тактика ВОП в зависимости от иммунно – воспалительных и воспа-лительных заболеваниях почек. Показания к консультации специалистов.

№	Этапы практического занятия	Форма занятия Место проведения	Длит-ть занятия 225
1	Вводная часть (обоснование темы)		10

2	Обсуждение темы практического занятия с применением новых педагогических технологий (метод «круглого стола»), а также демонстрационного материала (истории болезни, таблицы, плакаты, рентгенограммы), определение исходного уровня.	Опрос, обсуждение Учебная комната, палаты	40
3	Вывод обсуждения		10
4	Определение задания для выполнения практической части - профессиональный расспрос. Объяснение положений и рекомендаций для выполнения задания по заполнению истории болезни.	Обсуждение Осмотр в палате	20
5	Освоение практической части занятия под руководством преподавателя.	Проф. расспрос. Беседа с больными и заполнение историй болезни, ситуационные задачи. осмотр в палате	20
6	Интерпретация данных обследования больных- жалобы, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация больных, а также исследования ОАМ, ОАК и биохимические анализы и постановка диагноза	Истории болезни, лабораторные данные ситуационные задачи	25
7	Обсуждение теоретических, практических знаний студентов, закрепление материала, определение уровня усвоения оценкой знаний.	Устный опрос, тесты, обсуждение, определение практических навыков Учебная комната	75
8	Определение вывода по теме практического занятия, оценка по 100 бальной системе и объявление оценок. Домашнее задание следующего практического занятия (сборник вопросов).	Информация, вопросы для самостоятельной работы. Учебная комната	25

2. Мотивация

Иммуновоспалительные и воспалительные заболевания почек нередко встречаются в практике врача первичного звена здравоохранения. В этой ситуации усилие врача общей практики (ВОП) направляется на диагностику заболеваний почек. В случае диагностики иммуновоспалительных и воспалительных заболеваний почек ВОП предстоит решать вопрос об определении группы больных, подлежащих лечению в условиях СВП (СП), или направлении в специализированные стационары. Это является основанием для включения данной тематики в программу подготовки ВОП.

3. Межпредметные и внутрипредметные связи

Анатомия, Гистология с эмбриологией и цитологией, Биология, Нормальная физиология, Биохимия, Патологическая анатомия, Патологическая физиология, Топографическая анатомия и оперативная хирургия, Пропедевтика внутренних болезней, Онкология, Рентгенология и

медицинская радиология, Физиотерапия, Эндокринология, Факультетская терапия, Госпитальная терапия, Урология.

4. Содержание занятия

4.1. Теоретическая часть

На практическом занятии в теоретической его части последовательно рассматриваются следующие вопросы: острый и хронический гломерулонефриты и интерстициальный нефрит, диагностика и дифференциальная диагностика этих заболеваний.

Острый постстрептококковый гломерулонефрит развивается через 10-12 дней после ангины, фарингита. В моче наряду с протеинурией различной степени могут появляться эритроциты и цилиндры. Из экстраренальных симптомов наиболее важными являются отёки, артериальная гипертензия, олигурия.

Хронический гломерулонефрит протекает с несколькими клиническими синдромами: изолированным мочевым синдромом, гипертоническим, нефротическим синдромами и их сочетанием. Хронический гломерулонефрит с изолированным мочевым синдромом характеризуется субклиническим течением, изменение в моче чаще выявляются при диспансеризации. При этом экстраренальные симптомы отсутствуют, в моче – протеинурия не более 1-2 г/сут, микрогематурия, небольшая цилиндрурия.

Для хронического гломерулонефрита с гипертоническим синдромом характерны артериальная гипертензия, не высокая протеинурия, микрогематурия. Чаще встречается у лиц молодого возраста. Клиническое проявление: интенсивные головные боли, головокружения, снижение зрения, боли в области сердца, сердцебиение, одышка. На ЭКГ- признаки гипертрофии левого желудочка. Хронический гломерулонефрит может осложниться левожелудочковой недостаточностью (сердечная астма, отек легких).

Хронический гломерулонефрит с нефротическим синдромом характеризуется высокой протеинурией до степени нефротического синдрома и отеками.

Интерстициальный нефрит.

Интерстициальный нефрит – острое или хроническая абактериальное, неструктивное воспаление межтубулярной ткани почек с последующим вовлечением в процесс всего нефрона.

Острый интерстициальный нефрит.

Клиника: на 2-3 день после инъекций пенициллина, приема сульфаниламидов, анальгетиков, НПВС и других препаратов появляются боли в поясничной области, головная боль, адинамия, сонливость, тошнота, снижение аппетита, потливость, повышается температура тела и АД, снижается диурез, возможно развитие ОПН, обычно обратимой.

Лабораторные данные. ОАК: небольшой лейкоцитоз с умеренным сдвигом влево, эозинофилия, увеличение СОЭ. БАК: повышение содержания α_2 - и β - глобулинов, креатинина, мочевины. ОА мочи: протеинурия, микрогематурия, лейкоцитурия, небольшая цилиндрурия, снижение плотности мочи.

Хронический интерстициальный нефрит.

Клиника. Тупая боль в поясничной области, слабость, утомляемость, жажда, полиурия, повышение АД.

Лабораторные данные. ОАК: признаки анемии, увеличение СОЭ. ОА мочи: полиурия с низкой плотностью мочи, протеинурия, микрогематурия, небольшая лейкоцитурия. БАК: повышение содержания креатинина, мочевины.

При дифференциальной диагностике пиелонефрита, гломерулонефрита и интерстициального нефрита следует дифференцировать по следующим критериям: этиопатогенез, клинические симптомы, лабораторные данные.

Вид нефритов	Этиопатогенез	Клинические симптомы	Визуализирующие методы диагностики	Лабораторные биохимические
--------------	---------------	----------------------	------------------------------------	----------------------------

				ские
Пиелонефрит	Гематогенный или восходящий путь инфекции (преимущественно кишечная палочка или стафилококк) В патогенезе – нарушение состояния макроорганизма, ослабление его иммунологической реактивности (перенесенные ранее заболевания, гиповитаминоз, охлаждение, нарушение кровообращения, хронические болезни и др.)	Признаки, типичны для общего, тяжело инфекционного процесса с глубокой интоксикацией организма и признаков местного характера. Гептическая температура с потрясающим ознобом и проливным потом. Общей разбитостью, отсутствие аппетита, болями в пояснице, жаждой тошнотой. Симптом Пастернацкого положителен, прощупывается часто увеличенная почка. Течение - острейшая, острая, подострая, латентная, хронический пиелонефрит.	Урографически методики (обзорная рентгенограмма, экскреторная урография, ретроградная пиелография, цистография. Почка увеличена в объеме. На экскреторной урограмме отсутствует мочевыводящих путей на стороне патологии или они заполняются контрастным веществом позже	Лейкоцитоз, Пиурия, Бактериурия, гематурия, олигоурия, иногда цилиндрурия. РОЭ ускорено.
Гломерулонефрит	Иммуноаллергическое заболевание почек с преимущественным поражением сосудов клубочков. Этиологический фактор – чаще стрептококковая	Клиника характеризуется 3 основными симптомами: отеком, гипертоническим, мочевым	Ультразвуковая графия является хорошим первоочередным диагностическим методом для: - определения размеров почек, - оценки эхогенности	Уменьшение выделения мочи (400 – 700 мл/сут) иногда анурия. Протеинурия. Цилиндрурия.

	пузырно – мочеточникового рефлюкса.			
--	-------------------------------------	--	--	--

Проверка исходного уровня подготовленности студентов с использованием метода «Тур по галерее».

Метод «Тур по галерее».

Цель: обучение студентов критической оценке информации и выявление полноты знаний по изучаемому разделу.

Ход игры: Каждой малой группе предлагается одна проблема, которую они решают в течении 10 мин в письменном виде и затем обмениваются заданиями, выявленные ошибки предыдущей группы и сделанные дополнения к ответам обсуждаются всеми участниками с принятием окончательного варианта ответов. Трём малым группам даётся по одному вопросу.

Это позволит за 7-10 минут сориентировать педагога на опрос в дальнейшем по тем моментам, на которых студенты проявили неуверенные знания.

Максимальный балл 20-19	18-17 балл	16-15 балл	14-13 балл	12 балл
отлично	хорошо	удов	неудов	плохо
100%-86%	85%-73%	70-56%	53%-46%	43% и меньше

4.2. Аналитическая часть

Ситуационные задачи:

1. Больной 28 лет, обратился к ВОП с жалобами на боли ноющего характера в поясничной области, головную боль, сонливость, общую слабость. Из анамнеза: лечился по поводу гайморита, длительное время получал инъекции ампициллина. Через два дня после начала терапии появились вышеперечисленные жалобы. При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Отеков нет. Со стороны легочной системы отклонений от нормы нет. Сердце – тоны ритмичные. АД-130/80 мм рт.ст. Пульс 86 уд. в мин. Симптом поколачивания положительный с обеих сторон.

Общ. анализ крови: Нв-110г\л, эритро.- $3,5 \times 10^{12}$ /л, лейко.- $9,6 \times 10^9$ /л, СОЭ-20 мм\ч

Общий ан. мочи: количество-350 мл, отн. плот. мочи -1004, белок-0,066 г\л, лейко. 4-5\1, эритро.-8-10\1, цилиндры: гиал. 5-6\1, зерн.-1-2\1.

1. Перечислите не менее четырех этиологических факторов, приводящих к развитию данного заболевания;
2. Предполагаемый диагноз;
3. Наиболее информативные методы исследования;
4. Укажите нормальное содержание в 1 мл мочи (проба по Нечипоренко) форменных элементов;
5. Тактика ВОП и принципы лечение;

2. Больной 36 лет, жалуется на повышение температуры тела до $37,7^{\circ}\text{C}$ с ознобом, частое мочеиспускание, боли в поясничной области, иногда боли в животе. Из анамнеза: болен в течение 3 дней. В последние 4 года периодически отмечал вышеуказанные симптомы, лечился народными средствами. При осмотре со стороны сердечно-сосудистой системы и легких патологии не выявлено. Пульс 88 уд.в мин, А/Д 130/80. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Симптом поколачивания области почек положительный слева.

Ан.крови: Нв-105 г\л, эритро. – $3,7 \times 10^{12}$, лейко. – $10,8 \times 10^9$, СОЭ-23 мм\ч

Ан.мочи: удельный вес-1018, белок-0,066 ‰, лейкоциты 18-25/1, эритроциты -4-6/1, бактерии +++ .УЗИ почек – деформация и расширение чашечно-лоханочных сегментов слева.

1. Перечислите не менее пяти заболеваний, при которых наблюдаются вышеуказанные симптомы;
2. Предполагаемый диагноз;
3. Информативные методы исследования;
4. Какая проба проводится для установления источника лейкоцитурии;
5. Тактика ВОП и принципы лечение;

3. Больную Ю., 67 лет, несколько лет периодически беспокоят повышение температуры тела, ознобы, боли в поясничной области. При осмотре: кожные покровы и видимые слизистые оболочки чистые. Температура тела 38,2°C. Со стороны легких и сердечно-сосудистой системы отклонений не выявлено. АД 130/80 мм рт.ст. Пульс 90 уд в мин., ритмичный. Живот мягкий, болезненный в области проекции правой почки. Мочеиспускание учащенное. Общ. Ан. крови: Нв-110 г/л, эритроц.- $3,5 \times 10^{12}$, лейкоц.- $11,0 \times 10^9$, СОЭ-28мм/ч.

1. Укажите не менее трех факторов, способствующих развитию данной патологии;
2. Предполагаемый диагноз;
3. Информативные методы исследования;
4. Перечислите не менее четырех осложнений данного заболевания;
5. Тактика ВОП и принципы лечение.

4. Больная, 26 лет, замужем, детей нет. Обратилась к ВОП с жалобами на озноб, частое мочеиспускание, подъемы температуры до 37,8°C. 2 дня назад, после купания в речке появились вышеуказанные симптомы. При осмотре: кожные покровы бледные, лимфатические узлы не пальпируются. Симптом поколачивания положительн справа. Общий анализ крови –Нв-107г/л, эритроц.- $3,4 \times 10^{12}$, лейкоц.- $9,8 \times 10^9$, СОЭ -27мм/ч

1. Перечислите не менее пяти заболеваний, при которых наблюдаются вышеуказанные симптомы;
 2. Предполагаемый диагноз;
 3. Информативные методы исследования;
 4. Перечислите ожидаемые характерные изменения в общем анализе мочи у данной больной;
 5. Тактика ВОП и принципы лечение;
5. Больной 34 лет, обратился к ВОП с жалобами на сильные схваткообразные боли в поясничной области справа, иррадиирующие в спину, тошноту, появление крови в моче. Из анамнеза: в течение 3 лет страдает мочекаменной болезнью. При осмотре кожные покровы влажные, бледные. Со стороны легких и сердечно-сосудистой систем патологии не выявлено. Пальпация в области правой почки болезненна. Общ. Ан. мочи: уд. вес – 1008, белок-0,033%, лейкоц.-6-8/1, эритроц.: неизм. 10-12/1, изм.2-3/1, эпителий.5-6/1, соли-оксалаты .

1. Перечислите не менее четырех заболеваний при которых наблюдаются вышеуказанные симптомы;
2. Предполагаемый диагноз;
3. Информативные методы исследования;
4. Охарактеризуйте картину данной патологии на экскреторной урографии;
5. Тактика ВОП и принципы лечение (немедикаментозная и медикаментозная);

6. Больной, 22 г, в связи с фолликулярной ангиной, применял полоскания горла содовым раствором, продолжал ходить на работу в течение 4 дней. Лишь только после появления отеков век, подъема температуры до 37,7°C познабливанием, общей слабости, учащенного мочеиспускания, обратился к ВОП. При осмотре состояние удовлетворительное,

периферических отеков нет. АД -130/80 мм рт.ст. Пульс 78 в мин. Симптом поколачивания положительн слева.

Общий анализ крови – Нв-120 г/л, эрит.- $3,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоц.- $10,2 \times 10^9$ /л, СОЭ-20 мм/ч

Общ. ан. мочи: отн. плот.- 1018, лейкоц. – 15-20/1, эритроц.-3-4/1, белок-0,099‰, эпителий-8-10/1

1. Перечислите не менее четырех заболеваний, при которых наблюдаются вышеуказанные симптомы;
2. Предполагаемый диагноз;
3. Информативные методы исследования;
4. Укажите важнейший признак, отличающий почечную лейкоцитурию от внепочечной;
5. Тактика ВОП с подробным описанием ведения больного (немедикаментозного и медикаментозного);

7. Больная 60 лет, в течение 8 лет принимает индометацин в связи с болями в суставах. В последние два года отмечает повышение АД до 160\100, боли в поясничной области, жажду, сухость во рту, учащение мочеиспускания, особенно по ночам, повышенную утомляемость. При осмотре – кожные покровы и слизистые бледные, отеков нет. Тоны сердца ритмичные, АД 130/80 мм рт.ст, пульс 80 ударов в мин. В легких дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Симптом поколачивания слабо положительн с обеих сторон.

ОАМ: кол. -320,0 мл., относит.плот.-1003, белок -1 г/л, лейкоц. -10-15/1, эрит.-15-30/1, гиалин. цил - 2-3/1. Проба Зимницкого–суточный диурез-2000 мл, колебания уд. веса- 1004-1008, дневной диурез-800, ночной диурез -1200 мл. Мочевина крови – 12 ммоль/л, креатинин -0,219ммоль/л.

1. Перечислите не менее пяти заболеваний, при которых наблюдаются вышеуказанные симптомы;
2. Предполагаемый диагноз (основной и осложнение);
3. Наиболее информативный метод исследования;
4. Дайте определение понятиям «олигоурия» и «анурия»;
5. Тактика ВОП и принципы лечение;

8. Больной, 35 лет, жалуется на головные боли, боли в области сердца, одышку, уменьшение выделения мочи до 300 мл в сутки, отеки конечностей, лица, живота. Болен в течение 5 лет. При осмотре: выраженные отеки по всему телу, конечностей, лица. Кожные покровы, слизистые бледные. В легких в нижних отделах влажные незвонкие хрипы. Границы относительной тупости сердца увеличены влево. АД-200/140, пульс 100 в мин. Над верхушкой –ослабление I тона, систолический шум, акцент II тона над аортой. Живот увеличен за счет асцита.

Общ. ан. крови-Нв -80 г/л, эритроциты - $2,4 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты- $8,5 \times 10^9$ /л,СОЭ-30 мм/ч. Общ. белок – 56 г/л, холестерин – 8,2 ммоль/л, креатинин –0,36 ммоль/л.

Общ. ан. мочи: количество –100 мл, уд.вес-1003, белок -10 г/л, эритроциты -8-12/1, цилиндры гиалиновые -4-8/1,зернистые- 3-5/1,восковидные -2-3/1.

- 1.Перечислите не менее четырех заболеваний, при которых наблюдаются вышеуказанные симптомы;
2. Предполагаемый диагноз (основной и осложнение);
3. Информативные методы исследования;
4. Перечислите признаки (конкретно) нефротического синдрома;
5. Тактика ВОП и принципы лечение;

9. Больной 28 лет, обратился к ВОП с жалобами на головную боль, ноющие боли в поясничной области, жажду, снижение работоспособности. Из анамнеза: 2 недели назад отмечал обострение хронического тонзиллита, небольшие отеки на лице по утрам. При осмотре: лицо

гиперемировано, отеки век. Со стороны легких патологии не выявлено. Тоны сердца ритмичные. АД 150/100 мм рт.ст. Пульс 82 уд в мин.
 Общ. ан. крови: Нв-110 г/л, эритроц.- $3,5 \times 10^{12}/л$, лейкоц.- $8,2 \times 10^9/л$, СОЭ-18 мм/ч
 Общ. ан. мочи: уд.вес-1005, белок-0,96%, лейкоциты- 7-8/1, эритроц. изм.-8-15/1, цилиндры гиал. 6-7/1.

1. Перечислите не менее четырех заболеваний, при которых наблюдаются вышеуказанные симптомы;
2. Предполагаемый диагноз;
3. Информативные методы исследования;
4. Укажите не менее трех осложнений данного заболевания;
5. Тактика ВОП с подробным описанием ведения (медикаментозного и немедикаментозного) больного.

10. Больная 26 лет, имеет беременность сроком 28 недель. Жалобы на отеки конечностей, живота, сильные головные боли, уменьшение диуреза, одышку при ходьбе. Ухудшение самочувствия отмечает в течение месяца, постепенно. При осмотре: отеки стоп, голеней, бедер. Сердце - тоны средней звучности. АД -140/100 мм рт.ст, пульс- 80 уд. в мин, ритмичный. Диурез 400 мл.
 Ан.мочи: отн.плотн.- 1021, белок- 2 г/л, лейкоц.-5-7/1, эр.-3-5/1, соли- оксалаты.

1. Перечислите не менее трех заболеваний, при которых наблюдаются вышеуказанные симптомы;
2. Предполагаемый диагноз;
3. Информативные методы исследования;
4. Приведите классификацию данного заболевания по степени выраженности симптомов (укажите симптомы конкретно);
5. Тактика ВОП;

11. Женщина 36 лет, жалуется на повышение температуры тела до $37,7^{\circ}C$ с ознобом, частое мочеиспускание, боли в поясничной области, иногда боли в животе, общую слабость. Из анамнеза: болен в течение 3 дней. Ухудшение состояние связывает с переохлаждением. В последние 4 года периодически отмечал вышеуказанные симптомы, лечилась народными средствами. При осмотре со стороны сердечно-сосудистой системы и легких патологии не выявлено. Пульс 88 уд.в мин, А/Д 130/80. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Симптом поколачивания области почек положительный слева.
 Ан. крови: Нв-105 г/л, эритроц. – $3,7 \times 10^{12}$, лейкоц. – $10,8 \times 10^9$, СОЭ-23 мм/ч
 Ан.мочи: удельный вес-1018, белок-0,066 %, лейкоциты 18-25/1, эритроциты -4-6/1, бактерии +++ .УЗИ почек – деформация и расширение чашечно-лоханочных сегментов слева.

Решение задачи согласно 20 этапного принципа (см.методические рекомендации)

Максимальный балл 20-19	18-17 балл	16-15 балл	14-13 балл	12 балл
отлично	хорошо	Удов	неудов	плохо
100%-86%	85%-73%	70-56%	53%-46%	43% и меньше

4.2.2.Графический органайзер-кластер

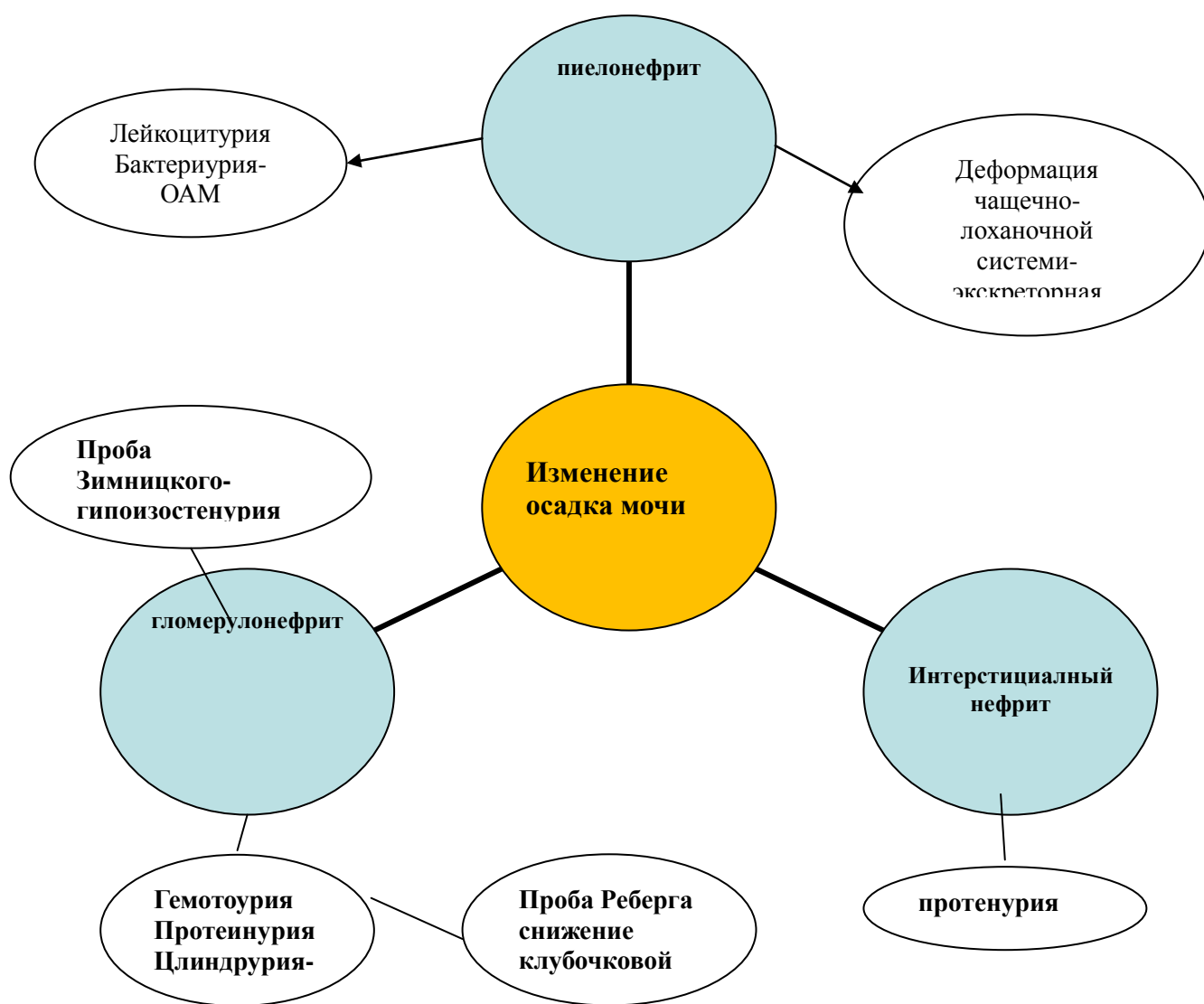
Кластер (кластер – пучок, связка) – способ составления карты информации – сбора идей вокруг какого- либо основного фактора для фокусирования и определения смысла всей конструкции.

Стимулирует актуализацию знаний, помогает свободно и открыто вовлекать в мыслительный процесс новые ассоциативные представления по теме.

Знакомятся с правилами составления кластера. В центре классной доски или большого листа бумаги пишется ключевое слово или название темы из 1-2 слов.

По ассоциации с ключевым словом приписывают сбоку от него в кружках меньшего размера «спутники» - слова или предложения, которые связаны с данной темой. Соединяют их линиями с «главным» словом. У этих «спутников» могут быть «малые спутники» и т.д. запись идет до истечения отведенного времени или пока не будут исчерпаны идеи.

Обмениваются кластерами для обсуждения.



4.3. Практическая часть

Перечень навыков, которым ВОП должен владеть после завершения занятий по данной тематике:

- Осмотр больных с иммуно-воспалительными и воспалительными заболеваниями почек.
- Интерпретация лабораторно-инструментальных данных заболеваний: острый и хронический гломерулонефрит, интерстициальный нефрит

**Практические навыки
Изменение мочевого осадка**

Пиелонефрит, гломерулонефрит, интерстициальный нефрит, амилоидоз, нефропатии

№ этапа	Показатели/ интерпретация	Не выполнено	Выполнено о полностью
	Курация больного	0	50
	Общий анализ крови		
	Общий анализ мочи		
	Анализ мочи по Нечипоренко		
	Бак.посев мочи с антибиотикограммой		
	Общий белок, белковые фракции		
	Липидный спектр		
	Мочевина		
	Креатинин		
	Сахар в крови и в моче		
	Проба Реберга		
	УЗИ почек		
	КТ и ЯМР		
	Биопсия		
	Консультация уролога		
	Консультация онколога		
	Дифференциальная диагностика	0	20
	Обоснование диагноза	0	10
	Тактика ВОП и назначение лечения	0	10
	Рекомендации	0	10
ИТОГО		0	100

5. Виды оценки знаний, навыков и умений

- Устно
- Письменно
- Решение ситуационных задач
- Демонстрация освоенных практических навыков

5.1. Критерии оценок знаний и умение практических навыков студентов.

№	Оценка	отлично	хорошо	удовл	неуд	плохо
	Усвоение в %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% и ниже
1	Теоретическая часть	20-17,2 балл	17-14,2 балл	14-11 балл	10,8-7,4 балл	7,2 балл

2	Ситуационные задачи	50-43 балл	42,5- 35,5 балл	35- 27,5 балл	27-18,5 балл	18балл
3	Тест	15-12,9балл	12,7-10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5 балл	5,4 балл
4	Практическая часть	15-12,9 балл	12,75-10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5- балл	5,4 балл

6. Критерии оценки текущего контроля

Уровни оценок	Рейтинги баллы	Характеристика работы студента
	20	Балл присутствия на практическом занятии. Полное отсутствие уровня знаний и не умение выполнить практический навык – студент абсолютно не готов к практическому занятию.
Не удовлетворительно	20 - 54,9	<p>Студент отвечает неудовлетворительно.</p> <p>Студенты не владеют базовыми уровнями знаний и навыков, хотя бы одного из ниже перечисленных:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Не знает клинические признаки острого и хронического гломерулонефрита, интерстициального нефрита. • Не знает патогенетическое лечение острого и хронического гломерулонефрита, интерстициального нефрита. • Не знает факторы риска развития острого и хронического гломерулонефрита, интерстициального нефрита. • Не знает групп препаратов применяющихся при лечении острого и хронического гломерулонефрита, интерстициального нефрита. • Не может указать на лабораторные признаки острого и хронического гломерулонефрита, интерстициального нефрита. • Не способен собрать рациональный анамнез во время курации больных с острым и хроническим гломерулонефритом, интерстициальным нефритом. • Во время курации не способен объективно оценить состояние больных с острым и хроническим гломерулонефритом, интерстициальным нефритом. • Не способен рационально составлять план обследования больных с острым и хроническим гломерулонефритом, интерстициальным нефритом в условиях СВП или СП.
Обеспечение базового уровня знаний и навыков		
Удовлетворительно 55-70,9%	55-60,9	Удовлетворительный ответ низкого качества. Студент старается владеть базовыми уровнями знаний и навыков (см.ниже), но при ответе или выполнении навыков допускают серьезные ошибки.
	61-65,9	Удовлетворительный ответ средней степени.

		<p>Студент владеет базовыми уровнями знаний и навыков (см.ниже), но при ответе или выполнении навыков допускают ошибки (возможны отдельные погрешности)</p>
	<p>66-70,9</p>	<p>Удовлетворительный ответ высокого качества.</p> <p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Знает клинические признаки острого и хронического гломерулонефрита, интерстициального нефрита. • Знает патогенетическое лечение острого и хронического гломерулонефрита, интерстициального нефрита. • Знает факторы риска развития острого и хронического гломерулонефрита, интерстициального нефрита. • Знает групп препаратов применяющихся при лечении острого и хронического гломерулонефрита, интерстициального нефрита. • Может указать на лабораторные признаки острого и хронического гломерулонефрита, интерстициального нефрита. • Способен собрать рациональный анамнез во время курации больных с острым и хроническим гломерулонефритом, интерстициальным нефритом. • Во время курации способен объективно оценить состояние больных с острым и хроническим гломерулонефритом, интерстициальным нефритом. • Способен рационально составлять план обследования больных с острым и хроническим гломерулонефритом, интерстициальным нефритом в условиях СВП или СП. • Может интерпретировать результаты лабораторно-инструментальных методов исследований – может указать наличие лейкоцитоза, сдвига лейкоформулы вправо или влево, повышенного СОЭ. • Может интерпретировать результаты лабораторно-инструментальных методов исследований – может указать наличие лейкоцитурии, бактериурии, эритроцитурии и на другие изменения мочевого осадка. • Может показать технику взятия общего анализа крови • Может показать технику взятия общего анализа мочи

		<ul style="list-style-type: none"> • Способен корректно заполнять дневник больного.
Продвинутый уровень знаний		
Хорошо 71-85,9%	71-75,9	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (указанные в пункте «66-70,9») + владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Знает стадии развития острых и хронических гломерулонефритов, интерстициальных нефритов • Знает клиническую симптоматику и морфологические изменения свойственные каждой стадии развития • Знает классификацию острых и хронических гломерулонефритов, интерстициального нефрита • Знает механизм действия лекарственных препаратов применяющихся при острых и хронических гломерулонефритах, интерстициальном нефрите • Умеет рационально выбрать лекарственные препараты, используемые при лечении острых и хронических гломерулонефритов, интерстициального нефрита
	76-80	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «71-75,9», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Знает патогенез острых и хронических гломерулонефритов, интерстициального нефрита, а также может назвать морфологическую картину развития • Знает принципы первичной, вторичной и третичной профилактики острых и хронических гломерулонефритов, интерстициального нефрита
	81-85,9	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «71-75,9» и «76-80», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Принципы ведения, наблюдения и мониторинга, больных с острыми и хроническими гломерулонефритами, интерстициальным нефритом в условиях СВП или СП. • Умеет провести консультацию по вопросам немедикаментозных и медикаментозных советов с использованием навыков МЛЮ.

		<ul style="list-style-type: none"> • Принципы диспансеризации и реабилитации, больных с острыми и хроническими гломерулонефритами, интерстициальным нефритом в условиях СВП или СП
<p style="text-align: center;">Отлично</p> <p style="text-align: center;">86-100%</p>	86-90	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «81-85,9», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Знает принципы лечения острых и хронических гломерулонефритов, интерстициального нефрита • Знает показания и противопоказания к ультразвуковому обследованию при острых и хронических гломерулонефритах, интерстициальном нефрите • Умеет предоставлять достоверную информацию об острых и хронических гломерулонефритах, интерстициальном нефрите на основании интернет данных
	91-95	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «86-90», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Знает УЗИ признаки острых и хронических гломерулонефритов, интерстициального нефрита • Умеет определить острых и хронических гломерулонефритов, интерстициального нефрита методами объективного осмотра и при помощи данных анамнеза.
	96-100	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «91-95», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Предоставил научные данные на основе литературы (статьи и интернет) • Знает этапы диспансеризации и реабилитации у больных с острыми и хроническими гломерулонефритами, интерстициальным нефритом

7. Контрольные вопросы.

1. Этиология гломерулонефрита, пиелонефрита, интерстиц. нефрита.
2. Клиника острого гломерулонефрита, пиелонефрита, интерстиц. нефрита.
3. Клиника хронического гломерулонефрита, пиелонефрита, интерстиц. нефрита.

4. Дифференциальная диагностика гломерулонефрита, пиелонефрита, интерстиц. нефрита.

8. Список литературы

Основные

4. Ички касалликлар, Шарапов У.Ф. Т: Ибн Сино, 2003
5. Ички касалликлар, Бобожанов С. Т: Янги аср авлод, 2008
6. Внутренние болезни, том 1 Мухин Н.А. М.: ГЭОТАР - Медиа, 2009
7. Textbook of Internal Medicine Editor-in-Chief William N. Kelley 1997

Дополнительные

1. Умумий амалиёт врачлар учун маърузалар туплами , Гадаев А.Г., Т., 2012
2. Общая врачебная практика, Под ред.Ф.Г.Назирова, А.Г.Гадаева. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
3. Справочник врача общей практики. Дж.Мёрта. М.: Практика, 1998.
4. Сборник практических навыков для врачей общей практики. Гадаев А., Ахмедов Х.С. Т., 2010.
5. Умумий амалиёт врачлар учун амалий куникмалар туплами Гадаев А.Г., Ахмедов Х.С., 2010. Т.
6. Умумий амалиёт шифокори учун кулланма Ф.Г.Назирова, А.Г.Гадаев тахр. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.
7. Диагностика болезней внутренних органов. Окороков А.Н. 2005.
8. Дифференциальный диагноз внутренних болезней. Виноградов А.В. М.: Медицинское информационное агенство, 2009.
9. Внутренние болезни: учебник.- в 2-х т. (2 т.) Под ред. Мартынова и др. М.: ГЭОТАР - Медиа, 2005:

Интернет ресурсы:

<http://www.lib.uiowa.edu/hardin/md/index.html>, <http://dir.rusmedserv.c>, <http://www.medlinks.ru/>, <http://www.kosmix.com/>, <http://www.medpoisk.ru/>, <http://www.tripdatabase.com/>, <http://www.klinrek.ru/cgi-bin/mbook>, <http://www.intute.ac.uk/medicine/>, <http://elibrary.ru> <http://www.freebooks4doctors.com/> <http://www.medscape.com/>, <http://www.meducation.net/> <http://www.thecochranelibrary.com>

9.Хронологическое содержание занятия

Время	Мероприятие	Содержание	Материалы	Продолжительность занятия
8.30–9.30	Утренняя конференция	Доклад дежурных врачей и дежурных субординаторов по дежурству.	Истории болезни, ЭКГ, кодоскоп.	1 час
9.15-10.00	Клинический аудит выписываемых больных.	Подробный доклад студентов о выписываемых больных.		45 минут

10.05-10.45	Теоретический разбор темы	Проверка исходного уровня подготовленности студентов с использованием метода “тур по галерее”. Решение ситуационных задач по данной теме с оценкой аналитических способностей студентов.	Папка с ситуационными задачами, учебные доски, таблицы, соответствующие теме занятия.	40 минут
10.45 - 11.05.	Проработка практических навыков.	Студент под надзором преподавателя должен выполнить минимум два практического навыка.	Больной или волонтер.	20 минут
11.05-11.45	Курация больных в нефрологическом отделении	Каждый студент курирует больных определенной палаты.	Больной, фонендоскоп, тонометр, история болезни (с данными клинико-лабораторных исследований).	40 минут
11.45-12.15	Перерыв			30 мин
12.20-13.20	Разбор тематических больных	По выбору педагога проводится полный осмотр больного по теме занятия или пациентов, готовящихся к выписке, анализ данных лабораторно-инструментального исследования, обоснование предварительного и окончательного клинического диагнозов. Определяется план лечения с дозами препаратов.	Больной, фонендоскоп, тонометр, история болезни (данными клинико-лабораторных исследований).	1 час

Практическое занятие № 33

Тема: Дифференциальная диагностика нефротического синдрома. Тактика ВОП. Показания направления к узкому специалисту и госпитализации.

Технология обучения

Учебное время: 6 часа	Количество студентов 8-10
Структура учебного занятия	<ol style="list-style-type: none"> 1. Учебный тематический кабинет кафедры. 2. Учебные пособия, раздаточный материал, сборник ситуационных задач и тестов 3. Больничные палаты. 4. Телевизор, видео аппаратура, мультимедиа
Цель учебного занятия: Научить ВОП вопросам своевременной диагностики хронической почечной недостаточности, обусловленные различными заболеваниями, а также принципам	

ведения больных в условиях первичного звена здравоохранения, предусмотренных требованиями "Квалификационной характеристики врача общей практики»

<p>Педагогические задачи:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ознакомить ВОП с перечнем заболеваний, сопровождающихся различными стадиями хронической почечной недостаточности и подлежащих лечению в условиях ГВП (СВП) или специализированных стационаров. 2. Научить ВОП диагностике и дифференциальной диагностике при различных стадиях хронической почечной недостаточности. 3. Обсудить вопросы тактики ведения в рамках квалификационной характеристики ВОП 4. Обсудить вопросы показания к гемодиализу. 5. Обсудить принципы лечения (немедикаментозные и медикаментозные). 6. Обсудить принципы ведения, наблюдения и мониторинга больных в условиях СВП или СП. 7. Обсудить принципы первичной, вторичной и третичной профилактики при данных заболеваниях. 	<p>Результаты учебной деятельности:</p> <p><u>ВОП должен знать:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Механизм возникновения различных стадий хронической почечной недостаточности. 2. Клинические проявления при различных стадиях хронической почечной недостаточности. 3. Дифференциальную диагностику различных стадий хронической почечной недостаточности. 4. Тактику ВОП. 5. Принципы лечения (медикаментозное и немедикаментозное) при данных заболеваниях. 6. Принципы диспансерного наблюдения и мониторинга больных в условиях СВП или СП. 7. Принципы первичной, вторичной и третичной профилактики при данных заболеваниях. <p><u>ВОП должен уметь:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Диагностировать, дифференцировать по клинике и лабораторно-инструментальным данным стадии хронической почечной недостаточности. 2. Правильно выбрать медикаментозные средства при лечении различных стадий хронической почечной недостаточности. 3. Выбрать препараты с доказанной эффективностью 4. Консультировать по немедикаментозным методам лечения. 5. Провести мониторинг в условиях СВП или СП.
<p>Методы обучения</p>	<p>Лекция, ситуационные задачи, тесты, демонстрация, видеопросмотр, дискуссия, беседа, обучающая игра</p>
<p>Формы организации учебной деятельности</p>	<p>Индивидуальная работа, работа в группах, коллективная, аудиторная, внеаудиторная.</p>
<p>Средства обучения</p>	<p>Учебные пособия, раздаточный материал, сборник ситуационных задач и тестов, набор анализов. Телевизор, видео аппаратура, мультимедиа.</p>
<p>Способы и средства обратной связи</p>	<p>Блиц-опрос, тестирование, презентация результатов выполнения учебного задания, заполнение истории болезни, выполнение практического навыка чтение клинических и биохимических анализов</p>

Технологическая карта занятия

Тема: Дифференциальная диагностика нефротического синдрома. Тактика ВОП.
Показания направления к узкому специалисту и госпитализации.

Этапы практического занятия	Форма занятия Место проведения	Длительность занятия 225
Вводная часть (обоснование темы)		10
Обсуждение темы практического занятия с применением новых педагогических технологий, а также демонстрационного материала (истории болезни, таблицы, плакаты, рентгенограммы), определение исходного уровня.	Опрос, обсуждение Учебная комната, палаты	40
Вывод обсуждения		10
Определение задания для выполнения практической части - профессиональный расспрос. Объяснение положений и рекомендаций для выполнения задания по заполнению истории болезни.	Обсуждение	20
Освоение практической части занятия под руководством преподавателя.	Проф. расспрос. Беседа с больными и заполнение мед карт, ситуационные задачи. Осмотр тематических больных	20
Интерпретация данных обследования больных- жалобы, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация больных, а также исследования ОАМ, ОАК и биохимические анализы и постановка диагноза	Истории болезни, лабораторные данные ситуационные задачи	25
Обсуждение теоретических, практических знаний студентов, закрепление материала, определение уровня усвоения оценкой знаний.	Устный опрос, тесты, обсуждение, определение практических навыков Учебная комната	75
Определение вывода по теме практического занятия, оценка по 100 бальной системе и объявление оценок. Домашнее задание следующего практического занятия (сборник вопросов).	Информация, вопросы для самостоятельной работы. Учебная комната	25

2.Мотивация

Большинство больных с заболеваниями почек очень поздно обращаются за медицинской помощью уже на стадии развития хронической почечной недостаточности (ХПН). В этой ситуации усилие врача общей практики (ВОП) направляется на диагностику различных стадий хронической почечной недостаточности, обусловленных различными заболеваниями. В случае

диагностики заболеваний, осложнившихся хронической почечной недостаточностью, ВОП предстоит решать вопрос об определении группы больных, подлежащих лечению в условиях СВП (СП), или направлении в специализированные стационары. Эти и другие обстоятельства являются основанием для включения данной тематики в программу подготовки ВОП.

3. Межпредметные и внутрипредметные связи

Анатомия, Гистология с эмбриологией и цитологией, Биология, Нормальная физиология, Биохимия, Патологическая анатомия, Патологическая физиология, Топографическая анатомия и оперативная хирургия, Пропедевтика внутренних болезней, Онкология, Рентгенология и медицинская радиология, Физиотерапия, Эндокринология, Факультетская терапия, Госпитальная терапия, Урология.

4 Содержание занятия

4.1. Теоретическая часть

На практическом занятии в теоретической его части последовательно рассматриваются следующие вопросы: определение, классификация ХПН, особенности течения ХПН, принципы лечения, показания к гемодиализу при ХПН. Хроническая почечная недостаточность (ХПН).

ХПН – патологический симптомокомплекс, обусловленный резким уменьшением числа и функции нефронов, что приводит к нарушению экскреторной и инкреторной функции почек, расстройству всех видов обмена веществ, деятельности органов и систем, кислотно-щелочного равновесия. Наиболее частые причины ХПН - хронический [гломерулонефрит](#), хронический [пиелонефрит](#), нефриты при системных заболеваниях, наследственные нефриты, [поликистоз почек](#), нефроангиосклероз, диабетический гломерулосклероз, [амилоидоз](#) почек, а также урологические заболевания (двусторонние или единственной [почки](#)). Различают 4 стадии клинического течения ХПН (Н.А. Лопаткина, И.Н. Кучинского, 1973г.):

латентную;

компенсированную;

интермитирующую;

терминальную.

Латентная стадия – жалоб не предъявляет, диурез в пределах нормы, гемоглобин более 100, проба Зимницкого в норме, мочевины крови до 8,8 ммоль/л, креатинин крови до 0,18 ммоль/л, клубочковая фильтрация 45-60 мл/мин., осмолярность мочи 450-500 мосмоль/л, электролиты крови в пределах нормы, метаболический ацидоз отсутствует.

Компенсированная стадия – жалобы на диспепсию, сухость во рту, утомляемость; диурез – легкая полиурия, гемоглобин 85-100, мочевины крови 8,8-10 ммоль/л, креатинин крови 0,2-0,28 ммоль/л, клубочковая фильтрация 30-40 мл/мин., осмолярность мочи до 400 мосмоль/л, редко гипонатриемия, метаболический ацидоз отсутствует.

Интермитирующая стадия – жалобы на слабость, головные боли, нарушение сна, жажда, тошнота; выраженная полиурия, гемоглобин 65-85, гипоизостенурия, мочевины крови 10-19 ммоль/л, креатинин 0,3-0,6 ммоль/л, клубочковая фильтрация 20-30 мл/мин., осмолярность мочи менее 250 мосмоль/л, часто гипонатриемия, гипокальциемия, умеренный метаболический ацидоз.

Терминальная стадия включает 4 периода:

I – Водовыделительная функция почек сохранена. Клиренс снижен до 10-15 мл/мин, азотемия – 71-107 ммоль/л с тенденцией к росту. Ацидоз умеренный, водно-электролитных нарушений нет.

II А – олиго-или анурия, задержка жидкости, дисэлектролитемия, гиперазотемия, ацидоз. Обратимые изменения со стороны сердечно-сосудистой системы и других органов. АГ. НК IIА.

II Б – те же данные, но более тяжелая сердечная недостаточность с нарушением кровообращения в малом и большом кругах.

III – тяжелая уремия, гиперазотемия (285 ммоль/л и выше), дисэлектролитемия, декомпенсированный ацидоз. Декомпенсированная сердечная недостаточность, приступы сердечной астмы, анасарка, тяжелая дистрофия печени и других внутренних органов.

Лечение ХПН неотделимо от лечения заболевания почек, которое привело к почечной недостаточности. В стадии, не сопровождающейся нарушениями почечных процессов, проводят этиологическую и патогенетическую терапию, которая может излечить больного и предотвратить развитие почечной недостаточности или привести к ремиссии и более медленному течению заболевания. В стадии нарушения почечных процессов патогенетическая терапия не утрачивает значения, но увеличивается роль симптоматических методов лечения (гипотензивные препараты, антибактериальные средства, ограничение белка в суточном рационе - не более 1 г на 1 кг массы тела, санаторно-курортное лечение и др.). Терапевтические мероприятия в основном направлены на восстановление гомеостаза, снижение азотемии и уменьшение симптомов уремии. Содержание белка в суточном рационе зависит от степени нарушения функций почек. При клубочковой фильтрации ниже 50 мл/мин и уровне креатинина в крови выше 0,02 г/л целесообразно снизить количество потребляемого белка до 30-40 г/сут, а при клубочковой фильтрации ниже 20 мл/мин назначается диета с содержанием белка не более 20-24 г/сут. Диета должна быть высококалорийной (около 3000 ккал) и содержать незаменимые [аминокислоты](#) (картофельно-яичная диета без мяса и рыбы). Пищу готовят с ограниченным (до 2-3 г) количеством поваренной соли, а больным с высокой гипертензией - без соли. При отсутствии отеков и наличии умеренной гипертензии больному дают дополнительно 2-3 г поваренной соли для досаливания пищи. Нарушение кальциевого обмена и развитие остеодистрофии требуют длительного применения глюконата кальция и витамина D до 100 000 МЕ в сутки, но введение витамина D в больших дозах при гиперфосфатемии может привести к кальцификации внутренних органов. Для снижения уровня фосфатов в крови применяют альмагель по 1-2 чайные ложки 4 раза в день; лечение требует регулярного контроля за уровнем кальция и фосфора в крови. При ацидозе, в зависимости от его степени, вводят в/в 100- 200 мл 5% раствора гидрокарбоната натрия. При снижении диуреза показан [фуросемид](#) (лазикс) в дозах (до 1 г/сут), обеспечивающих полиурию. Для снижения АД используют обычные [гипотензивные средства](#) (см. Гипертоническая болезнь) в сочетании с [фуросемидом](#). Лечение анемии комплексное и включает назначение [тестостерона пропионата](#) для усиления эритропоэза по 1 мл 5% масляного раствора в/м ежедневно, препаратов железа. При гематокрите 25% и ниже показаны переливания эритроцитарной массы дробными дозами. Антибиотики и химиотерапевтические препараты при ХПН следует применять осторожно: дозы пенициллина, [ампициллина](#), метициллина, цефопина и сульфаниламидов уменьшают в 2-3 раза. Производные нитрофуранов при ХПН противопоказаны.

При сердечной недостаточности у больных с ХПН гликозиды применяют с осторожностью, в уменьшенных дозах, особенно при гипокалиемии. При лечении [перикардита](#) назначают небольшие дозы [преднизолона](#), но более эффективно применение гемодиализа.

Гемодиализ может быть показан при обострении почечной недостаточности и после улучшения состояния больного можно вновь более или менее длительно проводить консервативную терапию. Хороший эффект при ХПН дают повторные курсы плазмафереза. В терминальной стадии, если консервативная терапия не дает эффекта и если нет противопоказаний, больного переводят на лечение регулярным (2-3 раза в нед) гемодиализом. Регулярный гемодиализ применяют обычно тогда, когда клиренс креатинина ниже 10 мл/мин, а его уровень в плазме становится выше 0,1 г/л. Длительное состояние уремии, глубокая дистрофия, энцефалопатия и другие осложнения ХПН существенно ухудшают результаты гемодиализа и не позволяют произвести операцию пересадки [почки](#), поэтому решения о проведении гемодиализа и трансплантации [почки](#) следует принимать своевременно.

Прогноз. Гемодиализ и пересадка [почки](#) изменяют судьбу больных ХПН, позволяют продлить их жизнь и достигнуть реабилитации на годы. Отбор больных для этих видов лечения проводится специалистами центров гемодиализа и трансплантации органов.

Проверка исходного уровня подготовленности студентов с использованием метода «ротации».

Цель: обучение студентов критическому и аналитическому мышлению.

Основные положения методики:

В аудитории вывешивается несколько пронумерованных заданий. Каждой малой группе (2-3 чел) дается по 10 минут на обсуждение и запись своего варианта ответа с последующим обменом задания. Затем коллективно обсуждается качество ответов каждой группы, из которых выбираются оптимальные.

Преимущества метода: можно одновременно охватить несколько проблем. Метод позволяет за короткое время проверить знания студентов по всем основным разделам заданной темы. Обсуждение правильности своих и чужих ответов в сравнительном аспекте способствует развитию у студентов критического мышления.

Вопросы:

- 1) Дайте определение ХПН
- 2) Основные клинические и диф. диагностические признаки ХПН
- 3) Тактика ВОП при обнаружении данного больного

Особого внимания требует от педагога правильность заполнения истории болезни и дневников субординаторами.

Максимальный балл 20-19	18-17 балл	16-15 балл	14-13 балл	12 балл
отлично	хорошо	Удов	неудов	плохо
100%-86%	85%-73%	70-56%	53%-46%	43% и меньше

Примерное содержание ролевой игры.

Больная 26 лет, не замужем, работает санитаркой в детском саду. В школьные годы состояла на учете у ревматолога. Диагностирован митральный порок сердца. Получала бициллинотерапию. В связи с переменой места жительства последние 5 лет к врачам не обращалась, хотя периодически отмечала летучие боли в суставах и неприятные ощущения в области сердца с одышкой во время физической работы. Месяц назад перенесла ОРВИ.

Жалобы. Больная жалуется на сердцебиение, ноющие боли в левой половине грудной клетки, одышку к вечеру, потливость, повышение температуры тела до 37,8, появившиеся высыпания на теле мелкоочечного характера без зуда, боли в левом подреберье. 2 дня назад были боли в правой поясничной области приступообразного характера, после чего отметила покраснение мочи.

Проблема больной в настоящее время. Больная считает, что у нее мочекаменная болезнь, т.к. у матери были камни в почках с такими же клиническими проявлениями (боли, покраснение мочи).

Поведение во время консультации. Больная адинамична, встревожена появлением изменений в моче.

Осмотр. Больная астенична. Кожа влажная, в момент осмотра сыпи нет. Температура тела 37,1. Границы сердца расширены на 2 см, тахикардия - 120 ударов в 1 мин, мелодия сочетанного митрального порока. Селезенка выступает на 2 см из подреберья. Поколачивание поясничной области справа болезненное. В крови лейкоцитоз 18 тыс, СОЭ 28 мм/час. В моче следы белка, эритроциты 15-20 в п/зр. На ЭКГ-ритм синусовый, тахикардия, признаки гипертрофии обеих желудочков.

Обучающая точка зрения.

- 1) Правильный психологический подход, установить доверительные отношения с больной.
- 2) Заподозрить у больной бактериальный эндокардит с тромбоэмболическими осложнениями со стороны селезенки и правой почки.
- 3) Направить больную в ревматологическое отделение с дальнейшим обследованием: стерильность крови, эхокардиография и т.д.

Врач должен правильно оценить кажущуюся разнообразную симптоматику в единый диагноз и убедить больную в обязательной госпитализации ее в терапевтический (ревматологический, кардиологический) стационар, осторожно, но настойчиво объяснив серьезность заболевания (бактериальный эндокардит).

Практическая часть включает курацию больных студентами под наблюдениями и присутствии преподавателя в отделении нефрологии, так называемая учебная практика.

Раздаточный материал:

Студентам раздаются листы с содержанием названия темы, определения НП, перечня заболеваний, сопровождающихся НП, особенностями течения НП при них. Далее приводятся контрольные вопросы и список литературы.

На практическом занятии в теоретической его части последовательно рассматриваются следующие вопросы: определение, классификация ХПН, особенности течения ХПН, принципы лечения, показания к гемодиализу при ХПН. Хроническая почечная недостаточность (ХПН).

4.2. Аналитическая часть

1. Больная 35 лет, обратилась к ВОП в связи с отеками нижних конечностей. Принимала самостоятельно мочегонные, без эффекта. При расспросе было установлено, что отеки наблюдаются давно, сначала в области стопы, затем голени справа. В последнее время стала отекать и левая нога. При осмотре: бесформенно отечные нижние конечности (слоновость), отек плотной консистенции в области стоп, голеней, более выраженный справа, ямки при надавливании не остаются, четко выраженная граница между отечной и неотечной частями ноги. Цвет кожи над отеками не изменен. Со стороны органов дыхания, кровообращения патология не выявлена. Пульс -70 в мин, АД 120/70. Анализы крови, мочи без изменений.

1. Перечислите не менее четырех заболеваний, при которых наблюдаются вышеуказанные симптомы;
2. Предполагаемый диагноз;
3. Информативный метод исследования;
4. Тактика ВОП с подробным ведением больного (медикаментозным и немедикаментозным);

2. Больной, 31 год, обратился к ВОП с жалобами на отеки лица, живота, конечностей, боли и чувство тяжести в поясничной области. Впервые отеки отмечал 4 года назад, после переохлаждения, которые прошли самостоятельно. После перенесенной ангины самочувствие резко ухудшилось. В момент осмотра: выраженные отеки лица, нижних конечностей, кистей рук, живота. АД 140/80 мм. рт. ст.

Общий анализ мочи: относительная плотность-1006, белок-6,65%, лейкоциты -5-6/1, эритроциты 10-17/1, цилиндры гиалиновые -2-4/1, зернистые 1-2/1.

Больной был госпитализирован в специализированное отделение, где был поставлен диагноз хронический гломерулонефрит с нефротическим синдромом высокой степени активности. Получил патогенетическое и симптоматическое лечение. Выписался из стационара в удовлетворительном состоянии и был рекомендован продолжать приём поддерживающего дозы патогенетической терапии. Однако больной прекратил самовольно приём препаратов а к своему врачу не обращался. Спустя два месяца вновь появились отеки, присоединилась тошнота, рвота, боли в животе различной локализации, болезненные мигрирующие рожеподобные эритемы в области живота. Снизился АД.

1. Какое осложнение развилось у больного;
2. Перечислите ещё не менее четырех возможных осложнений которые угрожают этому больному;
3. При каком ещё заболевании на фоне нефротического синдрома вероятность развития этих осложнений высока;
3. Какой должна быть тактика ВОП при данном случае;

3. Больная 28 лет, обратилась к ВОП в связи с отеками лица, кистей рук, голеней, уменьшение выделения мочи, мочеиспускание 1-2 раза в сутки, общую слабость, сонливость, увеличение веса. Считает себя больной в течение 3 лет. При осмотре: больная вялая, заторможена, интеллект снижен, охриплость голоса, лицо одутловатое, бледное, кожные покровы сухие, холодные, отеки в области голеней, при надавливании не оставляют ямку. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные. Пульс-58 уд.в мин, АД 100/60. Диурез уменьшен. Стул-склонность к запорам.

Общий анализ мочи – кол-во-100 мл, относит.плотность-1021, белок –отсутст., в осадке единичные лейкоциты, эритроциты.

- 1.Перечислите не менее пяти заболеваний, при которых наблюдаются вышеуказанные симптомы;
2. Предполагаемый диагноз;
3. Информативные методы исследования и какие из них имеют важное значение в диагностике этого заболевания и их нормальные показатели;
4. Тактика ВОП и принципы лечения;

4. Больная Л., 28 лет, обратилась к ВОП с жалобами на слабость, головную боль, боли в поясничной области, повышение температуры 37,6 °С, частое мочеиспускание. В анамнезе: частые простудные заболевания. Считает себя больной в течение 3 лет. Связывает свое заболевание с простудой во время беременности, получила курс пенициллина, невидрамона. Эффект был незначительным. При осмотре общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные, пастозность лица. АД 150/90 мм рт.ст. Пульс 82 уд/мин., сердце – гипертрофия левого желудочка, акцент II тона на аорте. Со стороны легких отклонений от нормы нет. Симптом поколачивания положительный с 2 сторон. Общий ан. крови: Нв - 105 г/л; эр. - $2,6 \times 10^{12}$, л - $9,5 \times 10^9$; СОЭ - 34 мм/ч; общ.белок - 68,5; сахар в крови - 4,5 ммоль/л. Общ.ан.мочи: уд.вес - 1015; белок - 0,09%; эрит. - 3-4/1; л - 40-50/1; эпит. - б/к; соли - оксалаты в большом количестве.

- 1.Перечислите не менее четырех заболеваний при котором наблюдается выше указанные симптомы;
2. Предполагаемый диагноз;
3. Информативные методы исследования;
4. Как определяется и выше каких цифр будет ренально-кортикальный индекс у этой пациентки;
5. Тактика ВОП;

5. Больной В., 48 лет, обратился к ВОП с жалобами на тупые боли в правой поясничной области с иррадиацией в пах, повышение температуры до 37,5° С, ознобы. Из анамнеза 2 года назад был приступ сильных болей в правой половине поясницы, который сопровождался частым болезненным мочеиспусканием, выделением мочи красного цвета. Приступ закончился отхождением двух мелких камней. Появились постоянные ноющие боли в пояснице справа, субфебрильная температура с ознобами. При осмотре общее состояние удовлетворительное, со стороны легких и сердечно-сосудистой системы отклонений от нормы нет. При глубокой пальпации живота отмечается болезненность в проекции правой почки, печень не увеличена. Общий анализ крови: эр. -4,1 млн; л - 10×10^9 , СОЭ - 25 мм/ч; Нв - 124 г/л. Общий ан мочи: уд.вес 1021; цил.гиал - 0-1/1; белок – 0,99%; эр. - 3-4/1; л - 60-80/1; соли - оксалаты, бактерии + +.

- 1.Перечислите не шести пяти заболеваний при котором наблюдается выше указанные симптомы;

2. Предполагаемый диагноз;
3. Информативные методы исследования;
4. Какие отклонения выявляются у этого больного при анализе мочи по Нечепоренко и при определении бактериурии в 1 мл. мочи (укажите конкретные цифры)
5. Тактика ВОП;

6. Больная 23 лет обратилась к ВОП с жалобами на боли внизу живота, рези при мочеиспускании и частое мочеиспускание. Из анамнеза : в 7 летнем возрасте была выявлена положительная реакция Манту, выше указанные жалобы появились 2 дня тому назад и связываются с переохлаждением. При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Живот мягкий, болезненный внизу живота, симптом Пастернацкого (-) с 2 сторон. АД – 120/70 мм.рт.ст. Пульс 82 уд/мин. Со стороны органов пищеварения, легких и сердечно-сосудистой системы отклонений от нормы нет. Рентгенография грудной клетки без патологии.

1. Перечислите не менее трех заболеваний при котором наблюдается выше указанные симптомы;
2. Предполагаемый диагноз;
3. Информативные методы исследования;
4. Опишите подробно как проводятся 3 стаканная проба и в какой порции, какие изменения будут в них;
5. Тактика ВОП с подробным описанием введения (немедикаментозного и медикаментозного) больного;

7. Больной Н. в течение 8 лет лечится у нефролога по поводу хр. гломерулонефрита. В последние 2 года ежемесячно проводится гемодиализ. Несколько дней назад (до госпитализации) появились длительные боли в области сердца, усиливающиеся при вдохе, сердцебиение, головные боли, тошнота, рвота, общая слабость. Объективно: больной пониженного питания, одутловатое лицо, кожа бледная, сухая, имеются следы расчесов и кровоподтеки. Над легкими везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, выслушивается шум трения перикарда. ЧСС 110 уд. в 1 мин. АД 190/130 мм рт.ст. Живот мягкий, болезнен в области эпигастрии. Печень и селезенка не пальпируются. ОАМ: уд. вес-1005, белок-4 г/сут, лейкоциты-6-8/1, измененные эритроциты-12-18/1, не измененные 4-5/1, цилиндры-4-8/1. Клубочковая фильтрация 20 мл/мин.

1. Ваш полный предварительный диагноз;
2. План обследования;
3. Укажите причины болевого синдрома в области сердца;
4. Тактика ВОП.

8. Женщина 36 лет, вызвала на дом ВОП с проблемой боль в поясничной области справа, сопровождающаяся с тошнотой и рвотой. Температура тела 38 °С. В данный момент не беременна.

Вопросы:

1. Перечислите 4 наиболее вероятных заболевания, которые могут являться причиной данной проблемы у больной?
2. Какие вопросы необходимо задать больной в данном случае?
3. Какие изменения Вы можете ожидать в общем анализе мочи?
4. Определите Ваши тактические действия после установки предварительного диагноза?

Мужчина 29 лет на ногах перенес ангину. Спустя 2 недели отмечал головные боли, отеки на лице, кистях рук, одышку при незначительной физической нагрузке, слабость, снижение работоспособности. Объективно: Тоны сердца глухие, акцент II тона на аорте, ЧСС 96 уд. В 1 мин. АД 160/110. ОАК: гемоглобин 90 ед, эритроциты $3,5 \cdot 10^6$, лейкоциты 8500, СОЭ 30 мм/час, Анализ мочи-относительная плотность-1030, белок 4,5 г/л, эритроциты 18-20-25/1, гиалиновые цилиндры 4-6/1.

1. Перечислите не менее трёх вероятных заболеваний, при которых встречаются выше приведенные симптомы;
2. Ваш предварительный диагноз;
3. Перечислите не менее 6 лабораторных признаков, характеризующих данную патологию;
4. Тактика ВОП и принципы лечения;

9. Больной Г., 32 лет, жалуется на тупые боли в пояснице, слабость. Болеет в течение 3 лет. Анализ мочи удельный вес - 1012, белок 2,4 ‰, лейкоциты 2-3/1, эритроциты измененные 15-20/1, цилиндры зернистые 3-4/1, гиалиновые 2-4/1.

1. Перечислите не менее трёх вероятных заболеваний, при которых встречаются выше приведенные симптомы;
2. Ваш предварительный диагноз;
3. В каких ситуациях в моче наблюдаются измененные или неизмененные эритроциты (приведите не менее 4 примеров);
4. Тактика ВОП и принципы лечения;

10. Больной 28 лет, в течение 5 лет страдает артериальной гипертензией с повышением давления до 230/140 мм рт.ст. Анализ мочи удельный вес: 1011, белок 1,65 ‰, лейкоциты 2-3 в п.зр. эритроциты измененные 10-12 в п.зр., цилиндры зернистые 3-4 в п.зр., анализ мочи по Зимницкому - колебания удельного веса 1,010 - 1,012.

1. Перечислите не менее трёх вероятных заболеваний, при которых встречаются выше приведенные симптомы;
2. Ваш предварительный диагноз;
3. Какие цилиндры в моче могут обнаруживаться и о чем говорит их наличие (укажите конкретно);
4. Тактика ВОП и принципы лечения;

Максимальный балл 20-19	18-17 балл	16-15 балл	14-13 балл	12 балл
отлично	Хорошо	Удов	Неудов	плохо
100%-86%	85%-73%	70-56%	53%-46%	43% и меньше

4.2.2.Графический органайзер-кластер

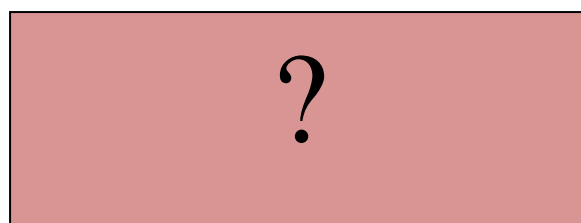
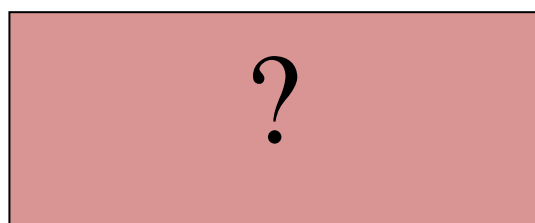
Кластер (кластер – пучок, связка) – способ составления карты информации – сбора идей вокруг какого-либо основного фактора для фокусирования и определения смысла всей конструкции.

Стимулирует актуализацию знаний, помогает свободно и открыто вовлекать в мыслительный процесс новые ассоциативные представления по теме.

Знакомятся с правилами составления кластера. В центре классной доски или большого листа бумаги пишется ключевое слово или название темы из 1-2 слов.

По ассоциации с ключевым словом приписывают сбоку от него в кружках меньшего размера «спутники» - слова или предложения, которые связаны с данной темой. Соединяют их линиями с «главным» словом. У этих «спутников» могут быть «малые спутники» и т.д. запись идет до истечения отведенного времени или пока не будут исчерпаны идеи.

Обмениваются кластерами для обсуждения.



4.3. Практическая часть

1. Провести осмотр больных при различных стадиях хронической почечной недостаточности.
2. Интерпретация лабораторно-инструментальных данных при различных стадиях хронической почечной недостаточности.

Изменение мочевого осадка

Пиелонефрит, гломерулонефрит, интерстициальный нефрит, амилоидоз, нефропатии, ХПН

№ этапа	Показатели/ интерпретация	Не выполнен о	Выполнен о полность ю
	Курация больного	0	50
	Общий анализ крови		
	Общий анализ мочи		
	Анализ мочи по Нечипоренко		
	Общий белок, белковые фракции		
	Липидный спектр		
	Мочевина		
	Креатинин		
	Сахар в крови и в моче		
	Проба Реберга		
	УЗИ почек		
	КТ и ЯМР		
	Биопсия		

	Консультация уролога		
	Консультация онколога		
	Дифференциальная диагностика	0	20
	Обоснование диагноза	0	10
	Тактика ВОП и назначение лечения	0	10
	Рекомендации	0	10
ИТОГО		0	100

Максимальный балл 20-19	18-17 балл	16-15 балл	14-13 балл	12 балл
отлично	Хорошо	Удов	Неудов	плохо
100%-86%	85%-73%	70-56%	53%-46%	43% и меньше

5. Виды оценки знаний, навыков и умений

- Устно
- Письменно
- Решение ситуационных задач
- Демонстрация освоенных практических навыков

5.1. Критерии оценок знаний и умение практических навыков студентов.

№	Оценка	отлично	хорошо	удовл	неуд	плохо
	Усвоение в %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% и ниже
1	Теоретическая часть	20-17,2 балл	17-14,2 балл	14-11 балл	10,8-7,4 балл	7,2 балл
2	Ситуационные задачи	50-43 балл	42,5- 35,5 балл	35- 27,5 балл	27-18,5 балл	18 балл
3	Тест	15-12,9 балл	12,7-10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5 балл	5,4 балл
4	Практическая часть	15-12,9 балл	12,75-10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5- балл	5,4 балл

6. Критерии оценки текущего контроля

Уровни оценок	Рейтинг баллы	Характеристика работы студента
	20	Балл присутствия на практическом занятии. Полное отсутствие уровня знаний и не умение выполнить практический навык – студент абсолютно не готов к практическому занятию.

<p style="text-align: center;">Не удовлетвор ительно</p>	<p style="text-align: center;">20 - 54,9</p>	<p>Студент отвечает неудовлетворительно. Студенты не владеют базовыми уровнями знаний и навыков, хотя бы одного из ниже перечисленных:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Не знает клинические признаки различных стадий хронической почечной недостаточности. • Не знает патогенетическое лечение различных стадий хронической почечной недостаточности. • Не знает факторы риска развития хронической почечной недостаточности. • Не знает групп препаратов применяющихся при лечении различных стадий хронической почечной недостаточности. • Не может указать на лабораторные признаки различных стадий хронической почечной недостаточности. • Не способен собрать рациональный анамнез во время курации больных с различными стадиями хронической почечной недостаточности. • Во время курации не способен объективно оценить состояние больных с различными стадиями хронической почечной недостаточности. • Не способен рационально составлять план обследования больных с различными стадиями хронической почечной недостаточности в условиях СВП или СП.
Обеспечение базового уровня знаний и навыков		
<p style="text-align: center;">Удовлетвор ительно</p> <p style="text-align: center;">55-70,9%</p>	<p style="text-align: center;">55-60,9</p>	<p>Удовлетворительный ответ низкого качества. Студент старается владеть базовыми уровнями знаний и навыков (см.ниже), но при ответе или выполнении навыков допускают серьезные ошибки.</p>
	<p style="text-align: center;">61-65,9</p>	<p>Удовлетворительный ответ средней степени. Студент владеет базовыми уровнями знаний и навыков (см.ниже), но при ответе или выполнении навыков допускают ошибки (возможны отдельные погрешности)</p>
	<p style="text-align: center;">66-70,9</p>	<p>Удовлетворительный ответ высокого качества. Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Знает клинические признаки различных стадий хронической почечной недостаточности. • Знает патогенетическое лечение различных стадий хронической почечной недостаточности. • Знает факторы риска развития хронической почечной недостаточности. • Знает групп препаратов применяющихся при лечении различных стадий хронической почечной недостаточности. • Может указать на лабораторные признаки различных стадий хронической почечной недостаточности.

		<ul style="list-style-type: none"> • Способен собрать рациональный анамнез во время курации больных с различными стадиями хронической почечной недостаточности. • Во время курации способен объективно оценить состояние больных с различными стадиями хронической почечной недостаточности. • Способен рационально составлять план обследования больных с различными стадиями хронической почечной недостаточности в условиях СВП или СП. • Может интерпретировать результаты лабораторно-инструментальных методов исследований – может указать наличие лейкоцитоза, сдвига лейкоформулы вправо или влево, повышенного СОЭ. • Может интерпретировать результаты лабораторно-инструментальных методов исследований – может указать наличие лейкоцитурии, протеинурии, бактериурии, эритроцитурии и на другие изменения мочевого осадка. • Может интерпретировать результаты лабораторно-инструментальных методов исследований – может указать наличие изменений показателей клиренса креатинина, мочевины. • Может показать технику взятия общего анализа крови • Может показать технику взятия общего анализа мочи • Способен корректно заполнять дневник больного.
Продвинутый уровень знаний		
<p>Хорошо</p> <p>71-85,9%</p>	<p>71-75,9</p>	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (указанные в пункте «66-70,9») + владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Знает стадии развития хронической почечной недостаточности. • Знает клиническую симптоматику и морфологические изменения свойственные каждой стадии развития хронической почечной недостаточности. • Знает классификацию хронической почечной недостаточности. • Знает механизм действия лекарственных препаратов применяющихся при различных стадиях хронической почечной недостаточности • Умеет рационально выбрать лекарственные препараты, используемые при лечении различных стадий хронической почечной недостаточности

	76-80	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «71-75,9», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Знает патогенез различных стадий хронической почечной недостаточности, а также может назвать морфологическую картину развития • Знает принципы первичной, вторичной и третичной профилактики различных стадий хронической почечной недостаточности
	81-85,9	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «71-75,9» и «76-80», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Принципы ведения, наблюдения и мониторинга, больных с различными стадиями хронической почечной недостаточности в условиях СВП или СП. • Умеет провести консультацию по вопросам немедикаментозных и медикаментозных советов с использованием навыков МЛО. • Принципы диспансеризации и реабилитации больных с различными стадиями хронической почечной недостаточности в условиях СВП или СП
Отлично	86-90	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «81-85,9», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Знает принципы лечения различных стадий хронической почечной недостаточности • Знает показания и противопоказания к экскреторной урографии при различных стадиях хронической почечной недостаточности • Знает показания и противопоказания к ультразвуковому обследованию при различных стадиях хронической почечной недостаточности • Умеет предоставлять достоверную информацию о различных стадиях хронической почечной недостаточности на основании интернет данных
	86-100%	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «86-90», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Знает рентгенологические признаки различных стадий хронической почечной недостаточности • Знает УЗИ признаки различных стадий хронической почечной недостаточности • Умеет определить различные стадии хронической почечной недостаточности методами объективного осмотра и при помощи данных

		анамнеза.
	96-100	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «91-95», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Предоставил научные данные на основе литературы (статьи и интернет) • Знает этапы диспансеризации и реабилитации у больных с различными стадиями хронической почечной недостаточности

7. Контрольные вопросы:

1. Этиология хронической почечной недостаточности.
2. Механизм возникновения различных стадий хронической почечной недостаточности.
3. Классификация хронической почечной недостаточности.
4. Клинические проявления при различных стадиях хронической почечной недостаточности.
5. Дифференциальную диагностику различных стадий хронической почечной недостаточности.
6. Принципы терапии различной стадии хронической почечной недостаточности.
7. Медикаментозные препараты, используемые при лечении различных стадий хронической почечной недостаточности, их фармакодинамику и дозировку.
8. Диспансеризация больных с хронической почечной недостаточностью.
9. Амбулаторное лечение в зависимости от стадий.
10. Показания к гемодиализу.

8. Список литературы

Основные

- 1) Ички касалликлар, Бобожанов С. Т: Янги аср авлод, 2008
- 2) Внутренние болезни, том 1 Мухин Н.А. М.: ГЭОТАР - Медиа, 2009
- 3) Textbook of Internal Medicine Editor-in-Chief William N. Kelley 1997

Дополнительные

- 1) Умумий амалиёт врачлар учун маърузалар туплами , Гадаев А.Г., Т., 2012
- 2) Общая врачебная практика, Под ред.Ф.Г.Назирова, А.Г.Гадаева. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
- 3) Справочник врача общей практики. Дж.Мёрта. М.: Практика, 1998.
- 4) Сборник практических навыков для врачей общей практики. Гадаев А., Ахмедов Х.С. Т., 2010.
- 5) Умумий амалиёт врачлар учун амалий куникмалар туплами Гадаев А.Г., Ахмедов Х.С., 2010. Т.
- 6) Лечение болезней внутренних органов. Окорочков А.Н. 2005.
- 7) Дифференциальный диагноз внутренних болезней. Виноградов А.В. М.: Медицинское информационное агенство, 2009.
- 8) Внутренние болезни: учебник.- в 2-х т. (2 т.) Под ред. Мартынова и др. М.: ГЭОТАР - Медиа, 2005:

Интернет ресурсы:

<http://www.lib.uiowa.edu/hardin/md/index.html>, <http://dir.rusmedserv.c>, <http://www.medlinks.ru/>, <http://www.kosmix.com/>, <http://www.medpoisk.ru/>, <http://www.tripdatabase.com/>, <http://www.klinrek.ru/cgi-bin/mbook>, <http://www.intute.ac.uk/medicine/>, <http://elibrary.ru>, <http://www.freebooks4doctors.com/>, <http://www.medscape.com/>, <http://www.meducation.net/>, <http://www.thecochranelibrary.com>

9. Хронологическое содержание занятия

Время	Мероприятия	Содержание	Материалы	Продолжительность занятия
8.30–9.30	Утренняя конференция	Доклад дежурных врачей и дежурных субординаторов по дежурству.	Истории болезни, ЭКГ, кодоскоп.	1 час
9.15-10.00	Клинический аудит выписывающихся больных.	Подробный доклад студентов о выписываемых больных.		45 минут
10.05-10.45	Теоретический разбор темы	Проверка исходного уровня подготовленности студентов с использованием метода “мозговой штурм”. Решение ситуационных задач по данной теме с оценкой аналитических способностей студентов.	Папка с ситуационными задачами, учебные доски, таблицы, соответствующие теме занятия.	40 минут
10.45 - 11.05.	Проработка практических навыков.	Студент под надзором преподавателя должен выполнить минимум два практического навыка.	Больной или волонтер.	20 минут
11.05-11.45	Курация больных в отделении кардиологии и нефрологии	Каждый студент курирует больных определенной палаты.	Больной, фонендоскоп, тонометр, история болезни (с данными клинико-лабораторных исследований).	40 минут
11.45-12.15	Перерыв			30 мин

12.20-13.20	Разбор тематических больных	По выбору педагога проводится полный осмотр больного по теме занятия или пациентов, готовящихся к выписке, анализ данных лабораторно-инструментального исследования, обоснование предварительного и окончательного клинического диагнозов. Определяется план лечения с дозами препаратов.	Больной, фонендоскоп, тонометр, история болезни (данными клинико-лабораторных исследований).	1 час
-------------	-----------------------------	---	--	-------

ТРЕБОВАНИЯ К ЗНАНИЯМ, УМЕНИЯМ И НАВЫКАМ ПРИ ОБУЧЕНИИ СТУДЕНТОВ НА ОСНОВЕ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ БОЛЬНЫХ С ОТЕЧНО-АСЦИТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Цель: Научить студентов посиндромальному решению проблемы больных с отечно-асцитическим синдромом, а также принципам их ведения в условиях первичного звена здравоохранения в рамках квалификационной характеристики ВОП

Основные задачи обучения:

- Обучить студентов в решении проблемы, связанной с отечно-асцитическим синдромом;
- Обучить студентов своевременной диагностике при наличии проблемы, связанной с отечно-асцитическим синдромом.
- Обучить студентов отдифференцировать болезни, сопровождающиеся с отечно-асцитическим синдромом.
- Усовершенствовать необходимые знания, умения и практические навыки при решении проблемы пациентов с отечно-асцитическим синдромом (сбор информации, выявление проблемы и физикальный осмотр, а также умение обоснованно назначать лабораторно-инструментальные методы исследования);
- Обучить студентов обоснованно выбрать тактику ведения;
- Обучить студентов обоснованно осуществлять лечебно-профилактических мер и наблюдению в условиях СВП и СП.

При разборе данной проблемы больных ключевыми моментами оценки знаний студентов должны быть:

- Умение выделить основную проблему, которая отразилась на качестве жизни больных.
- Умение задавать вспомогательные вопросы рационального анамнеза.
- Умение выделить наличие факторов риска.
- Умение перечислить заболевания или состояния, которые могут быть причиной данной проблемы.
- Умение обоснованно провести физикальный осмотр.
- Умение обоснованного назначения лабораторно-лабораторных исследований в условиях СВП или ОП.
- Умение выделить необходимость дополнительных исследований за пределами СВП или ОП.
- На основании полученной информации умение установить основную причину (диагноз) данной проблемы.

- Умение определить тактику ведения на основании квалификационной характеристики ВОП.
- Умение давать немедикаментозные советы.
- Умение определить медикаментозное лечение на основании доказательной медицины
- Умение определить профилактических мер на уровне первичного звена здравоохранения.
- Умение определить принципы диспансеризации и реабилитации больных в условиях СВП или СП.

Что должен знать студент при решении проблемы пациентов с отечно-асцитическим синдромом:

№	Перечень знаний	Базовый уровень
1	Перечень заболеваний, которые протекают с отечно-асцитическим синдромом	Студент должен знать как минимум 10 наиболее часто встречаемых заболеваний
2	Перечень наиболее опасных заболеваний, которые протекают с отечно-асцитическим синдромом	Студент должен знать как минимум 5 заболеваний
3	Перечень состояний, требующие ведения в условиях СВП или СП (1-категория)	Согласно квалификационной характеристики ВОП
4	Перечень состояний, требующие консультации узкого специалиста или госпитализаций (2-категория)	Согласно квалификационной характеристики ВОП
5	Перечень исследований, требующие проведения в условиях СВП или СП (3.1-категория)	Согласно квалификационной характеристики ВОП
6	Перечень исследований, требующих направлений за пределы СВП или СП (3.2-категория)	Согласно квалификационной характеристики ВОП
7	Ключевые моменты (критерий) диагностики заболеваний, протекающие с отечно-асцитическим синдромом	Студент должен знать отличительные признаки и проявления каждого заболевания, а также критерии их диагностики.
8	Симптомы поражения внутренних органов	Студент должен знать признаки поражения сердца, легких, печени, селезенки, почек.
9	Признаки нефротического синдрома	Студент должен перечислить основные проявления
10	Признаки сердечной недостаточности	Студент должен перечислить основные проявления
11	Признаки асцита	Студент должен перечислить основные проявления
12	Признаки венозной недостаточности	Студент должен перечислить основные проявления
13	Показатели лабораторно-инструментальных методов исследований	Студент должен знать: - нормативные показатели и ожидаемые изменения при заболеваниях
14	Лечебная тактика	Студент должен знать методы и принципы лечения (в том числе немедикаментозные).
15	Принципы первичной, вторичной и третичной	Студент должен знать

	профилактики	основные мероприятия, необходимые для первичной, вторичной и третичной профилактики
	Принципы диспансеризации и реабилитации больных в условиях СВП или ОП (4-категория)	Студент должен перечислить основные мероприятия по диспансеризации и реабилитации

Что должен уметь студент при решении проблемы пациентов с отечно-асцитическим синдромом:

№	Перечень навыков	Базовый уровень
1	Расспросить больного и его родственников	<ul style="list-style-type: none"> • Студент должен уметь задавать лаконичные вопросы рационального вопроса, которые действительно помогает в установке вероятного диагноза. • Студент должен уметь целенаправленно выявлять и оценивать жалобы пациента. • Студент должен уметь анализировать анамнез заболевания: начало заболевания, первые симптомы, причинная их связь и динамика развития. • Студент должен уметь анализировать анамнез жизни: выявление факторов риска, здоровье родителей и ближайших родственников.
2	Выявить факторы риска	Студент должен уметь выявить управляемые и неуправляемые факторы риска как при расспросе больного, так на основании объективного подхода
3	Рассчитать индекс масса/тела	Студент должен уметь выявить признаки: <ul style="list-style-type: none"> - недостаточности веса - повышенного веса.
4	Измерить артериальное давление.	Студент должен уметь провести тонометрию с учетом пошагового принципа.
5	Общий осмотр	Студент должен уметь выявить: <ul style="list-style-type: none"> -facies nefrotica -одутловатость - печеночные ладони, -гинекомастию, -набухание шейных вен - кахексию.
6	Провести осмотр кожи	Студент должен уметь обнаружить наличие: <ul style="list-style-type: none"> -бледности - цианоза, - иктеричности, -наличие высыпаний - уплотнений - телангиоэктазии.
7	Осмотр рта	Студент должен уметь оценить язык.
8	Исследовать пульс на сонных, лучевых и бедренных артериях	Студент должен уметь обнаружить: <ul style="list-style-type: none"> - наличие или отсутствие пульса Студент должен уметь оценить свойства лучевой артерии.

9	Провести пальпацию, перкуссию и аускультацию органов дыхания.	Студент должен уметь оценить: - экскурсию грудной клетки - голосовое дрожание - изменение легочного звука и их интерпретация - типы дыхания - наличие дыхательных шумов и хрипов
10	Провести пальпацию, перкуссию и аускультацию сердечно-сосудистую систему.	Студент должен уметь выявить признаки: - гипертрофии отделов сердца Студент должен уметь оценить: - тоны сердца; - при наличии сердечных шумов, уметь выявить их эпицентр, и отношение к фазе сердечной деятельности (систолический или диастолический шум); - уметь отдифференцировать функциональные сердечные шумы от органических. - шума трения перикарда
11	Провести осмотр, пальпацию, перкуссию живота	Студент должен уметь выявить наличие: -асцита -метеоризма -сосудистых звездочек - венозных коллатерали Студент должен уметь провести поверхностную и глубокую пальпацию живота Студент должен уметь выявить признаки: - гепатомегалии, -спленомегалии. Студент должен уметь оценить: - всех доступных образований в брюшной полости
12	Провести перкуссию и пальпацию почек	Студент должен уметь выявить наличие: - увеличенной почки
13	Провести аускультацию над почечными артериями	Студент должен уметь выявить наличие: -систолического шума.
14	Осмотреть конечности	Студент должен осмотреть конечности и тела и уметь обнаружить: - местный или генерализованный отек. Пальцам должен уметь надавить на тыльную поверхность стопы и обнаружить: - появляется ямка или нет. Должен обратить внимание на состояния вен нижней конечности
15	Провести осмотр костно-суставной системы	Студент должен уметь обнаружить: - наличие суставного синдрома
16	Обследовать щитовидную железу.	Студент должен уметь осмотреть и пропальпировать щитовидную железу и выявить признаки увеличения, а также в зависимости от размеров щитовидной железы различить степени зоба
17	Провести офтальмоскопию	Студент должен уметь провести офтальмоскопию с учетом пошагового принципа и осмотреть глазное дно, а также выявить признаки: - артериовенозных перекрестов
18	Интерпретировать	Студент должен уметь выявить сдвиги от нормы

	клинические и биохимические анализы	
19	Интерпретировать рентген снимок легких	Студент должен уметь выявить признаки: - пневмонии - пневмоторакса - плеврита - рака легкого и туберкулеза
20	Снять ЭКГ и расшифровать ее.	9. Студент должен уметь регистрировать ЭКГ с учетом пошагового принципа. 10. Студент должен уметь расшифровать результаты ЭКГ и выявить признаки: - ишемии миокарда - инфаркта миокарда - гипертрофии отделов сердца - нарушений ритма сердца
21	Отдифференцировать болезни, сопровождающиеся отечно-асцитическим синдромом.	Студент должен уметь отдифференцировать болезни на основании отличительных черт (анамнез, объективный осмотр и лабораторно-инструментальные исследования)
22	Дать немедикаментозные советы	Студент должен уметь: - обучить больных по самоконтролю - консультировать по диете - консультировать по ведению здорового образа жизни
23	Рационально использовать лекарственные средства при лечении заболеваний, протекающие с отечно-асцитическим синдромом.	11. Студент должен уметь выбрать препараты с доказанной эффективностью. 12. При выборе препарата студент должен уметь оценить: - эффективность - безопасность - приемлемость - экономичность.
24	Провести мониторинг и наблюдение больных	Студент должен перечислить принципы ведения и наблюдения заболеваний, протекающие с отечно-асцитическим синдромом.

Практическое занятие №34

Тема Отечный синдром. Дифференциальная диагностика местных (аллергические, воспалительные заболевание сосудов) и общих (недостаточности кровообращения, связанное с заболеванием почек, эндокринное, связанное с голоданием) отеков различной этиологии.

Технология обучения

Учебное время: 6 часа	Количество студентов 8-10
Структура учебного занятия	<ul style="list-style-type: none"> • Учебный тематический кабинет кафедры. • Учебные пособия • Больничные палаты. • Телевизор, видео аппаратура
Цель учебного занятия: Научить ВОП вопросам своевременной диагностики и дифференциальной диагностики, выбору оптимального варианта лечебной тактики при отечном синдроме, обусловленные различными причинами, а также принципам ведения больных в	

условиях первичного звена здравоохранения, предусмотренных требованиями "Квалификационной характеристики врача общей практики»	
<p>Педагогические задачи:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Рассмотреть вопросы диагностики отеочного синдрома. • Продемонстрировать больных с отеочным синдромом • Обсудить данные клинических, лабораторно-инструментальных исследований при отеочном синдроме. • Провести дифференциальную диагностику отеочного синдрома. • Обсудить принципы лечения (немедикаментозные и медикаментозные). • Обсудить принципы ведения, наблюдения и мониторинга больных в условиях СВП или СП. • Обсудить принципы первичной, вторичной и третичной профилактики при данных заболеваниях. 	<p>Результаты учебной деятельности: Врач общей практики (ВОП) должен знать: <u>ВОП должен знать:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Механизм возникновения отеочного синдрома. 2. Клинические проявления при заболеваниях, сопровождающихся отеочным синдромом 3. Диагностику отеочного синдрома 4. Дифференциальную диагностику заболеваний с отеочным синдромом 5. Медикаментозные препараты, используемые при лечении отеочного синдрома, их фармакодинамику и дозировку. 6. Тактику ВОП. 7. Принципы лечения (медикаментозное и немедикаментозное) при данных заболеваниях. 8. Принципы диспансерного наблюдения и мониторинга больных в условиях СВП или СП. 9. Принципы первичной, вторичной и третичной профилактики при данных заболеваниях. <p><u>ВОП должен уметь:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Анализировать данные жалоб и анамнеза для диагностики отеочного синдрома 2. Диагностировать, дифференцировать по клинике и лабораторно-инструментальным данным заболеваний, протекающих с отеочным синдромом 3. Выбрать препараты с доказанной эффективностью 4. Консультировать по немедикаментозным методам лечения. 5. Провести мониторинг в условиях СВП или СП.
Методы обучения	Лекция, ситуационные задачи, тесты, демонстрация, видеопросмотр, дискуссия, беседа, обучающая игра мозговой штурм.
Формы организации учебной деятельности	Индивидуальная работа, работа в группах, коллективная, аудиторная, внеаудиторная.
Средства обучения	Учебные пособия, раздаточный материал, сборник ситуационных задач и тестов, набор ЭКГ. Телевизор, видео аппаратура, мультимедиа.
Способы и средства обратной связи	Блиц-опрос, тестирование, презентация результатов выполнения учебного задания, заполнение истории болезни, выполнение практического навыка –интерпритация анализов

Технологическая карта занятия

Тема: Отеочный синдром. Дифференциальная диагностика местных (аллергические, воспалительные заболевание сосудов) и общих (недостаточности кровообращения,

связанное с заболеванием почек, эндокринное, связанное с голоданием) отеков различной этиологии.

№	Этапы практического занятия	Форма занятия Место проведения	Длит-ть занятия 225
1	Вводная часть (обоснование темы)		10
2	Обсуждение темы практического занятия с применением новых педагогических технологий ("трехступенчатое интервью"), а также демонстрационного материала (таблицы, плакаты, рентгенограммы.ЭКГ), определение исходного уровня.	Опрос, обсуждение Учебная комната практических навыков	40
3	Вывод обсуждения		10
4	Определение задания для выполнения практической части - профессиональный расспрос. Объяснение положений и рекомендаций для выполнения задания по заполнению истории болезни.	Обсуждение Учебная комната	20
5	Освоение практической части занятия под руководством преподавателя.	Проф. расспрос. Беседа с больными и заполнение истории болезни, ситуационные задачи. Осмотр тематических больных в палатах	20
6	Интерпретация данных обследования больных- жалобы, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация больных, а также исследования ОАМ, ОАК, мокроты на МБТ	Истории болезни, лабораторные данные ситуационные задачи	25
7	Обсуждение теоретических, практических знаний студентов, закрепление материала, определение уровня усвоения оценкой знаний.	Устный опрос, тесты, обсуждение, определение практических навыков Учебная комната	75
8	Определение вывода по теме практического занятия, оценка по 100 бальной системе и объявление оценок. Домашнее задание следующего практического занятия (сборник вопросов).	Информация, вопросы для самостоятельной работы. Учебная комната	25

2.Мотивация

Отечный синдром нередко встречаются в практике врача первичного звена здравоохранения. В этой ситуации усилие врача общей практики (ВОП) направляется на диагностику отечного синдрома. В случае диагностики отечного синдрома ВОП предстоит

решать вопрос об определении группы больных, подлежащих лечению в условиях СВП (СП), или направлении в специализированные стационары. Это является основанием для включения данной тематики в программу подготовки ВОП.

3. Межпредметные и внутрипредметные связи

Анатомия, Гистология с эмбриологией и цитологией, Биология, Нормальная физиология, Биохимия, Патологическая анатомия, Патологическая физиология, Топографическая анатомия и оперативная хирургия, Пропедевтика внутренних болезней, Онкология, Рентгенология и медицинская радиология, Физиотерапия, Эндокринология, Факультетская терапия, Госпитальная терапия, Урология.

4 Содержание занятия

4.1. Теоретическая часть

На практическом занятии в теоретической его части последовательно рассматриваются следующие вопросы:

Классификация отеков:

I Общие отеки:

1.заболевания сердца; 2.заболевания почек; 3.заболевания печени; 4.отеки гипопроотеинемические; 5.идиопатические отеки.

II Местные отеки

A. венозные отеки: 1.острый тромбоз глубоких вен; 2.хроническая венозная недостаточность; 3.венозная обструкция;

B. лимфатические отеки: 1.идиопатические лимфатические отеки: а) врожденные идиопатические лимфатические отеки; б) ранние лимфатические отеки. 2.воспалительные лимфатические отеки; 3.обструктивные лимфатические отеки.

V. жировые отеки.

Г. другие виды отеков: 1.ортостатические отеки; 2.артерио-венозные отеки; 3.отеки после сосудистых операций; 4. отеки, обусловленные поражениями костно-мышечной системы: а) мышечная патология; б) воспаление сухожильного влагалища; в) перелом костей плюсны; г) киста Бейкера; 5.рефлекторная симпатическая дистрофия.

III Отеки, обусловленные приемом лекарственных препаратов

а) гормоны.

б) гипотензивные препараты.

в) противовоспалительные препараты.

г) другие лекарственные препараты.

Напомним лишь, что при заболеваниях почек отеки проявляются так называемым, нефротическим синдромом. При первичном нефротическом синдроме патогенез отеков обусловлен патологией почек, среди которых гломерулонефриту принадлежит ведущая роль. Вторичный нефротический синдром является следствием многих заболеваний, при которых почки вовлекаются в патологический процесс вторично (амилоидоз, нефропатия беременных, туберкулез, сифилис, дбст, васкулиты, отравления солями тяжелых металлов, гипернефрома и многое другое) для него, помимо отеков, характерны массивная протеинурия, гиперпротеинемия, гиперлипидемия, нередко гиперкоагуляция.

Если отеки имеют печеночное происхождение, то, как правило, выявляют в анамнезе перенесенный вирусный гепатит, алкоголизм, токсические воздействия, а так же симптомы хронической печеночной недостаточности (вегетососудистый, диспептический, гепатомегалический, портальной гипертензии и др. синдромы).

При отеках, обусловленных заболеваниями кишечника, в анамнезе имеются указания на заболевания, сопровождающиеся нарушением пищеварительной и всасывательной его функции с диареей, приводящих к гипопроотеинемическим состояниям. Такой же генез имеют отеки при дефиците питания, невротической потере аппетита.

Отеки при заболеваниях сердца связаны с развитием недостаточности кровообращения.

Недостаточность кровообращения (НК) - патологическое состояние, заключающееся в неспособности системы кровообращения доставлять органам и тканям количество крови, необходимое для их нормального функционирования.

В зависимости от скорости развития различают острую НК, которая проявляется в течении нескольких минут и часов, и хроническую НК, которая формируется в течении срока от нескольких недель до нескольких лет. Кроме того, выделяют сердечную недостаточность, связанную с поражением сердца, и сосудистую недостаточность, при которой на первый план в механизме нарушения кровообращения выступает преимущественно сосудистый компонент.

Клинически ХСН проявляется рядом характерных симптомов:

Одышка, ортопноэ, сердечная астма, никтурия, периферические отеки и увеличение печени, иногда асцит, анорексия, хрипы над легкими, увеличение сердца, предсердный ритм галопа, третий тон сердца, набухание шейных вен, анасарка, асцит.

Лечение основного заболевания, которое привело к хнк, позволяет значительно уменьшить её проявление, повысить эффективность лечебных мероприятий. Рациональный лечебный режим. Лечебное питание. при хнк назначают столы № 10 или 10а. с ограничением воды и поваренной соли. питание должно быть 5-6 разовым (с употреблением за один прием небольшого количества пищи); пища должна быть легкоусвояемой, витаминизированной, калорийность диеты 1900-2500 ккал в сутки.

Усиление сниженной сократительной способности миокарда проводится путём применения сердечных гликозидов и негликозидных инотропных средств. Диуретики, ингибиторы АПФ, блокаторы β -адренорецепторов, периферические вазодилататоры, антагонисты рецепторов ангиотензина II, антиаритмические препараты.

Немедикаментозное лечение больных с ХНС. Среди немедикаментозных методов лечения при ХНС чаще всего используют изолированную ультрафильтрацию крови. Внутриаортальная баллонная контрипульсация используется в клинической практике как метод временной механической поддержки насосной функции левого желудочка. баллонную контрипульсацию чаще всего применяют при острой сердечной недостаточности. однако, данный метод используется также у больных с хсн. он показан больным с терминальной стадией хсн, которых готовят к пересадке сердца и хирургической операции, для поддержания работы сердца после проведенной трансплантации, при развитии у больных желудочковых нарушений ритма, рефрактерных к медикаментозной терапии.

Если отеки имеют печеночное происхождение, то, как правило, выявляют в анамнезе перенесенный вирусный гепатит, алкоголизм, токсические воздействия, а так же симптомы хронической печеночной недостаточности (вегетососудистый, диспептический, гепатомегалический, портальной гипертензии и др. синдромы).

При отеках, обусловленных заболеваниями кишечника, в анамнезе имеются указания на заболевания, сопровождающиеся нарушением пищеварительной и всасывательной его функции с диареей, приводящих к гипопропротеинемическим состояниям. Такой же генез имеют отеки при дефиците питания, невротической потере аппетита.

Отеки при заболеваниях сердца связаны с развитием недостаточности кровообращения.

Недостаточность кровообращения (НК) - патологическое состояние, заключающееся в неспособности системы кровообращения доставлять органам и тканям количество крови, необходимое для их нормального функционирования.

В зависимости от скорости развития различают острую НК, которая проявляется в течении нескольких минут и часов, и хроническую НК, которая формируется в течении срока от нескольких недель до нескольких лет. Кроме того, выделяют сердечную недостаточность, связанную с поражением сердца, и сосудистую недостаточность, при которой на первый план в механизме нарушения кровообращения выступает преимущественно сосудистый компонент.

Клинически ХСН проявляется рядом характерных симптомов:

Одышка, ортопноэ, сердечная астма, никтурия, периферические отеки и увеличение печени, иногда асцит, анорексия, хрипы над легкими, увеличение сердца, предсердный ритм галопа, третий тон сердца, набухание шейных вен, анасарка, асцит.

Лечение основного заболевания, которое привело к хнк, позволяет значительно уменьшить её проявление, повысить эффективность лечебных мероприятий . Рациональный лечебный режим. Лечебное питание. при хнк назначаются столы № 10 или 10^а с ограничением воды и поваренной соли. питание должно быть 5-6 разовым (с употреблением за один прием небольшого количества пищи); пища должна быть легкоусвояемой, витаминизированной, колорийность диеты 1900-2500 ккал в сутки.

Усиление сниженной сократительной способности миокарда проводится путём применения сердечных гликозидов и негликозидных инотропных средств. Диуретики, ингибиторы АПФ, блокаторы β-адренорецепторов, периферические вазодилататоры, антагонисты рецепторов ангиотензина II, антиаритмические препараты.

Немедикаментозное лечение больных с ХНС. Среди немедикаментозных методов лечения при ХНС чаще всего используют изолированную ультрафильтрацию крови.

Внутриаортальная баллонная контрипульсация используется в клинической практике как метод временной механической поддержки насосной функции левого желудочка. баллонную контрипульсацию чаще всего применяют при острой сердечной недостаточности. однако, данный метод используется также у больных с хсн. он показан больным с терминальной стадией хсн, которых готовят к пересадке сердца и хирургической операции, для поддержания работы сердца после проведенной трансплантации, при развитии у больных желудочковых нарушений ритма, рефрактерных к медикаментозной терапии.

Проверка исходного уровня подготовленности студентов с использованием метода «круглого стола»

Метод «круглого стола»

Цель: вовлечь в процесс обсуждения темы всех студентов группы с одновременным контролем их знаний.

Ход игры: по кругу пускается лист с заданием. Каждый студент записывает в него один из правильных по его мнению вариантов ответа и передает следующему участнику, который должен продолжить ответ своим вариантом. Во время обсуждения неправильные ответы зачеркиваются, что учитывается при выставлении окончательной оценки в конце занятия.

Например,

1. Перечислите виды отечных синдромов

- Общие

- Местные и т.д. См. выше

2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику общих или местных отеков и т.д.

Максимальный балл 20-19	18-17 балл	16-15 балл	14-13 балл	12 балл
отлично	хорошо	Удов	неудов	плохо
100%-86%	85%-73%	70-56%	53%-46%	43% и меньше

4.2. Аналитическая часть

Ситуационные задачи:

1. Больная, 60 лет, страдает сахарным диабетом в течение 10 лет. Обратилась к ВОП с жалобами на головные боли, отеки лица, тошноту, снижение аппетита, уменьшение диуреза. При осмотре: кожные покровы с сероватым оттенком, сухие. Отеки лица, пастозность голеней. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД 160/100 мм рт ст. В легких аускультативно в нижних отделах влажные мелкопузырчатые хрипы. Диурез снижен.

В анализе мочи: уд. вес- 1006, белок 1 г/л, лейкоциты 3-5/1, эритроциты 2-4/1. Глюкоза в крови – 8,2 ммоль/л.

1. Перечислите не менее четырех заболеваний, при которых наблюдаются вышеуказанные симптомы;
2. Предполагаемый диагноз;
3. Информативные методы исследования;
4. Какая группа препаратов является препаратом выбора для лечения АГ у этого больного (приведите 5 представителей этой группы с указанием дозы);
5. Тактика ВОП;

2. Больной 49 лет, обратился к ВОП с жалобами на отеки лица, конечностей, жидкий стул. Из анамнеза: три года назад установлен диагноз хронический абсцесс средней доли правого легкого, протекающий с обострениями в холодное время года. При осмотре: отеки лица, конечностей, при пальпации живота –урчание, болезненность вокруг пупка. Печень и селезенка увеличены. Диурез снижен до 500 мл в сут.

Ан.крови: НВ-106 г/л, эритро- 3×10^{12} /л, лейкоц - $9,6 \times 10^9$ /л, СОЭ- 28 мм/ч.

Ан. мочи: относит.плотность-1012, белок-6,5 г/л, лейкоц.-9-14/1, эритро.-8-11/1.

1. Перечислите не менее пяти заболеваний, при которых наблюдаются вышеуказанные симптомы;
2. Предполагаемый диагноз;
3. Информативные методы исследования;
4. Перечислите не менее 5 клинических вариантов данного заболевания;
5. Тактика ВОП;

3. Больной 60 лет, обратился к ВОП с жалобами на снижение зрения, жажду, отеки конечностей, периодические подъемы АД, слабость. Из анамнеза: болеет сахарным диабетом в течение 10 лет. При осмотре: больной повышенного питания, кожные покровы сухие, отеки нижних конечностей; пульсация на периферических артериях стоп ослаблена. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД 160/100 мм рт. ст. Пульс 82 уд. в мин. Диурез – сохранен.

В анализе мочи: уд. вес-1008, белок- 1 г/л, лейкоциты 4-6/1, эритро-3-5/1.

1. Перечислите не менее четырех заболеваний, при которых наблюдаются вышеуказанные симптомы;
2. Предполагаемый диагноз;
3. Информативные методы исследования и с помощью какого из них оценивается функциональное состояние нефронов (укажите нормальные показатели этого анализа);
4. Какой показатель отражает степень компенсации сахарного диабета за предшествующие месяцы и каковы его нормальные показатели;
5. Тактика ВОП и принципы лечения;

4. Больная 32 лет, имеет срок беременности 20 недель, жалуется на отеки, учащение выделения мочи, одышку при ходьбе, познбливание, боли в поясничной области справа. В анамнезе – периодически в течение нескольких лет отмечает боли в поясничной области с повышением температуры и выделением мутной мочи. При осмотре: температура тела $37,5^{\circ}\text{C}$, небольшие отеки нижних конечностей, живота, поясничной области. Пульс 90 уд в мин. АД 150/100 мм рт.ст. Симптом поколачивания области почек положителен справа.

Общий анализ крови – Нв-85 г/л, эритро. - $2,8 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - 12×10^9 , СОЭ -25 мм/ч. Общий анализ мочи: количество – 100 мл., относит. плот.- 1006, белок -1,3 г/л, в осадке –лейкоциты -40-50/1, эритроциты измен.-5-10/1.

1. Перечислите не менее четырех заболеваний, при которых наблюдаются вышеуказанные симптомы;
2. Предполагаемый диагноз;
3. Информативные методы исследования;
4. Перечислите лекарственные препараты, рекомендованные к назначению при АГ у беременных с указанием дозы;
5. Тактика ВОП;

5. К ВОП обратился больной, 50 лет, заболевший остро (болен 2 дня), с жалобами на выраженный отек правой голени и стопы, боль и чувство тяжести в ней, повышение температуры до 39°C, озноб. В течение многих лет замечал расширение и выбухание вен на левой ноге, отек ее после физической нагрузки. При осмотре - отек правой голени, кожа цианотична, при пальпации – болезненные уплотнения по ходу вены, боль при давлении в области икроножной мышцы. Со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем патологии не выявлено. АД 130/80 мм рт.ст. Пульс -100 уд. в мин. Стул и диурез регулярные. В ан. крови – лейкоциты 15×10^9 /л, СОЭ -32 мм/ч.

1. Перечислите не менее четырех заболеваний, при которых наблюдаются вышеуказанные симптомы;
2. Предполагаемый диагноз;
3. Информативные методы исследования;
4. Перечислите и опишите подробно пробы, позволяющие судить о состоянии поверхностных вен;
5. Тактика ВОП с подробным ведением больного (медикаментозным и немедикаментозным);

6. Больная 57 лет, имеет 5 детей, обратилась к ВОП с жалобами на резкое ухудшение общего состояния, выраженный отек и покраснение правой голени, познобливание, боль и распирание в области отека. Из анамнеза: в течение нескольких лет периодически отмечает тянущие боли в ноге, отек правой голени. При осмотре: варикозно расширенные вены и отек правой голени, болезненна при пальпации, горячая на ощупь по сравнению с левой. Температура тела -37,8°C. Со стороны легких и сердца патологии не выявлено. Общий анализ крови: Нв-120 г/л, эритро.- $3,8 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты- 14×10^9 /л, п/я -5%, с/я-80%, лимфоциты-10%, Моноциты-5%, базофилы -0, СОЭ-25 мм/ч.

1. Перечислите не менее четырех заболеваний, при которых наблюдаются вышеуказанные симптомы;
2. Предполагаемый диагноз;
3. Информативные методы исследования;
4. Перечислите не менее трех не прямых ингибиторов тромбина и показатели контроля при применении этих препаратов
5. Тактика ВОП с подробным ведением больного (медикаментозным и немедикаментозным)

7. Больная 35 лет, обратилась к ВОП в связи с отеками нижних конечностей. Принимала самостоятельно мочегонные, без эффекта. При расспросе было установлено, что отеки наблюдаются давно, сначала в области стопы, затем голени справа. В последнее время стала отекать и левая нога. При осмотре: бесформенно отечные нижние конечности (слоновость), отек плотной консистенции в области стоп, голеней, более выраженный справа, ямки при надавливании не остается, четко выраженная граница между отечной и неотечной частями ноги. Цвет кожи над отеками не изменен. Со стороны органов дыхания, кровообращения патология не выявлена. Пульс -70 в мин, АД 120/70. Анализы крови, мочи без изменений.

1. Перечислите не менее четырех заболеваний, при которых наблюдаются вышеуказанные симптомы;
2. Предполагаемый диагноз;
3. Информативный метод исследования;
4. Тактика ВОП с подробным ведением больного (медикаментозным и немедикаментозным);

8. Больной, 31 год, обратился к ВОП с жалобами на отеки лица, живота, конечностей, боли и чувство тяжести в поясничной области. Впервые отеки отмечал 4 года назад, после переохлаждения, которые прошли самостоятельно. После перенесенной ангины самочувствие резко ухудшилось. В момент осмотра: выраженные отеки лица, нижних конечностей, кистей рук, живота. АД 140/80 мм. рт. ст.

Общий анализ мочи: относительная плотность-1006, белок-6,65%, лейкоциты -5-6/1, эритроциты 10-17/1, цилиндры гиалиновые -2-4/1, зернистые 1-2/1.

Больной был госпитализирован в специализированное отделение, где был поставлен диагноз хронический гломерулонефрит с нефротическим синдромом высокой степени активности. Получил патогенетическое и симптоматическое лечение. Выписался из стационара в удовлетворительном состоянии и был рекомендован продолжать приём поддерживающего дозы патогенетической терапии. Однако больной прекратил самовольно приём препаратов а к своему врачу не обращался. Спустя два месяца вновь появились отеки, присоединилась тошнота, рвота, боли в животе различной локализации, болезненные мигрирующие рожеподобные эритемы в области живота. Снизился АД.

1. Какое осложнение развилось у больного;
2. Перечислите ещё не менее четырех возможных осложнений которые угрожают этому больному;
3. При каком ещё заболевании на фоне нефротического синдрома вероятность развития этих осложнений высока;
3. Какой должна быть тактика ВОП при данном случае;

9. Больная 28 лет, обратилась к ВОП в связи с отеками лица, кистей рук, голеней, уменьшение выделения мочи, мочеиспускание 1-2 раза в сутки, общую слабость, сонливость, увеличение веса. Считает себя больной в течение 3 лет. При осмотре: больная вялая, заторможена, интеллект снижен, охриплость голоса, лицо одутловатое, бледное, кожные покровы сухие, холодные, отеки в области голеней, при надавливании не оставляют ямку. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные. Пульс-58 уд.в мин, АД 100/60. Диурез уменьшен. Стул-склонность к запорам.

Общий анализ мочи – кол-во-100 мл, относит.плотность-1021, белок –отсутст., в осадке единичные лейкоциты, эритроциты.

1. Перечислите не менее пяти заболеваний, при которых наблюдаются вышеуказанные симптомы;
2. Предполагаемый диагноз;
3. Информативные методы исследования и какие из них имеют важное значение в диагностике этого заболевания и их нормальные показатели;
4. Тактика ВОП и принципы лечения;

10. 19 летний рабочий – строитель обратился к ВОП с жалобами на отеки век по утрам, головную боль. Из анамнеза: в течение нескольких дней болело горло. Больной продолжал работать, лечился содовыми полосканиями утром и вечером. Через 2 недели появились вышеперечисленные жалобы. При осмотре-состояние удовлетворительное, веки слегка припухшие, периферических отеков нет. Со стороны внутренних органов отклонений от нормы

нет, за исключением повышенных цифр АД 160/95 мм рт.ст. Ан.мочи: уд.вес – 1017; белок – 0,99% эрит. - 20-30/1; цил.гиал. - 1-2/1; восковидные цилиндры единичные.

1. Перечислите не менее четырех заболеваний при котором наблюдается выше указанные симптомы;
2. Предполагаемый диагноз;
3. Информативные методы исследования;
4. Какие изменения происходят у этого больного в показателях фракций белков и холестерина (укажите в конкретных цифрах);
5. Тактика ВОП с подробным описанием введения (немедикаментозного и медикаментозного) больного;

Максимальный балл 20-19	18-17 балл	16-15 балл	14-13 балл	12 балл
отлично	Хорошо	Удов	Неудов	плохо
100%-86%	85%-73%	70-56%	53%-46%	43% и меньше

4.2.2.Графический органайзер-кластер

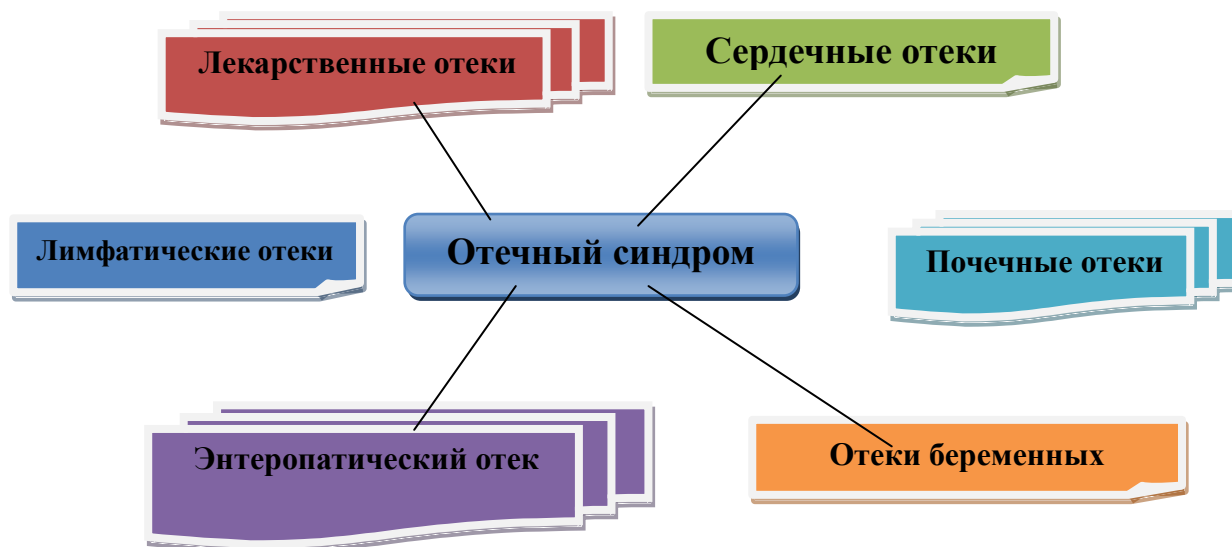
графический органайзер: Концептуальная таблица

- Концептуальная таблица обеспечивает сравнение изучаемых явлений, понятий, взглядов, тем и пр. по двум и более аспектам.
- Развивает системное мышление, умения структурировать. Систематизировать информацию.

Знакомятся с правилами составления концептуальной таблицы. Определяют то, что подлежит сравнению, выделяют характеристики, по которым будет проводится сравнение.

Индивидуально или в мини группах строят и заполняют концептуальную таблицу

- По вертикали располагается то, что подлежит сравнению
- По горизонтали - различные характеристики, по которым проводится сравнение.



Группа разбивается на две малые группы, участники каждой малой группы оценивают работу

студентов другой малой группы. Каждый правильный ответ оценивается в 15 баллов.

Группа №	Правильный и четкий ответ (5)	Наглядность (5)	Оглашение регламента (2,5)	Активность участников группы (2,5)	Итого баллов
1.					
2.					

Максимальный балл 20-19	18-17 балл	16-15 балл	14-13 балл	12 балл
отлично	Хорошо	Удов	Неудов	плохо
100%-86%	85%-73%	70-56%	53%-46%	43% и меньше

4.3. Практическая часть

1. Осмотр больных с отечным синдромом
2. Интерпретация лабораторно-инструментальных данных заболеваний: с отечным синдромом

Максимальный балл 20-19	18-17 балл	16-15 балл	14-13 балл	12 балл
отлично	Хорошо	Удов	Неудов	плохо
100%-86%	85%-73%	70-56%	53%-46%	43% и меньше

5. Виды оценки знаний, навыков и умений

- Устно
- Письменно
- Решение ситуационных задач
- Демонстрация освоенных практических навыков

5.1. Критерии оценок знаний и умение практических навыков студентов.

№	Оценка	отлично	хорошо	удовл	неуд	плохо
	Усвоение в %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% и ниже
1	Теоретическая часть	20-17,2 балл	17-14,2 балл	14-11 балл	10,8-7,4 балл	7,2 балл
2	Ситуационные задачи	50-43 балл	42,5- 35,5 балл	35- 27,5 балл	27-18,5 балл	18балл
3	Тест	15-12,9балл	12,7-10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5 балл	5,4 балл
4	Практическая часть	15-12,9 балл	12,75-10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5- балл	5,4 балл

6.Критерии оценки текущего контроля

Уровни	Рейтинг	Характеристика работы студента
--------	---------	--------------------------------

оценок	баллы	
	20	Балл присутствия на практическом занятии. Полное отсутствие уровня знаний и не умение выполнить практический навык – студент абсолютно не готов к практическому занятию.
Не удовлетворительно	20 - 54,9	<p>Студент отвечает неудовлетворительно.</p> <p>Студенты не владеют базовыми уровнями знаний и навыков, хотя бы одного из ниже перечисленных:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Не знает клинические признаки отечного синдрома • Не знает клинические признаки местных отеков – аллергических, сосудистых, воспалительных • Не способен определить вид местных отеков - аллергические, сосудистые или воспалительные • Не знает группы заболеваний приводящих к местным отекам • Не знает клинические признаки общих отеков - почечной, сердечной и эндокринной этиологии • Не способен определить вид общих отеков - почечные, сердечные, голодные или эндокринные • Не знает патогенетическое лечение отеков почечной, сердечной и эндокринной этиологии • Не знает факторы риска развития отеков почечной, сердечной и эндокринной этиологии • Не знает групп препаратов применяющихся при лечении отеков почечной, сердечной и эндокринной этиологии • Не знает групп препаратов применяющихся при лечении местных отеков – аллергических, сосудистых, воспалительных • Не может указать на лабораторные признаки отеков почечной, сердечной и эндокринной этиологии • Не способен собрать рациональный анамнез во время курации больных с отеками почечной, сердечной и эндокринной этиологии • Во время курации не способен объективно оценить состояние больных с отеками почечной, сердечной и эндокринной этиологии • Во время курации не способен объективно оценить состояние больных с местными отеками – аллергическими, сосудистыми, воспалительными • Не способен рационально составлять план обследования больных с отеками почечной, сердечной и эндокринной этиологии в условиях СВП или СП. • Не способен рационально составлять план обследования больных с местными отеками – аллергическими, сосудистыми, воспалительными в условиях СВП или СП.

Обеспечение базового уровня знаний и навыков		
Удовлетворительно 55-70,9%	55-60,9	Удовлетворительный ответ низкого качества. Студент старается владеть базовыми уровнями знаний и навыков (см.ниже), но при ответе или выполнении навыков допускают серьезные ошибки.
	61-65,9	Удовлетворительный ответ средней степени. Студент владеет базовыми уровнями знаний и навыков (см.ниже), но при ответе или выполнении навыков допускают ошибки (возможны отдельные погрешности)
	66-70,9	Удовлетворительный ответ высокого качества. Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков: <ul style="list-style-type: none"> • Знает клинические признаки отечного синдрома • Знает клинические признаки местных отеков – аллергических, сосудистых, воспалительных • Способен определить вид местных отеков - аллергические, сосудистые или воспалительные • Знает группы заболеваний приводящих к местным отекам • Знает клинические признаки общих отеков - почечной, сердечной и эндокринной этиологии • Способен определить вид общих отеков - почечные, сердечные, голодные или эндокринные • Знает патогенетическое лечение отеков почечной, сердечной и эндокринной этиологии • Знает факторы риска развития отеков почечной, сердечной и эндокринной этиологии • Знает групп препаратов применяющихся при лечении отеков почечной, сердечной и эндокринной этиологии • Знает групп препаратов применяющихся при лечении местных отеков – аллергических, сосудистых, воспалительных • Может указать на лабораторные признаки отеков почечной, сердечной и эндокринной этиологии • Способен собрать рациональный анамнез во время курации больных с отеками почечной, сердечной и эндокринной этиологии • Во время курации способен объективно оценить состояние больных с отеками почечной, сердечной и эндокринной этиологии • Во время курации способен объективно оценить состояние больных с местными отеками – аллергическими, сосудистыми, воспалительными • Способен рационально составлять план обследования больных с отеками почечной, сердечной и эндокринной этиологии в условиях СВП или СП. • Способен рационально составлять план обследования больных с местными отеками –

		<p>аллергическими, сосудистыми, воспалительными в условиях СВП или СП.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Может интерпретировать результаты лабораторно-инструментальных методов исследований – может указать наличие лейкоцитоза, сдвига лейкоформулы вправо или влево, повышенного СОЭ. • Может интерпретировать результаты лабораторно-инструментальных методов исследований – может указать наличие лейкоцитурии, альбуминурии, бактериурии, эритроцитурии и на другие изменения мочевого осадка. • Может интерпретировать результаты лабораторно-инструментальных методов исследований – может указать на наличие изменений на ЭКГ • Может интерпретировать результаты лабораторно-инструментальных методов исследований – может указать на наличие изменений уровня ТТГ, Т3, Т4 гормонов. • Может показать технику взятия общего анализа крови • Может показать технику регистрации ЭКГ • Может показать технику пальпации щитовидной железы • Может показать технику взятия общего анализа мочи • Способен корректно заполнять дневник больного.
Продвинутый уровень знаний		
<p>Хорошо</p> <p>71-85,9%</p>	<p>71-75,9</p>	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (указанные в пункте «66-70,9») + владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Знает стадии развития местных отеков – аллергические, сосудистые, воспалительные • Знает стадии развития отеков почечной, сердечной и эндокринной этиологии • Знает классификацию недостаточности кровообращения • Знает клиническую симптоматику и морфологические изменения свойственные каждой стадии развития отеков почечной, сердечной и эндокринной этиологии • Знает классификацию отечного синдрома • Знает механизм действия лекарственных препаратов применяющихся при отеках почечной, сердечной и эндокринной этиологии • Знает механизм действия лекарственных препаратов применяющихся при местных отеках – аллергические, сосудистые, воспалительные • Умеет рационально выбрать лекарственные

		<p>препараты, используемые при лечении отеков почечной, сердечной и эндокринной этиологии</p> <ul style="list-style-type: none"> • Умеет рационально выбрать лекарственные препараты, используемые при лечении местных отеков – аллергические, сосудистые, воспалительные
	76-80	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «71-75,9», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Знает патогенез отеков почечной, сердечной и эндокринной этиологии, а также может назвать морфологическую картину развития • Знает патогенез местных отеков – аллергические, сосудистые, воспалительные • Знает принципы первичной, вторичной и третичной профилактики отеков почечной, сердечной и эндокринной этиологии • Знает принципы первичной, вторичной и третичной профилактики местных отеков – аллергические, сосудистые, воспалительные
	81-85,9	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «71-75,9» и «76-80», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Принципы ведения, наблюдения и мониторинга больных с отеками почечной, сердечной и эндокринной этиологии в условиях СВП или СП. • Принципы ведения, наблюдения и мониторинга больных с местными отеками – аллергические, сосудистые, воспалительные в условиях СВП или СП. • Умеет провести консультацию по вопросам немедикаментозных и медикаментозных советов с использованием навыков МЛО. • Принципы диспансеризации и реабилитации больных с отеками почечной, сердечной и эндокринной этиологии в условиях СВП или СП • Принципы диспансеризации и реабилитации больных с местными отеками – аллергические, сосудистые, воспалительные в условиях СВП или СП

Отлично 86-100%	86-90	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «81-85,9», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Знает принципы лечения местных отеков – аллергические, сосудистые, воспалительные • Знает принципы лечения отеков почечной, сердечной и эндокринной этиологии • Знает показания и противопоказания к экскреторной урографии при отечном синдроме • Знает показания и противопоказания к ультразвуковому обследованию при отечном синдроме • Знает показания и противопоказания к эхокардиографическому обследованию при отечном синдроме • Умеет предоставлять достоверную информацию об отечном синдроме на основании интернет данных
	91-95	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «86-90», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Знает рентгенологические признаки заболеваний приводящих к отечному синдрому • Знает УЗИ признаки заболеваний приводящих к отечному синдрому • Умеет определить отечный синдром методами объективного осмотра и при помощи данных анамнеза.
	96-100	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «91-95», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Предоставил научные данные на основе литературы (статьи и интернет) • Знает этапы диспансеризации и реабилитации у больных с отеками почечной, сердечной и эндокринной этиологии • Знает этапы диспансеризации и реабилитации у больных с местными отеками – аллергические, сосудистые, воспалительные

Примечание: Базовый уровень знаний и навыков – это минимум знаний, который обеспечивает принцип «безопасности» для пациента.

7. Контрольные вопросы:

1. Этиология отечного синдрома.
2. Клиника отечного синдрома
3. Диагностика. Дифференциальная диагностика отечного синдрома

8. Список литературы

Основные

- 1) Ички касалликлар, Бобожанов С. Т: Янги аср авлод, 2008
- 2) Внутренние болезни, том 1 Мухин Н.А. М.: ГЭОТАР - Медиа, 2009
- 3) Textbook of Internal Medicine Editor-in-Chief William N. Kelley 1997

Дополнительные

- 1) Умумий амалиёт врачлар учун маърузалар туплами , Гадаев А.Г., Т., 2012
- 2) Общая врачебная практика, Под ред.Ф.Г.Назирова, А.Г.Гадаева. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
- 3) Справочник врача общей практики. Дж.Мёрта. М.: Практика, 1998.
- 4) Сборник практических навыков для врачей общей практики. Гадаев А., Ахмедов Х.С. Т., 2010.
- 5) Умумий амалиёт врачлар учун амалий куникмалар туплами Гадаев А.Г., Ахмедов Х.С., 2010. Т.
- 6) Лечение болезней внутренних органов. Огороков А.Н. 2005.
- 7) Дифференциальный диагноз внутренних болезней. Виноградов А.В. М.: Медицинское информационное агенство, 2009.
- 8) Внутренние болезни: учебник.- в 2-х т. (2 т.) Под ред. Мартынова и др. М.: ГЭОТАР - Медиа, 2005

9. Хронологическое содержание занятия

Время	Мероприятия	Содержание	Материалы	Продолжительность занятия
8.30–9.30	Утренняя конференция	Доклад дежурных врачей и дежурных субординаторов по дежурству.	Истории болезни, ЭКГ, кодоскоп.	1 час
9.15-10.00	Клинический аудит выписывающихся больных.	Подробный доклад студентов о выписываемых больных.		45 минут
10.05-10.45	Теоретический разбор темы	Проверка исходного уровня подготовленности студентов с использованием метода “круглый стол”. Решение ситуационных задач по данной теме с оценкой аналитических способностей студентов.	Папка с ситуационными задачами, учебные доски, таблицы, соответствующие теме занятия.	40 минут
10.45 - 11.05.	Проработка практических навыков.	Студент под надзором преподавателя должен выполнить минимум два практического навыка.	Больной или волонтер.	20 минут
11.05-11.45	Курация больных в отделении кардиологии и нефрологии	Каждый студент курирует больных определенной палаты.	Больной, фонендоскоп, тонометр, история болезни (с данными клинико-лабораторных исследований).	40 минут

11.45-12.15	Перерыв			30 мин
12.20-14.00	Разбор тематических больных	По выбору педагога проводится полный осмотр больного по теме занятия или пациентов, готовящихся к выписке, анализ данных лабораторно-инструментального исследования, обоснование предварительного и окончательного клинического диагнозов. Определяется план лечения с дозами препаратов.	Больной, фонендоскоп, тонометр, история болезни (данными клиничко-лабораторных исследований).	1 час

Практическое занятие № 35

Тема: Суставной синдром. Опасные заболевания протекающие суставным стндромом. Дифференциальная диагностика ревматизма и ревматоидного артрита. Тактика ВОП.

Технология обучения.

Учебное время: 6 час	
Структура учебного занятия	<ol style="list-style-type: none"> 1. Учебный тематический кабинет. 2. Больничные палаты 3. Учебные пособия, фантомы, муляжи, раздаточный материал, сборник ситуационных задач и тестов, рентген снимки 4. Телевизор, видео аппаратура, мультимедиа
Цель учебного занятия: Научить ВОП вопросам своевременной диагностики и дифференциальной диагностики артритов и артралгий, а также принципам ведения больных в условиях первичного звена здравоохранения, предусмотренных требованиями "Квалификационной характеристики врача общей практики»	
Педагогические задачи: <ol style="list-style-type: none"> 1. Научить ВОП – диагностике и дифференциальной диагностике артритов и артралгий, особенностям клинического течения в зависимости от этиологии. 2. Обсудить вопросы тактики ведения в рамках квалификационной характеристики ВОП 3. Обсудить принципы лечения (немедикаментозные и медикаментозные). 4. Обсудить принципы ведения, наблюдения и мониторинга больных в условиях СВП или СП. 5. Обсудить принципы первичной, 	Результаты учебной деятельности: <ol style="list-style-type: none"> 1. Клинические проявления артритов и артралгий; особенности течения в зависимости от этиологии. 2. Дифференциальную диагностику при артритах и артралгиях. 3. Терапию различных видов артритов и артралгий (выбор препарата, дозы, пути введения, длительность, комбинации, побочные явления). 4. Тактику ВОП. 5. Принципы лечения (медикаментозное и немедикаментозное) при данных заболеваниях. 6. Принципы диспансерного наблюдения и мониторинга больных в условиях СВП или СП.

вторичной и третичной профилактики при данных заболеваниях.	7. Принципы первичной, вторичной и третичной профилактики при данных заболеваниях. <u>ВОП должен уметь:</u> 1. Диагностировать, дифференцировать по клинике, данным лабораторных и инструментальных исследований заболевания, сопровождающиеся артритами и артралгиями. 2. Выбрать препараты с доказанной эффективностью 3. Консультировать по немедикаментозным методам лечения. 4. Провести мониторинг в условиях СВП или СП. 1.
Методы обучения	метод «тур по галерее». демонстрация, видеопросмотр, дискуссия, беседа, решение тестов и ситуационных задач
Формы организации учебной деятельности	Индивидуальная работа, работа в группах, коллективная, аудиторная, внеаудиторная.
Средства обучения	Раздаточные учебные материалы визуальные материалы, видеофильмы, муляжи, графические органайзеры, истории болезни, таблицы, стенды, комплекты рентгенограмм.
Способы и средства обратной связи	Блиц-опрос, тестирование, презентация результатов выполнения учебного задания, заполнение истории болезни, выполнение практического навыка «профессиональный расспрос»

Технологическая карта занятия

Тема: Суставной синдром. Опасные заболевания протекающие суставным стндромом. Дифференциальная диагностика ревматизма и ревматоидного артрита. Тактика ВОП.

№	Этапы практического занятия	Форма занятия Место проведения	Длит-ть занятия 225
1	Вводная часть (обоснование темы)		10
2	Обсуждение темы практического занятия с применением новых педагогических технологий (метод «тур по галерее»), а также демонстрационного материала (истории болезни, таблицы, плакаты, рентгенограммы), определение исходного уровня.	Опрос, обсуждение Учебная комната, палаты	40
3	Вывод обсуждения		10

4	Определение задания для выполнения практической части - профессиональный расспрос. Объяснение положений и рекомендаций для выполнения задания по заполнению истории болезни.	Обсуждение	20
5	Освоение практической части занятия под руководством преподавателя.	Проф. расспрос. Беседа с больными и истории болезни, ситуационные задачи. Осмотр больных в отделении	20
6	Интерпретация данных обследования больных-жалобы, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация больных, а также исследования ОАМ, ОАК, общий анализ кала, бак посев кала, кал на скрытую кровь, рентгенография суставов и биохимические анализы и постановка диагноза	Истории болезни, лабораторные данные ситуационные задачи	25
7	Обсуждение теоретических, практических знаний студентов, закрепление материала, определение уровня усвоения оценкой знаний.	Устный опрос, тесты, обсуждение, определение практических навыков Учебная комната	75
8	Определение вывода по теме практического занятия, оценка по 100 бальной системе и объявление оценок. Домашнее задание следующего практического занятия (сборник вопросов).	Информация, вопросы для самостоятельной работы. Учебная комната	25

2. Мотивация

Боль в суставах - почти универсальный симптом ревматических болезней, хотя непосредственные механизмы ее возникновения при различных процессах полностью не уточнены, принципиально необходимо отметить, что боли в суставах при ревматических болезнях могут быть связаны непосредственно с патологическим процессом в суставе и околосуставных тканях либо носят эмоциональный характер, сопровождаясь определенной окраской болевого ощущения. Для диагностики ревматических болезней важно не только констатировать наличие болей в суставах, но и определить их характер, длительность, интенсивность, время проявления в течении суток. Поражение суставов даже умеренно воспалительного или невоспалительного типа может быть первым признаком самых различных заболеваний, таких как реактивный артрит, болезнь Бехтерева, псориатический артрит, гипертрофическая легочная остеоартропатия, обусловленная бронхогенным раком или гемохроматоз. Такие проблемы приходится решать врачу ВОП.

3. Межпредметные и внутрипредметные связи

Т.к. суставной синдром наблюдается при заболеваниях почек, эндокринных желез, сердца и сосудов, нервной системы, ВОП приходится сталкиваться по работе с кардиологами, невропатологами, эндокринологами, нефрологами, ревматологами. Полученные в ходе занятия знания будут использованы при прохождении ВОП – внутренних болезней и других клинических дисциплин.

4. Содержание занятия

4.1. Теоретическая часть

Суставной синдром - характерный симптомокомплекс, проявляющийся болями в суставах, их деформацией и деформацией, ограничением движений в суставах, изменениями сухожильно-связочного аппарата суставов окружающих мышц. В основе патогенеза суставного синдрома лежат воспалительные или дистрофические изменения в суставах и околосвязочном аппарате, в легких случаях синдром проявляется только артралгиями.

Ревматический артрит. Опорными моментами в диагностике ревматического полиартрита являются: связь с перенесённой стрептококковой инфекцией (через 1-2 недели); полиартрит с поражением крупных и средних суставов, летучий характер поражения суставов, продолжительностью в часах, днях, неделях, с отсутствием остаточных явлений в них, обратное развитие воспалительного процесса в суставах через 3 - 5 дней, иногда даже без лечения; одновременное развитие кардита; хорея; кольцевидная эритема; подкожные ревматические узелки; хороший эффект от противоревматической терапии; К малым диагностическим критериям относятся лихорадка, увеличение СОЭ, острофазовых показателей, титра антистрептолизина О.

Врач общей практики должен иметь в виду, что в последнее время при ревматизме стали отмечаться случаи хронического стойкого течения с поражением 2-3 суставов и даже одного сустава с наличием пролиферативных изменений, напоминающих ревматоидный артрит. Отличием от последнего является отсутствие утренней скованности, симметричность процесса, отсутствие ревматоидного фактора в крови. Острое воспаление суставов предполагает возможность и так называемого палиндромного ревматизма неясной природы, отличительной особенностью которого являются повторные атаки артрита через нерегулярные промежутки времени, чаще у мужчин среднего и пожилого возраста. При этом обычно поражается один или несколько суставов (чаще коленный, затем лучезапястный или мелкие суставы кистей). Длительность атаки колеблется от нескольких часов до нескольких дней, характерны резкие боли и отёчность периартикулярных тканей, а также полная обратимость процесса. В крови отмечается эозинофилия, лимфоцитоз.

Ревматоидный артрит. Это хроническое системное аутоиммунное воспалительное заболевание соединительной ткани, с преимущественным поражением суставов по типу эрозивно-деструктивного прогрессирующего полиартрита.

Врач общей практики должен подробно расспросить больного и обратить внимание при осмотре его на следующие критерии диагностики: утренняя скованность в суставах, опухание суставов продолжительностью более полутора месяцев, двустороннее симметричное поражение суставов кистей («плавник моржа»), быстрое развитие атрофии регионарных мышц, наличие безболезненных, подвижных ревматоидных узелков, поражение внутренних органов (плевриты, гастриты, увеличение печени, миокардиты, перикардиты, амилоидоз почек, полисерозиты и т.д.), увеличение содержания альфа-1 и 2, а также гамма-глобулинов в крови, наличие ревматоидного фактора в сыворотке крови или синовиальной оболочке (реакция Волера-Роуза, латекс-тест), повышение С-реактивного белка, снижение количества Т-лимфоцитов, Т-супрессорной функции, дисиммуноглобулинемия, выраженный цитоз в синовиальной жидкости; биопсия: гистологические изменения синовиальной оболочки (пролиферация синовиальных, лимфоидных и плазматических клеток, гипертрофия, некрозы).

Более поздние диагностические признаки: продолжительная субфебрильная температура тела, общее похудание, стойкое увеличение СОЭ. Рентгенологически: околосуставный, эпифизарный остеопороз, сужение суставной щели, узурация, стойкие воспалительные изменения в суставах с развитием их деформации и контрактур. Если полиартрит в течение более двух лет протекает без ревматоидного фактора, то к ревматоидному артриту он может быть отнесён только в случае, если соответствует следующим критериям: вовлечение в процесс более 1/4 всех суставов в дополнение к поражению мелких суставов кистей и стоп; типичное поражение суставов кистей с деформацией или по крайней мере припухлостью межкостных промежутков; типичные рентгенологические изменения хотя бы в одном суставе.

В 10 % случаев отмечается суставно-висцеральная форма заболевания, отличающаяся агрессивностью, быстро прогрессирующим течением, почти постоянной активностью. При этом варианте течения заболевания врач общей практики обычно вынужден направить больного в стационар в связи с безуспешностью амбулаторного лечения и тяжестью состояния.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА РОЛЕВОЙ ИГРЫ.

Примерное содержание ролевой игры:

Больная 40 лет, жалуется на боли в суставах, скованность по утрам, периодические подъемы температуры тела, появление подкожного узла в области правого локтевого сустава, общую слабость. Из анамнеза боли в суставах беспокоят 5-6 лет. Лечилась не регулярно. Замужем, детей не имеет (дисфункция яичников).

Осмотр: Объективно: состояние относительно удовлетворительное, пониженного питания, отмечается умеренная деформация в области 2 и 3 пальцев межфаланговых суставов обеих рук, в остальных суставах изменений нет. АД 110/70мм.рт. ст, пульс 80 уд в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. В легких везикулярное дыхание. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена, в области правого локтевого сустава – подкожный узел 2,1 см, округлой формы .

Проблемы пациента:

- 1) Отсутствие полноценного лечения: стационар, поликлиника, санаторий.
- 2) Желание иметь ребенка.

Тактика ВОП:

- 1) Психологический контакт с больным.
- 2) Выяснить анамнез (хронический тонзиллит, отит и т.п.).
- 3) Причины нерегулярного лечения.
- 4) Назначить: общий анализ мочи, рентгенография суставов кистей, латекс- тест, реакция Ваалера-Роуза.

С группой обсудить действия студента исполняющего роль «больного». Затем обсудить какие обследования необходимо сделать этому больному. Отвечать сначала должен студент, исполняющий роль «врача», затем ответы дополняют студенты всей группы. В конце игры необходимо оценить аналитические способности каждого студента.

Практическая часть занятия – курация больных студентами - проводится под наблюдением преподавателя в отделении ревматологии.

Для тематического обхода готовятся 2-3 больных с патологией суставов, с наличием в истории болезни достаточного минимума обследований: общих анализов крови и мочи, анализов крови на ревматоидный фактор, СРБ, серомукоид, сиаловую, сулемовую пробы, АСЛО, АСК, АСГ, мочевую кислоту, рентгенография суставов и органов грудной клетки. Во время обхода фиксируется внимание на особенностях жалоб больных в зависимости от характера поражения суставов, болевого синдрома, отеков, ограничения движений в суставах, указывается на поражения каких суставов, в какое время суток беспокоит болевой синдром и с чем он связан.

Акцентируется внимание на последовательность сбора анамнеза в зависимости от характера поражения суставов.

Физикальные обследования направлены на выявление характера поражения суставов, ограничения движения в суставах, наличия припухлостей, местной температуры, покраснений.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА «ТУР ПО ГАЛЕРЕЕ».

Теоретическая часть проводится по методу «тур по галерее».

Цель: обучение студентов критически оценки информации и выявление полноты знаний по данной проблеме.

В каждой малой группе предлагается одна проблема которую они решают в течение 10 минут в письменном виде и затем обмениваются заданиями. Выявление ошибки предыдущей группы и сделанные дополнения к ответам обсуждаются всеми участниками с принятием окончательного варианта ответов. Методика тур по галерее требует от студентов максимальной концентрации внимания и хорошей теоретической подготовки по данному разделу.

Пример: тема занятия «Суставной синдром (артралгия, артриты)». Трём малым группам даётся по одному вопросу: Предлагается один из вариантов вопросов.

4. Особенности артрита при ревматизме.

5. Особенности артрита при ревматоидном артрите.

6. Особенности артрита при инфекционном артрите (бруцеллез, туберкулёз, гонорее).

Таким образом за 30 минут преподаватель получает представление об уровне подготовки студентов по различным разделам темы и их умение отстаивать своё мнение.

Ответы:

1. Опорными моментами в диагностике ревматического полиартрита являются: связь с перенесённой стрептококковой инфекцией (через 1-2 недели); полиартрит с поражением крупных и средних суставов, летучий характер поражения суставов, продолжительностью в часах, днях, неделях, с отсутствием остаточных явлений в них, обратное развитие воспалительного процесса в суставах через 3 - 5 дней, иногда даже без лечения; одновременное развитие кардита; хорея; кольцевидная эритема; подкожные ревматические узелки; хороший эффект от противоревматической терапии; К малым диагностическим критериям относятся лихорадка, увеличение СОЭ, острофазовых показателей, титра антистрептолизина О.

2. Это хроническое системное аутоиммунное воспалительное заболевание соединительной ткани, с преимущественным поражением суставов по типу эрозивно-деструктивного прогрессирующего полиартрита. Критерии диагностики: утренняя скованность в суставах, опухание суставов продолжительностью более полутора месяцев, двустороннее симметричное поражение суставов кистей («плавник моржа»), быстрое развитие атрофии регионарных мышц, наличие безболезненных, подвижных ревматоидных узелков, поражение внутренних органов (плевриты, гастриты, увеличение печени, миокардиты, перикардиты, амилоидоз почек, полисерозиты и т.д.), увеличение содержания альфа-1 и 2, а также гамма-глобулинов в крови, наличие ревматоидного фактора в сыворотке крови или синовиальной оболочке (реакция Валера-Роуза, латекс-тест), повышение С-реактивного белка, снижение количества Т-лимфоцитов, Т-супрессорной функции, дисиммуноглобулинемия, выраженный цитоз в синовиальной жидкости; биопсия: гистологические изменения синовиальной оболочки (пролиферация синовиальных, лимфоидных и плазматических клеток, гипертрофия, некрозы).

3. При бруцеллёзном артрите поражается один или несколько периферических суставов и позвоночник. Возможны артралгии (генерализованные), артриты, периартриты, бурситы, сакроилеиты, спондилиты, спондилоартриты на фоне других проявлений болезни: волнообразная лихорадка, ознобы, гепатоспленомегалия, лимфаденопатии, поражение нервной системы, лейкопения, лимфоцитоз, умеренное повышение СОЭ. В диагностике имеют значение эпиданамнез, положительная реакция Райта-Хеддльсона, кожная проба с бруцеллезным антигеном (реакция Бюрне).

Туберкулёзный артрит. При нем наблюдается поражение периферических суставов и позвоночника. Чаще процесс локализуется в одном суставе (коленном, тазобедренном, голеностопном, лучезапястном). Заболевание развивается постепенно: появляются умеренная локальная болезненность, припухлость и выпот в суставе, атрофия мышц. Внешне сустав бледный, имеются легкая гипертермия, дефигурация, выпот. В поздних стадиях возможно образование свищей. Рентгенологически определяются очаговая перестройка костных трабекул, деструкция и расплавление суставных концов костей, их смещение, подвывихи. При диагностике учитываются особенности клиники: эпиданамнез, обнаружение очагов туберкулёза в других органах, положительные туберкулиновые пробы, изменения на рентгенограммах, биопсия тканей, результаты посева синовиальной жидкости

Гонорейный артрит локализуется чаще в коленных и голеностопных суставах, обычно поражается один сустав. Могут быть мигрирующие полиартралгии, им предшествует высокая температура с ознобом. Сустав припухает, становится горячим на ощупь. Рано формируются контрактуры и атрофия мышц с развитием дефигурации сустава. Поражение суставов стоп сопровождается развитием ахиллобурситов, тендовагинитов, пяточных экзостозов, мышечных

атрофий, плоскостопия.в виде «плоской гонорейной стопы». В синовиальной жидкости можно обнаружить гонококки, содержание лейкоцитов - от 50 до 150x10⁹/л.

№	Оценка	отлично	хорошо	удовл	неуд	плохо
	Усвоение в %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% и ниже
1	Теоретическая часть	20-17,2 балл	17-14,2 балл	14-11 балл	10,8-7,4 балл	7,2 балл

4.2. Аналитическая часть

4.2.1. Ситуационные задачи:

1. Больная Д. 18 лет, обратилась к врачу общей практики с жалобами на летучие боли, отеки, ограничение движений в коленных, локтевых суставах, повышение температуры тела, сердцебиение, периодические перебои в работе сердца, общую слабость. В анамнезе частые ангины.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, чистые, влажные. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца слегка приглушены, нежный систолический шум на верхушке, ЧСС 100 уд в 1 мин. АД 110/70 мм.рт.ст. Печень у края реберной дуги. На ЭКГ: Ритм синусовый. Интервал PQ-0,22 сек. В анализе крови Нв- 110г/л, лейкоциты- 9,7.10⁹/л, СОЭ – 25 мм/ч, СРБ ++.

- 1.Перечислите не менее четырех заболеваний при которых выслушивается нежный систолический шум на верхушке сердца;
2. Предварительный диагноз;
- 3.Информативные методы обследования;
4. Тактика ВОП (принципы лечения и вторичной профилактики);

Ревмакардит, анемия, тиреотоксикоз, миокардит	25
Ревматизм, акт II, первичный ревмакардит с нарушением проводимости АВблокадой I ст., ревматический полиартрит. Соп. Хрон. Тонзиллит.	25
Острофазовые пробы, ЭхоКГ, посев из зева – конс лор врача	25
Госпитализация в ревматологическое отделение (пенициллин, НПВС, аскорутин, диазолин, бициллин-5, санация горла)	25

2. Женщина 21 года, обратилась к врачу общей практики с жалобами на боли в суставах, повышение температуры тела, боли в груди, одышку при физической нагрузке, общую слабость. 2 недели тому назад перенесла ангину.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, чистые. АД 110/70 мм.рт.ст. Границы сердца несколько расширены вправо и влево. Аускультативно тоны сердца приглушены, тахикардия, нежный систолический шум на верхушке. В легких везикулярное дыхание. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. На ЭКГ PQ – 0,24 сек. В анализе крови Нв 110 г/л, лейкоциты- 9,7.10⁹/л, СОЭ – 25 мм/ч, СРБ + +.

- 1.Перечислите не менее четырех заболеваний при которых выслушивается нежный систолический шум на верхушке сердце;
2. Предварительный диагноз;
- 3.Информативные методы обследования;

4. Укажите более специфичные лабораторные показатели для этой патологии (приведите нормальные цифры этих показателей) ;
- 5.Тактика ВОП (принципы лечения и вторичной профилактики);

3. Больная 23 лет, срок беременности 6 недель, осмотрена врачом общей практики. Жалобы на одышку, перебои в области сердца. Данные жалобы появились во время беременности. Со слов больной в детстве были эпизоды суставных болей.

Объективно: цианоз губ. Пульс 110 ударов в минуту, ЧДД 24 в минуту. Верхушечный толчок разлитой, диастолическое дрожание («кошачье мурлыканье»). Аускультативно: на верхушке пресистолический шум, хлопающий I тон, щелчок открытия митрального клапана. В легких в нижних отделах выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы. Печень + 2 см, край закруглен. На ЭКГ уширенный, двугорбый зубец Р в отведении I, II, aVL и V₅₋₆. Отклонение электрической оси сердца вправо, QRS в V₁ М – образный.

1. Перечислите не менее четырех заболеваний при которых выслушиваются диастолические шумы на сердце и их наилучшее место выслушивания при этих заболеваниях;
 2. Предварительный диагноз;
 3. Информативные методы обследования;
 4. Укажите конкретные предполагаемые изменения при ЭхоКГ у этой пациентки и показания к оперативному лечению согласно этих данных;
 5. Тактика ВОП (принципы лечения и профилактики);
-

4. Женщина 42 лет, обратилась к врачу общей практики с жалобами на появление отеков на ногах, одышку при физической нагрузке, слабость. Ухудшение состояния почувствовала после перенесенной ангины. Состоит на учете у ревматолога по поводу ревматизма, регулярно получает бициллинотерапию. Объективно: кожные покровы бледные, цианоз губ, акроцианоз. АД 100/70 мм рт.ст., пульс 92 уд/мин. Границы сердца увеличены влево, вверх. Аускультация: I тон хлопающий, систолические и пресистолические шумы на верхушке, мерцательная аритмия. В легких – в нижних отделах застойные хрипы. Живот мягкий, печень +1,5 см, средней плотности, на ногах умеренные отеки. ЭКГ- гипертрофия правого и левого желудочков и левого предсердия. ОАК: Нв 110, эрит. 2,9 мил., лей. 7,2., СОЭ 28 мм/час.

1. Перечислите не менее трех приобретенных и один врожденный пороков сердца, при которых выслушиваются одновременно систолический и диастолические шумы на сердце и их наилучшее место выслушивания;
 2. Предварительный диагноз;
 3. Информативные методы обследования;
 4. Тактика ВОП;
-

5. Больная 45 лет осмотрена врачом общей практики. Отмечает утреннюю скованность до 12 часов дня, боли в мелких суставах кистей рук, повышение температуры тела 38,2 С, слабость. Объективно: пониженного питания, кожные покровы бледные, деформация лучезапястных, межфаланговых суставов пальцев рук, лимфаденопатия, гепатоспленомегалия. АД 100/60 мм.рт.ст. сердце – тоны приглушены, ритмичны. В легких – дыхание везикулярное. В крови: Нв- 90 г/л, лейк-3,5 x 10⁹/л, при подсчете формулы лейкоцитов отмечается лейкопения, СОЭ 40 мм/ч. ЭКГ- ритм синусовый, тахикардия.

1. Перечислите не менее пяти заболеваний при которых наблюдаются вышеуказанные жалобы и симптомы;
2. Укажите для каждого из них характерные рентгенологические изменения в суставах;
3. Предварительный диагноз;
4. Информативные методы обследования;

5. Тактика ВОП;

6. Больная К. 44 лет, обратилась к врачу общей практики с жалобами на боли, припухлость в лучезапястных, межфаланговых суставах кистей рук и стоп, голеностопных суставах, скованность по утрам продолжающуюся до обеда. Больна в течение года. Объективно: общее состояние средней тяжести. Температура субфебрильная. Лучезапястные, межфаланговые, голеностопные суставы деформированы за счет экссудативных явлений. Со стороны сердца и других органов изменений нет. СОЭ 50 мм/час. ДФА – 0,260.

1. Перечислите не менее пяти заболеваний при которых наблюдаются вышеуказанные жалобы и симптомы;
 2. Предварительный диагноз;
 3. Информативные методы обследования;
 4. Приведите семь диагностических критериев этого заболевания согласно Американской Ассоциации ревматологов;
 5. Тактика ВОП;
-

7. Больная Ш. 32 лет, обратилась к врачу общей практики с жалобами на постоянные боли в суставах рук, ног в покое и при движении. Считает себя больной в течение 5 лет. Связывает заболевание с частыми ангинами. Лечилась стационарно и санаторно с периодическим улучшением. При осмотре отчетливо определяется атрофия мышц предплечий, голени и бедер. Выраженная деформация и деформация суставов кистей, лучезапястных, локтевых, коленных и голеностопных суставов за счет пролиферативных изменений. ОАК: Нв- 80 г/л; лейкоциты- $5,5 \times 10^9$ /л; СОЭ 30 мм/час. Ревматоидный фактор положительный.

1. Перечислите не менее пяти заболеваний при которых наблюдаются вышеуказанные жалобы и симптомы;
 2. Предварительный диагноз;
 3. Информативные методы обследования;
 4. Укажите подробно рентгенологические стадии этого заболевания;
-

8. Больная 48 лет, обратилась к врачу общей практики с жалобами на интенсивные боли и припухлость в лучезапястных, пястнофаланговых суставах, усиливающиеся ночью и утренние часы, утреннюю скованность до 12 часов, повышение температуры до 38 С, ощущение тяжести в правой половине грудной клетки при дыхании. Объективно: отмечают симметричное поражение суставов кистей, отклонение кистей в локтевую сторону, в области локтевых суставов обнаружены узелки, плотные на ощупь, размерами 0,5-0,8 см. При рентгенографии суставов кистей – сужение суставных щелей, единичные узурсы суставных поверхностей. Рентгенография органов грудной клетки – определяется жидкость в правой плевральной полости до уровня 6 ребра. ОАМ: уд. вес. 1018, белок 5,8, эрит. 2/3 в п/з, лей. 4/5. единичные цилиндры.

1. Перечислите не менее четырех заболеваний при которых наблюдаются вышеуказанные жалобы и симптомы;
 2. Предварительный диагноз;
 3. Информативные методы обследования;
 4. Перечислите не менее 6 других органов поражающихся при этой патологии и одно полиорганное осложнение и достоверный метод ее диагностики;
 5. Тактика ВОП;
-

9. Больная 42 лет обратилась с жалобами на головную боль, головокружение, боль и отеки в голеностопных суставах, сердцебиение и одышку при физической нагрузке.

Из анамнеза: в детстве часто болела ангиной, имеет 4 детей, последние роды разрешились Кесаревым сечением. Домохозяйка, соблюдает диету. Мать больна СД.

Объективно: состояние средней степени тяжести, кожные покровы бледные, акроцианоз, отеки на ногах. При пальпации во II м/р справа во время выдоха отмечается систолическое дрожание. Границы сердца увеличены влево. Аускультативно ослабление на верхушке I тона, на аорте II тона. Справа во II м/р, в точке Боткина и на верхушке выслушивается систолический шум, который проводится в надключичную и сонную артерию. Пульс 66 уд.в мин. АД 110/70 мм.рт.ст. Печень увеличена, селезенка не пальпируется

Лаб.-инструментальные исследования:

ОАК: Нв-110, эр-4.0, лейкоц.-9.2, СОЭ-18мм/ч

БАК: мочевины-7.3, креатинин- 0.08, об.белок-74г/л, сахар-5.4 ммоль/л

ОАМ: прозрачная, отн.плот.- 1018, белок абс., эпит.-0-1/1, лейкоц.-1-2/1, эр-0-1/1

Острофазные пробы –СРБ +, титр АСЛО 1:300.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 90 уд. ЭОС отклонена влево. Нарушение внутрижелудочковой проводимости. Метаболические изменения в миокарде.

ЭхоКС:

1	Принял пациента с демонстрацией навыков МЛЮ	Поздоровался, посадил напротив себя, собрал паспортные данные, обращался к больному по имени, использовал простые слова и предложения понятные для больного
2	Определил ведущие и второстепенные жалобы	Ведущие жалобы: головная боль, головокружение, боль и отеки в голеностопных суставах, сердцебиение и одышка при физической нагрузке Второстепенные жалобы:
3	Anamnesis morbi	Больна в течении нескольких лет
4	Anamnesis vitae	В детстве часто болела ангиной, имеет 4 детей, последние роды разрешились «Кесарево сечением». Домохозяйка, соблюдает диету, вредных привычек не имеет. Мать больна СД.
5	Выявил факторы риска	Неуправляемые: пол, возраст, наследственность (мать больна СД). Управляемые: частые ангины и роды.
6	Определил проблему пациента	Основная: головная боль, головокружение, боль и отеки в голеностопных суставах, сердцебиение и одышка при физической нагрузке Сопутствующая:
7	Провел объективный осмотр	Состояние средней степени тяжести, кожные покровы бледные, акроцианоз, отеки на ногах. При пальпации во II м/р справа во время выдоха отмечается систолическое дрожание. Границы сердца увеличены влево. Аускультативно: ослабление на верхушке I тона, на аорте II тона. Справа во II м/р, в точке Боткина и на верхушке выслушивается систолический шум, который проводится в надключичную и сонную артерию. Пульс 66 уд.в мин. АД 110/70 мм.рт.ст. Печень увеличена, селезенка не пальпируется
8	Оформил предварительный диагноз	Осн.: Повторная ревматическая лихорадка. Полиартрит. Аортальный порок. Стеноз аортального отверстия.

	с указанием категории услуг	Относительная недостаточность митрального клапана. Осл.: НК II Б.ФК III (по NYHA). Категория 2
9	Составил план обследования с указанием категории услуг	3.1.: ОАК, ОАМ, сахар крови, ЭКГ 3.2.: БАК, R-ген гр.клетки и суставов, острофазные пробы, ЭхоКС.
10	Самостоятельно выполнил практический навык	ЭКГ
11	Анализ и интерпретация лабораторно-инструментальных исследований	ОАК: лейкоцитоз, повышение СОЭ. ОАМ: б/о БАК: б/о Острофаз.пробы: СРБ+, повыш. Титр АСЛО ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 90 уд. ЭОС отклонена влево. Нарушение внутрижелудочковой проводимости. Метаболические изменения в миокарде.
12	Дифференциальный диагноз	Реактивный артрит, РА, ВПС
13	Поставил окончательный диагноз с указанием категории услуг	Осн.: Повторная ревматическая лихорадка. Полиартрит. Аортальный порок. Стеноз аортального отверстия. Относительная недостаточность митрального клапана. Осл.: НК II Б.ФК III (по NYHA). Категория 2
14	Определил в каком виде профилактики нуждается пациент	Вторичная б – лечение заболевания препаратами доказанной эффективности Третичная – лечение осложнений, реабилитация, диспансеризация
15	Немедикаментозное лечение	Здоровый образ жизни, закаливание, рациональное питание, соблюдение режима труда и отдыха, санация очагов инфекции, санаторно-курортное лечение.
16	Медикаментозное лечение	1. Этиологическое лечение-бициллин-5 1.5млн.Ед каждые 3 нед. В течении 1.5-2 месяца. 2. Купирование активного воспалительного процесса- НПВС (диклофенак) 3. Симптоматическое лечение-лечение НК (диуретики, иАПФ)
17	Провел обратную связь	Спросил больного все ли понятно по назначенному лечению, убедился не осталось ли других вопросов, проблем, все ли понятно по вопросам немедикаментозной и медикаментозной терапии. Назначил дату повторного визита.
18	Определил группу «Д» наблюдения	ДЗ – больные с хроническими заболеваниями, нуждающиеся в лечении а. – компенсированные (редкие обострения заболевания, без снижения работоспособности) б. – субкомпенсированные (частые обострения, снижение работоспособности) в. – декомпенсированные (неработоспособные)
19	Теоретические знания и практические шаги всех видов профилактики	1-чная проф-ка: закаливание организма, повышение жизненного уровня, улучшение жилищных условий, борьба со скученностью в дет.садах, школах, раннее лечение ангины, правильное рациональное питание, соблюдение режима труда и отдыха.

		<p>2-чная проф-ка: раннее выявление заб-я на ранних этапах (профосмотры, скрининг). Немедикаментозное и медикаментозное лечение препаратами доказанной эффективности.</p> <p>3-чная проф-ка: своевременное наблюдение больных, профилактика острых и хронических осложнений, мониторинг лаб.-инструментал. Исследований, качественная реабилитация имеющихся осложнений.</p>
20	Теоретические знания и практические шаги об этапах диспансеризации	<p>1-й – обосновал и установил нозологическую форму заболевания и определил группу «Д» наблюдения (ДЗ)</p> <p>2-й – определил частоту наблюдений в течении года (осмотр ревматолога 4 раз в год, ЛОР и стоматолога 1 р/год, окулист 1 раз в 2 года, по показаниям кардиохирург, невропатолог)</p> <p>3-й – обосновал осмотр специалистов если есть необходимость</p> <p>4-й – определил и обосновал наименование и частоту лаб.инструмент. исследований в течении года (ОАК 4 р/год, ОАМ, R-ген гр.клетки, ЭКГ, ФКГ, ЭхоКС, БАК 2 р/год)</p> <p>5-й – составил последовательный план лечебно-оздоровительных мероприятий на соответствующий год (противорецидивное лечение проводится 2-3 р/год)</p> <p>6-й – установил и знал критерии эффективности Д-наблюдения по соответствующей нозологии с последующим переводом в другую группу Д-наблюдения.</p>

10. Больная 32 лет обратилась с жалобами на боли в мелких суставах обеих кистей, утреннюю скованность, быструю утомляемость.

Из анамнеза: Со слов больной вышеперечисленные жалобы беспокоят в течении последних 2 недель, которые связывает с переохлаждением (работает на базаре). Считает себя больной в течении 1,5 лет, когда появились отёки на мелких суставах кистей. Состоит на «Д» учёте у ревматолога и ВОП. В детстве часто простывала, имеет 1 ребёнка, беременность протекала нормально. Сестра больной страдает ревматизмом.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное, кожные покровы и видимые слизистые бледные. Аускультативно в легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 120/70 мм.рт.ст. Мелкие суставы (пястно-фаланговые и проксимальные межфаланговые суставы) при осмотре отёчные. Движение в суставах болезненное.

Лаб.-инструментальные исследования:

ОАК: Нв-100, эр-3,0, лейк.-6.2, СОЭ-25 мм/ч

БАК: мочевины-7.3, креатинин- 0.08, об.белок-56 г/л, сахар-5.4 ммоль/л, фибриноген-420мг%

ОАМ: прозрачная, отн.плот.- 1020, белок-0.033., эпит.-0-1/1, лейк.-3-2/1, эр-0-1/1

Острофазные пробы –СРБ ++, титр АСЛО 1:150.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 82 уд. ЭОС не отклонена. Метаболические изменения в миокарде.

R-ген суставов: околосуставной остеопороз. Сужение суставной щели проксимальных межфаланговых суставов пальцев обеих кистей, единичные узур.

ЭхоКС: полость левого желудочка не увеличена. КДР-4,6, КСР-2,7, ФВ-69%, ЛП-2,8.

Митральный клапан М-образной формы, не уплотнен. Стенки ЛЖ нормокинетичны. ТМЖП-0,9; ТЗСЛЖ-0,85. Трикуспидальный клапан и легочная артерия без особенностей.

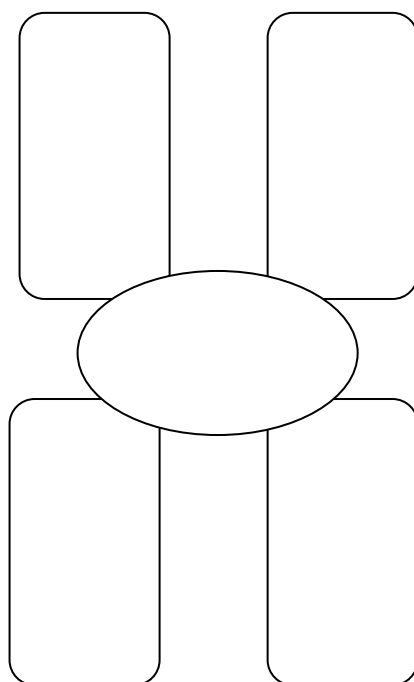
Доплерография: патологических потоков нет. Сократимость миокарда в норме.

№	Оценка	отлично	хорошо	удовл	неуд	плохо
---	--------	---------	--------	-------	------	-------

	Усвоение в %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% и ниже
2	Ситуационная задача	50-43 балл	42,5- 35,5 балл	35- 27,5 балл	27-18,5 балл	18 балл

№	Оценка	отлично	хорошо	удовл	неуд	плохо
	Усвоение в %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% и ниже
3	Тест	15-12,9 балл	12,7-10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5 балл	5,4 балл

4.2.2 Графический органайзер: Ромашка



4.3. Практическая часть

Перечень навыков, которым ВОП должен владеть после завершения занятий по данной тематике

5. Провести осмотр больных с артритами и артралгией.
6. Интерпретировать ЭКГ и рентгенограмму у больных с артритами и артралгией.

Боль в суставах

Ревматизм, ревматоидный артрит, инфекционные артриты, остеоартроз, подагра.

№ этапа	Показатели/интерпретация	Не выполнено	Выполнено полностью
	Обследование пациента	0	50
	Общий анализ крови,		
	Общий анализ мочи		
	Острофазные пробы		
	Мочевая кислота		
	Анализ крови на LE-клетки, ревмофактор ,HLA-B27 и др.		
	ЭКГ		

	ЭХОКГ		
	Рентген суставов		
	Пункция суставов с исследованием синовиальной жидкости		
	Консультация инфекциониста		
	Биопсия		
	Дифференциальная диагностика	0	20
	Постановка диагноза	0	10
	Тактика ВОП	0	10
	Профилактические мероприятия	0	10
ИТОГО		0	100

№	Оценка	отлично	хорошо	удовл	неуд	плохо
	Усвоение в %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% и ниже
4	Практическая часть	15-12,9 балл	12,75-10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5-балл	5,4 балл

5. Формы контроля знаний, навыков и умений

- устный
- решение ситуационных задач
- демонстрация практических навыков
- СРС

5.1. Критерии оценок знаний и умение практических навыков студентов.

№	Оценка	отлично	хорошо	удовл	неуд	плохо
	Усвоение в %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% и ниже
1	Теоретическая часть	20-17,2 балл	17-14,2 балл	14-11 балл	10,8-7,4 балл	7,2 балл
2	Ситуационные задачи	50-43 балл	42,5- 35,5 балл	35- 27,5 балл	27-18,5 балл	18 балл
3	Тест	15-12,9 балл	12,7-10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5 балл	5,4 балл
4	Практическая часть	15-12,9 балл	12,75-10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5-балл	5,4 балл

6. Критерии оценки текущего контроля

Уровни оценок	Рейтинг баллы	Характеристика работы студента
	20	Балл присутствия на практическом занятии. Полное отсутствие уровня знаний и не умение выполнить практический навык – студент абсолютно не готов к практическому занятию.

<p style="text-align: center;">Не удовлетвор ительно</p>	<p style="text-align: center;">20 - 54,9</p>	<p>Студент отвечает неудовлетворительно. Студенты не владеет базовыми уровнями знаний и навыков, хотя бы одного из нижеперечисленных:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Не может перечислить заболевания, сопровождающиеся суставным синдромом. • Не может перечислить наиболее опасные заболевания, сопровождающиеся суставным синдромом • Не знает определение болезни «ревматизм (ревматическая болезнь сердца)» и «ревматоидный артрит» • Не может перечислить основные методы диагностики ревматизма и ревматоидного артрита • Не знает классификацию ревматической болезни сердца и ревматоидного артрита • Не знает основные клинические проявления ревматической болезни сердца и ревматоидного артрита • Не знает большие и малые критерии диагностики ревматической болезни сердца и критерии диагностики ревматоидного артрита • Не знает группы препаратов для лечения ревматической болезни сердца и ревматоидного артрита • Не может собрать рациональный анамнез во время курации больных ревматической болезнью сердца и ревматоидным артритом • Во время курации не способен объективно оценить состояние больных с ревматической болезнью сердца и ревматоидным артритом • Не способен рационально составлять план обследования больным с ревматической болезнью сердца и ревматоидным артритом • Не способен провести дифференциальную диагностику больных с ревматической болезнью и ревматоидным артритом
Обеспечение базового уровня знаний и навыков		
<p style="text-align: center;">Удовлетвор ительно</p> <p style="text-align: center;">55-70,9%</p>	<p style="text-align: center;">55-60,9</p>	<p>Удовлетворительный ответ низкого качества. Студент старается владеть базовыми уровнями знаний и навыков (см.ниже), но при ответе или выполнении навыков допускает серьезные ошибки.</p>
	<p style="text-align: center;">61-65,9</p>	<p>Удовлетворительный ответ средней степени. Студент владеет базовыми уровнями знаний и навыков (см.ниже), но при ответе или выполнении навыков допускает ошибки (возможны отдельные погрешности)</p>
	<p style="text-align: center;">66-70,9</p>	<p>Удовлетворительный ответ высокого качества. Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Может перечислить заболевания, сопровождающиеся суставным синдромом.

		<ul style="list-style-type: none"> • Может перечислить наиболее опасные заболевания, сопровождающиеся суставным синдромом • Знает определение болезни «ревматизм (ревматическая болезнь сердца)» и «ревматоидный артрит» • Знает причины возникновения, этиологию ревматизма и ревматоидного артрита • Может перечислить основные методы диагностики ревматизма и ревматоидного артрита • Знает все 4 рентгенологические стадии ревматоидного артрита • Знает классификацию ревматической болезни сердца и ревматоидного артрита • Знает основные клинические проявления ревматической болезни сердца и ревматоидного артрита • Знает большие и малые критерии диагностики ревматической болезни сердца и критерии диагностики ревматоидного артрита • Знает группы препаратов для лечения ревматической болезни сердца и ревматоидного артрита • Может собрать рациональный анамнез во время курации больных ревматической болезнью сердца и ревматоидным артритом • Во время курации способен объективно оценить состояние больных с ревматической болезнью сердца и ревматоидным артритом • Знает причины возникновения, этиологию ревматизма и ревматоидного артрита • Способен рационально составлять план обследования больным с ревматической болезнью сердца и ревматоидным артритом • Способен провести дифференциальную диагностику больных с ревматической болезнью и ревматоидным артритом
Продвинутый уровень знаний		
<p>Хорошо</p> <p>71-85,9%</p>	<p>71-75,9</p>	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (указанные в пункте «66-70,9») + владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Знает этиологию ревматической болезни сердца и ревматоидного артрита • Знает классификацию ревматической болезни сердца и ревматоидного артрита • Знает механизм действия лекарственных препаратов, применяющихся для лечения ревматической болезни сердца и ревматоидного артрита • Умеет рационально подобрать лекарственные препараты больному в зависимости от причины возникновения суставного синдрома.

	76-80	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «71-75,9», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Знает патогенез развития суставного синдрома при ревматической болезни сердца и ревматоидного артрита • Знает принципы первичной, вторичной и третичной профилактики ревматизма.
	81-85,9	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «71-75,9» и «76-80», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Может рассказать основные принципы ведения, наблюдения и мониторинга больных с суставным синдромом при ревматизме и ревматоидном артрите в условиях СВП или СП. • Умеет провести консультацию по вопросам немедикаментозных и медикаментозных советов с использованием навыков МЛО. • Знает принципы диспансеризации и реабилитации больных с суставным синдромом у больных ревматизмом и ревматоидным артритом в условиях СВП или СП
Отлично 86-100%	86-90	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «81-85,9», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Знает принципы лечения ревматизма и ревматоидного артрита • Знает побочные действия и противопоказания препаратов, применяющихся при суставном синдроме (ГКС, цитостатики, аминохинолоны и т.д.) • Умеет предоставлять достоверную информацию о ревматизме и ревматоидном артрите на основании интернет данных
	91-95	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «86-90», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Глубоко знает этиологию, патогенез возникновения ревматизма и ревматоидного артрита. • Может подробно описать каждый из диагностических критериев ревматизма и ревматоидного артрита
	96-100	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «91-95», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Предоставил научные данные на основе дополнительной литературы (статьи и интернет) • Знает показания и противопоказания, режим

		<p>дозирования ГКС, цитостатиков.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Может на английском языке спросить жалобы, собрать анамнез и коротко рассказать о заболевании больному с суставным синдромом
--	--	--

Примечание: Базовый уровень знаний и навыков – это минимум знаний, который обеспечивает принцип «безопасности» для пациента.

7. Контрольные вопросы.

1. Особенности артрита и артралгий при ревматизме.
2. Особенности артрита и артралгий при ревматоидном артрите.
3. Дифференциальная диагностика суставного синдрома.
4. Классификация ревматизма и ревматоидного артрита
5. Особенности течения и диагностики этих заболеваний

8. ЛИТЕРАТУРА:

Основные

8. Ички касалликлар, Шарапов У.Ф. Т: Ибн Сино, 2003
9. Ички касалликлар, Бобожанов С. Т: Янги аср авлод, 2008
10. Внутренние болезни, том 1 Мухин Н.А. М.: ГЭОТАР - Медиа, 2009
11. Textbook of Internal Medicine Editor-in-Chief William N. Kelley 1997

Дополнительные

27. Умумий амалиёт врачлар учун маърузалар туплами , Гадаев А.Г., Т., 2012
28. Общая врачебная практика, Под ред.Ф.Г.Назирова, А.Г.Гадаева. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
29. Справочник врача общей практики. Дж.Мёрта. М.: Практика, 1998.
30. Сборник практических навыков для врачей общей практики. Гадаев А., Ахмедов Х.С. Т., 2010.
31. Умумий амалиёт врачлар учун амалий куникмалар туплами Гадаев А.Г., Ахмедов Х.С., 2010. Т.
32. Умумий амалиёт шифокори учун кулланма Ф.Г.Назирова, А.Г.Гадаев тахр. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.
33. Диагностика болезней внутренних органов. Огороков А.Н. 2005.
34. Дифференциальный диагноз внутренних болезней. Виноградов А.В. М.: Медицинское информационное агенство, 2009.
35. Внутренние болезни: учебник.- в 2-х т. (2 т.) Под ред. Мартынова и др. М.: ГЭОТАР - Медиа, 2005:

Интернет ресурсы:

<http://www.lib.uiowa.edu/hardin/md/index.html>, <http://dir.rusmedserv.c>, <http://www.medlinks.ru/>, <http://www.kosmix.com/>, <http://www.medpoisk.ru/>, <http://www.tripdatabase.com/>, <http://www.klinrek.ru/cgi-bin/mbook>, <http://www.intute.ac.uk/medicine/>
<http://elibrary.ru> <http://www.freebooks4doctors.com/> <http://www.medscape.com/>
<http://www.meducation.net/> <http://www.thecochranelibrary.com>

Тема: Суставной синдром. Дифференциальная диагностика ревма-тоидного, идиопатического, серонегативного спондилоартрита, псориатического и реактивного артрита. Тактика ВОП. Показания направления к узкому специалисту и госпитализации

Технология обучения.

Учебное время: 6 час	
Структура учебного занятия	<ol style="list-style-type: none"> 1. Учебный тематический кабинет кафедры. 2. Учебные пособия, рентген. снимки 3. Больничные палаты. 4. Телевизор, видео аппаратура
<p>Цель учебного занятия: - Научить ВОП вопросам своевременной диагностики и дифференциальной диагностики серонегативных спондилоартритов (реактивные артриты, болезнь Бехтерева, псориатический артрит), а также принципам ведения больных в условиях первичного звена здравоохранения, предусмотренных требованиями "Квалификационной характеристики врача общей практики».</p>	
<p>Педагогические задачи:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Научить ВОП –диагностике и дифференциальной диагностике артритов и артралгий, особенностям клинического течения в зависимости от этиологии. 2. Обсудить вопросы тактики ведения в рамках квалификационной характеристики ВОП 3. Обсудить принципы лечения (немедикаментозные и медикаментозные). 4. Обсудить принципы ведения, наблюдения и мониторинга больных в условиях СВП или СП. 5. Обсудить принципы первичной, вторичной и третичной профилактики при данных заболеваниях. 	<p>Результаты учебной деятельности:</p> <p><u>ВОП должен знать:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Клинические проявления артритов и артралгий; особенности течения в зависимости от этиологии. 2. Дифференциальную диагностику при артритах и артралгиях. 3. Тактику ВОП. 4. Принципы лечения (медикаментозное и немедикаментозное) при данных заболеваниях. 5. Принципы диспансерного наблюдения и мониторинга больных в условиях СВП или СП. 6. Принципы первичной, вторичной и третичной профилактики при данных заболеваниях. <p><u>ВОП должен уметь:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Диагностировать, дифференцировать по клинике, данным лабораторных и инструментальных исследований заболевания, сопровождающиеся артритами и артралгиями. 2. Выбрать препараты с доказанной эффективностью 3. Консультировать по немедикаментозным методам лечения. 4. Провести мониторинг в условиях СВП или СП.
Методы обучения	метод «снежков». демонстрация, видеопросмотр, дискуссия, беседа, решение тестов и ситуационных задач
Формы организации учебной деятельности	Индивидуальная работа, работа в группах, коллективная, аудиторная, внеаудиторная.
Средства обучения	Раздаточные учебные материалы визуальные материалы, видеофильмы, муляжи, графические органайзеры, мазки мокроты, истории болезни, таблицы, стенды, комплекты рентгенограмм.
Способы и средства обратной связи	Блиц-опрос, тестирование, презентация результатов выполнения учебного задания, заполнение истории болезни, выполнение

	практического навыка «профессиональный расспрос»
--	--

Технологическая карта занятия

Тема: Суставной синдром. Дифференциальная диагностика ревматоидного, идиопатического, серонегативного спондилоартрита, псориатического и реактивного артрита. Тактика ВОП. Показания направления к узкому специалисту и госпитализации

№	Этапы практического занятия	Форма занятия Место проведения	Длительность занятия 225
1	Вводная часть (обоснование темы)		10
2	Обсуждение темы практического занятия с применением новых педагогических технологий (метод «тур по галерее»), а также демонстрационного материала (истории болезни, таблицы, плакаты, рентгенограммы), определение исходного уровня.	Опрос, обсуждение Учебная комната, палаты	40
3	Вывод обсуждения		10
4	Определение задания для выполнения практической части - профессиональный расспрос. Объяснение положений и рекомендаций для выполнения задания по заполнению медицинских карт.	Обсуждение	20
5	Освоение практической части занятия под руководством преподавателя.	Проф. расспрос. Беседа с больными и заполнение истории болезни, ситуационные задачи. Осмотр тематических больных	20
6	Интерпретация данных обследования больных - жалобы, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация больных, а также исследования ОАМ, ОАК, общий анализ кала, бак посев кала, кал на скрытую кровь, рентгенография суставов и биохимические анализы и постановка диагноза	Истории болезни, лабораторные данные ситуационные задачи	25
7	Обсуждение теоретических, практических знаний студентов, закрепление материала, определение уровня усвоения оценкой знаний.	Устный опрос, тесты, обсуждение, определение практических навыков Учебная комната	75
8	Определение вывода по теме практического занятия, оценка по 100 бальной системе и объявление оценок. Домашнее задание следующего практического занятия (сборник вопросов).	Информация, вопросы для самостоятельной работы. Учебная комната	25

2. Мотивация

Боль в суставах - почти универсальный симптом ревматических болезней, хотя непосредственные механизмы ее возникновения при различных процессах полностью не уточнены, принципиально необходимо отметить, что боли в суставах при ревматических болезнях могут быть связаны непосредственно с патологическим процессом в суставе и околосуставных тканях либо носят эмоциональный характер, сопровождаясь определенной окраской болевого ощущения. Для диагностики ревматических болезней важно не только констатировать наличие болей в суставах, но и определить их характер, длительность,

интенсивность, время проявления в течении суток. Поражение суставов даже умеренно воспалительного или невоспалительного типа может быть первым признаком самых различных заболеваний, таких как реактивный артрит, болезнь Бехтерева, псориатический артрит, гипертрофическая легочная остеоартропатия, обусловленная бронхогенным раком или гемохроматоз. Такие проблемы приходится решать врачу ВОП.

3. Межпредметные и внутрипредметные связи

Т.к. суставной синдром наблюдается при заболеваниях почек, эндокринных желез, сердца и сосудов, нервной системы, ВОП приходится сталкиваться по работе с кардиологами, невропатологами, эндокринологами, нефрологами, ревматологами. Полученные в ходе занятия знания будут использованы при прохождении ВОП – внутренних болезней и других клинических дисциплин.

4. Содержание занятия

4.1. Теоретическая часть

Реактивные артриты - воспалительные заболевания суставов, развивающиеся в результате иммунопатологических реакций на предшествующую инфекцию и в большинстве случаев возникающие через 1-4 нед после последней.

При реактивных артритах инфекционный агент является лишь пусковым фактором. Непосредственно в полости сустава не обнаруживается ни возбудителей, ни соответствующих инфекционных антигенов. Важную роль в возникновении и развитии артрита у таких больных играют генетически детерминированные особенности иммунного ответа, хотя окончательно механизмы развития реактивных артритов не выяснены.

К группе реактивных артритов относятся постэнтероколитические (шигеллез, иерсиниоз, сальмонеллез), урогенитальные, артриты после носоглоточной и других инфекций, поствакцинальные, артриты при ревматизме.

Иерсиниозный артрит вызывается *Yersinia enterocolitica*. Суставному синдрому, как правило, предшествуют кишечные проявления. Они могут протекать по типу болей в животе разной локализации, энтероколита, холецистита, аппендикулярной колики и т.п.

Обычно через 1-3 нед от начала кишечных проявлений возникает асимметричный острый поли- или олигоартрит (реже моноартрит) с преимущественным поражением крупных суставов ног. В процесс нередко вовлекаются акромиально-ключичные и грудино-ключичные сочленения. Могут отмечаться боли в других суставах, поражение позвоночника, крестцово-подвздошных сочленений. Возможно развитие теносиновитов и тендопериоститов в области голеностопных, лучезапястных и плечевых суставов. В отличие от ревматоидного артрита часто поражаются дистальные суставы первых пальцев кистей и стоп. При затяжном течении заболевания выявляются односторонние сакроилеиты. Артрит может сочетаться с лихорадкой, поражением сердца. Характерна выраженная интенсивность болей в суставах.

В крови - нейтрофильный лейкоцитоз, повышение СОЭ, иногда до значительных цифр.

Анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Бехтерева) - хроническое воспаление суставов с преимущественным поражением суставов позвоночника, ограничением его подвижности за счет анкилозирования, образования синдесмофитов и кальцификации спинальных связок. Заболевают молодые мужчины, носители антигена В 27 системы HLA (у 90% больных болезнью Бехтерева выявляется данный антиген при наличии его в общей популяции лишь у 7-10%). Различают несколько клинических форм заболевания: центральную форму с поражением только всего позвоночника или некоторых его отделов; ризомелическую с поражением позвоночника и коренных (am...rhiso - корень) суставов (плечевых и тазобедренных); периферическую форму с поражением позвоночника и периферических суставов; скандинавскую - поражение позвоночника и мелких суставов кистей и стоп. Основные трудности дифференциальной диагностики суставного синдрома возникают при периферической форме, тем более что поражение периферических суставов может возникать до появления симптомов спондилита и сакроилеита. Суставной синдром проявляется подострым

несимметричным моно- или олигоартритом с поражением суставов нижних конечностей. Артрит обычно нестойкий, но может рецидивировать и редко принимает хроническое течение. В редких случаях поражения мелких суставов кистей и стоп (скандинавский вариант) возникают трудности дифференциальной диагностики с РА. Обязательным признаком заболевания является наличие двустороннего сакроилеита. Внесуставные проявления при болезни Бехтерева включают поражение глаз (ириты, иридоциклиты), аортиты, амилоидоз почек.

4. Псориатический артрит (ПА) - самостоятельная нозологическая форма воспалительного заболевания суставов у больных псориазом (встречается у 5-7% больных псориазом). У большинства больных поражение суставов возникает одновременно с псориазом, но в ряде случаев предшествует развитию кожных проявлений. Суставной синдром может проявляться асимметричным моно- или олигоартритом преимущественно крупных суставов (коленных, голеностопных), поражением дистальных межфаланговых суставов кистей. Характерно "осевое" поражение дистального, проксимального и пястно-фалангового сустава одного и того же пальца вплоть до развития анкилозов (см. рис. 5 миниатласа). Сакроилет чаще односторонний, выявляется рентгенологически. Спондилоартрит при ПА напоминает таковой при болезни Бехтерева. В крови повышено содержание мочевой кислоты, что в отдельных случаях требует дифференциальной диагностики с подагрой. Наряду с кожными поражениями при ПА могут наблюдаться поражение глаз (конъюнктивиты) и язвенные поражения слизистых оболочек рта и гениталий (трудности дифференциальной диагностики с болезнью Рейтера). Хронические моно- и олигоартриты, а также полиартритический характер суставного синдрома без вовлечения дистальных межфаланговых суставов напоминают РА.

5. Болезнь Рейтера (БР) - воспалительное поражение суставов, связанное с урогенитальной (хламидии, уреоплазма) или кишечной (сальмонеллы, шигеллы, иерсинии) инфекцией, проявляющееся в классическом варианте триадой - артрит, конъюнктивит, уретрит (у женщин - цистит, вагинит, цервицит). Заболевают чаще молодые мужчины. Суставной синдром характеризуется асимметричным острым (подострым) полиартритом, (реже олигоартритом) с преимущественным поражением суставов нижних конечностей (коленные, голеностопные, межфаланговые суставы стоп). Поражение крестцово-подвздошного сочленения (сакроилет) носит обычно односторонний характер и выявляется лишь при рентгенологическом исследовании. Наряду с уретритом и конъюнктивитом при БР возможны поражения кожи (ладонная и подошвенная кератодермия, псориазоподобные высыпания), слизистых (баланит, проктит, стоматит), миокарда (нарушение проводимости). Характерным клиническим признаком являются тендиниты, бурситы нижних конечностей (ахиллобурситы, подпяточные бурситы и др.), что позволяет заподозрить БР у молодых мужчин даже при отсутствии других внесуставных признаков. Наибольшие диагностические трудности возникают при кратковременных или нерезко выраженных уретритах и конъюнктивитах. Суставной синдром обычно проходит бесследно в течение нескольких месяцев, однако возможны рецидивы заболевания и в редких случаях его хронизация. БР ассоциируется с наличием антигена В 27 системы HLA. Важное диагностическое значение в распознавании БР имеет верификация инфекции с помощью микробиологического исследования различных биологических секретов (моча, простатический сок, слизь цервикального канала, синовиальная жидкость и др.), в том числе и с использованием цепной полимеразной реакции.

Общепринято включение в группу спондилоартропатий следующих заболеваний: анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Бехтерева); болезнь Рейтера; псориатический артрит; артриты, ассоциированные с заболеваниями кишечника.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА "СНЕЖКОВ".

Цель: Вовлечение в процесс обучения всех студентов с одновременным контролем их знаний по обсуждаемой теме.

Основные положения методики.

Группа делится на 2-3 малых подгруппы, которые обсуждают одну и ту же проблему или ситуацию с целью набора наибольшего количества правильных ответов. Каждый правильный

ответ записывается на балл этой группе в виде снежков. Группе, получившей наибольшее число баллов, ставят более высокие оценки.

1. Определение серонегативных спондилоартритов (реактивный артрит, болезнь Бехтерева, псориатический артрит).
2. Диагностика серонегативных спондилоартритов (реактивный артрит, болезнь Бехтерева, псориатический артрит).
3. Лечение серонегативных спондилоартритов (реактивный артрит, болезнь Бехтерева, псориатический артрит).

Ответы:

1. Болезнь Бехтерева – хроническое воспаление суставов с преимущественным поражением суставов позвоночника, ограничением его подвижности за счет анкилозирования, образования синдесмофитов и кальцификации спинальных связок
2. Рентгенография илео-сакрального сочленения, выявление антигена В 27 системы HLA, Срб, повышение СОЭ, ограничение подвижности суставов (положительные пробы Отто, Шобера, Кушелевского)
3. Базисная терапия: сульфасалазин 500мг 1т x 4р/сут., индометацин 1т x 3р/сут., физиотерапия, массаж.

№	Оценка	отлично	хорошо	удовл	неуд	плохо
	Усвоение в %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% и ниже
1	Теоретическая часть	20-17,2 балл	17-14,2 балл	14-11 балл	10,8-7,4 балл	7,2 балл

4.2. Аналитическая часть

4.2.1. Ситуационные задачи:

Задача № 1

33 летний мужчина обратился с жалобами на боли и скованность в шейном, грудном и поясничном отделах позвоночника, боли в ягодицах усиливающиеся ночью. Болен в течение 5 лет. Постоянно принимает индометацин.

Объективно: кифоз шейного отдела позвоночника, « поза просителя », паравертебральные мышцы напряжены. Периферические суставы не изменены. В анализе крови – СОЭ -38 мм/час

1. Какое исследование позволит уточнить диагноз?
2. Какие изменения Вы ожидаете обнаружить при этом исследовании?
3. Сформулируйте клинический диагноз
4. Назначьте лечение

№	ОТВЕТЫ	Макс. балл	Полный ответ	Неполный ответ	Неудов. Ответ
1.	Рентгенограмма костей таза	20	10-20	5-9	0-4
2.	Двусторонний сакроилеит	30	20-30	5-19	0-4
3.	Болезнь Бехтерева, центральная форма	20	10-20	5-9	0-4
4.	Индометацин длительно. ЛФК, массаж спины, плавание в бассейне.	30	20-30	5-19	0-4

Задача № 2

Больной Ш. 49 лет, жалуется на боли, ограничение движения в шейном, пояснично-крестцовом отделах позвоночника, покраснение глаз, общую слабость.

Объективно: общее состояние средней тяжести. Кожа бледная, без высыпаний. Поза «просителя». Поясничный отдел позвоночника в виде гладильной доски. Симптомы Форестье,

Томайера и Кушелевского 1,2,3 положительные. В легких везикулярное дыхание. Сердце: тоны приглушены. АД 110/75 мм.рт.ст. Пульс 70 ударов в 1 минуту. Живот мягкий, безболезненный. Лабораторные исследования: Общий анализ крови: Нь – 90г/л, лейкоциты – $7, \times 10^9$, ЭЧТ – 25мм/час.

Общий анализ мочи: удельный вес 1015, белок – abs, лейкоциты – 3-4/1, эпителий – 1-2/1, СРБ +, РФ отрицательный.

1. Какую форму анкилозирующего спондилоартрита предполагаете:

2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза:

3. Лечение

№	ОТВЕТЫ	Макс. балл	Полный ответ	Неполный ответ	Неудов. ответ
1.	Центральная	40	30-40	5-29	0-4
2.	Рентгенография костей таза и илеосакральных сочленений	30	20-30	5-19	0-4
3.	Индометацин, ЛФК, миорелаксанты	30	20-30	5-19	0-4

Задача № 3.

Больной Л., 39 лет, автослесарь поступил с жалобами на постоянные боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, а также в тазобедренных и коленных суставах, усиливающиеся при движении, чихании, физической нагрузке, утреннюю скованность около 40 минут в позвоночнике, ограничение движений в пораженных суставах.

Из анамнеза выяснено, что страдает этим заболеванием около 10 лет. Начало болезни острое, с поражения поясничного отдела позвоночника, коленных и тазобедренных суставов. Коленные суставы припухали, воспалительные изменения в суставах носили рецидивирующий характер. В течение последних 2-х лет обострение заболевания сопровождается ощущением утренней скованности в пораженных суставах. Неоднократно находился на лечении у невропатолога по поводу болей в позвоночнике и резко ускоренного СОЭ до 50 мм/ч.

Объективно: Больной с трудом передвигается из-за боли в коленных и тазобедренных суставах. По конституции астеник, питание удовлетворительное. Кожные покровы чистые, достаточной влажности. Отмечается сглаженность поясничного лордоза, атрофия мышц, положительный симптом “тетивы”. Выраженная припухлость и деформация коленных суставов за счёт экссудативных изменений. При пальпации определяется болезненность в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, в области крестцово-подвздошных сочленений и коленных суставов. Положительны симптомы Кушелевского, Отта, Шобера и Томайера.

Внутренние органы без существенных изменений.

1. Что Вы ожидаете выявить при лабораторно-инструментальном обследовании больного?

2. Ваш клинический диагноз. Проведите дифференциальный диагноз

3. Тактика лечения

4. Женщина 42 лет, обратилась к врачу общей практики с жалобами на появление отеков на ногах, одышку при физической нагрузке, слабость. Ухудшение состояния почувствовала после перенесенной ангины. Состоит на учете у ревматолога по поводу ревматизма, регулярно получает бициллинотерапию. Объективно: кожные покровы бледные, цианоз губ, акроцианоз. АД 100/70 мм рт.ст., пульс 92 уд/мин. Границы сердца увеличены влево, вверх. Аускультация: I тон хлопающий, систолические и пресистолические шумы на верхушке, мерцательная аритмия. В легких – в нижних отделах застойные хрипы. Живот мягкий, печень +1,5 см, средней плотности, на ногах умеренные отеки. ЭКГ- гипертрофия правого и левого желудочков и левого предсердия. ОАК: Нв 110, эрит. 2,9 мил., лей. 7,2., СОЭ 28 мм/час.

1. Перечислите не менее трех приобретенных и один врожденный пороков сердца, при которых выслушиваются одновременно систолический и диастолические шумы на сердце и их наилучшее место выслушивания;
2. Предварительный диагноз;
3. Информативные методы обследования;
4. Тактика ВОП;

5. Больная 45 лет осмотрена врачом общей практики. Отмечает утреннюю скованность до 12 часов дня, боли в мелких суставах кистей рук, повышение температуры тела 38,2 С, слабость. Объективно: пониженного питания, кожные покровы бледные, деформация лучезапястных, межфаланговых суставов пальцев рук, лимфаденопатия, гепатоспленомегалия. АД 100/60 мм.рт.ст. сердце – тоны приглушены, ритмичны. В легких – дыхание везикулярное. В крови: Нв- 90 г/л, лейкоц-3,5 x 10⁹/л, при подсчете формулы лейкоцитов отмечается лейкопения, СОЭ 40 мм/ч. ЭКГ- ритм синусовый, тахикардия.

1. Перечислите не менее пяти заболеваний при которых наблюдаются вышеуказанные жалобы и симптомы;
2. Укажите для каждого из них характерные рентгенологические изменения в суставах;
3. Предварительный диагноз;
4. Информативные методы обследования;
5. Тактика ВОП;

6. Больная К. 44 лет, обратилась к врачу общей практики с жалобами на боли, припухлость в лучезапястных, межфаланговых суставах кистей рук и стоп, голеностопных суставах, скованность по утрам продолжающуюся до обеда. Больна в течение года. Объективно: общее состояние средней тяжести. Температура субфебрильная. Лучезапястные, межфаланговые, голеностопные суставы деформированы за счет экссудативных явлений. Со стороны сердца и других органов изменений нет. СОЭ 50 мм/час. ДФА – 0,260.

1. Перечислите не менее пяти заболеваний при которых наблюдаются вышеуказанные жалобы и симптомы;
2. Предварительный диагноз;
3. Информативные методы обследования;
4. Приведите семь диагностических критериев этого заболевания согласно Американской Ассоциации ревматологов;
5. Тактика ВОП;

7. Больная Ш. 32 лет, обратилась к врачу общей практики с жалобами на постоянные боли в суставах рук, ног в покое и при движении. Считает себя больной в течение 5 лет. Связывает заболевание с частыми ангинами. Лечилась стационарно и санаторно с периодическим улучшением. При осмотре отчетливо определяется атрофия мышц предплечий, голеней и бедер. Выраженная дефигурация и деформация суставов кистей, лучезапястных, локтевых, коленных и голеностопных суставов за счет пролиферативных изменений. ОАК: Нв- 80 г/л; лейкоциты- 5,5x10⁹/л; СОЭ 30 мм/час. Ревматоидный фактор положительный.

1. Перечислите не менее пяти заболеваний при которых наблюдаются вышеуказанные жалобы и симптомы;
2. Предварительный диагноз;
3. Информативные методы обследования;
4. Укажите подробно рентгенологические стадии этого заболевания;

8. Больная 48 лет, обратилась к врачу общей практики с жалобами на интенсивные боли и припухлость в лучезапястных, пястнофаланговых суставах, усиливающиеся ночью и утренние часы, утреннюю скованность до 12 часов, повышение температуры до 38 С, ощущение тяжести в правой половине грудной клетки при дыхании. Объективно: отмечаются симметричное поражение суставов кистей, отклонение кистей в локтевую сторону, в области локтевых суставов обнаружены узелки, плотные на ощупь, размерами 0,5-0,8 см. При рентгенографии

суставов кистей – сужение суставных щелей, единичные узурсы суставных поверхностей. Рентгенография органов грудной клетки – определяется жидкость в правой плевральной полости до уровня 6 ребра. ОАМ: уд. вес. 1018, белок 5,8, эрит. 2/3 в п/з, лей. 4/5. единичные цилиндры.

1. Перечислите не менее четырех заболеваний при которых наблюдаются вышеуказанные жалобы и симптомы;
2. Предварительный диагноз;
3. Информативные методы обследования;
4. Перечислите не менее 6 других органов поражающихся при этой патологии и одно полиорганное осложнение и достоверный метод ее диагностики;
5. Тактика ВОП;

9. Больная 42 лет обратилась с жалобами на головную боль, головокружение, боль и отеки в голеностопных суставах, сердцебиение и одышку при физической нагрузке.

Из анамнеза: в детстве часто болела ангиной, имеет 4 детей, последние роды разрешились Кесаревым сечением. Домохозяйка, соблюдает диету. Мать больна СД.

Объективно: состояние средней степени тяжести, кожные покровы бледные, акроцианоз, отеки на ногах. При пальпации во II м/р справа во время выдоха отмечается систолическое дрожание. Границы сердца увеличены влево. Аускультативно ослабление на верхушке I тона, на аорте II тона. Справа во II м/р, в точке Боткина и на верхушке выслушивается систолический шум, который проводится в надключичную и сонную артерию. Пульс 66 уд. в мин. АД 110/70 мм.рт.ст. Печень увеличена, селезенка не пальпируется

Лаб.-инструментальные исследования:

ОАК: Нв-110, эр-4.0, лейк.-9.2, СОЭ-18мм/ч

БАК: мочевины-7.3, креатинин- 0.08, об.белок-74г/л, сахар-5.4 ммоль/л

ОАМ: прозрачная, отн.плот.- 1018, белок абс., эпит.-0-1/1, лейк.-1-2/1, эр-0-1/1

Острофазные пробы –СРБ +, титр АСЛО 1:300.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 90 уд. ЭОС отклонена влево. Нарушение внутрижелудочковой проводимости. Метаболические изменения в миокарде.

ЭхоКС:

10. Больная 32 лет обратилась с жалобами на боли в мелких суставах обеих кистей, утреннюю скованность, быструю утомляемость.

Из анамнеза: Со слов больной вышеперечисленные жалобы беспокоят в течении последних 2 недель, которые связывает с переохлаждением (работает на базаре). Считает себя больной в течении 1,5 лет, когда появились отёки на мелких суставах кистей. Состоит на «Д» учёте у ревматолога и ВОП. В детстве часто простывала, имеет 1 ребёнка, беременность протекала нормально. Сестра больной страдает ревматизмом.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное, кожные покровы и видимые слизистые бледные. Аускультативно в легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 120/70 мм.рт.ст. Мелкие суставы (пястно-фаланговые и проксимальные межфаланговые суставы) при осмотре отёчные. Движение в суставах болезненное.

Лаб.-инструментальные исследования:

ОАК: Нв-100, эр-3.0, лейк.-6.2, СОЭ-25 мм/ч

БАК: мочевины-7.3, креатинин- 0.08, об.белок-56 г/л, сахар-5.4 ммоль/л, фибриноген-420мг%

ОАМ: прозрачная, отн.плот.- 1020, белок-0.033., эпит.-0-1/1, лейк.-3-2/1, эр-0-1/1

Острофазные пробы –СРБ ++, титр АСЛО 1:150.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 82 уд. ЭОС не отклонена. Метаболические изменения в миокарде.

Р-ген суставов: околосуставной остеопороз. Сужение суставной щели проксимальных межфаланговых суставов пальцев обеих кистей, единичные узурсы.

ЭхоКС: полость левого желудочка не увеличена. КДР-4,6, КСР-2,7, ФВ-69%, ЛП-2,8.
 Митральный клапан М-образной формы, не уплотнен. Стенки ЛЖ нормокинетичны. ТМЖП-0,9; ТЗСЛЖ-0,85. Трикуспидальный клапан и легочная артерия без особенностей.
 Доплерография: патологических потоков нет. Сократимость миокарда в норме.

№	Оценка	отлично	хорошо	удовл	неуд	плохо
	Усвоение в %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% и ниже
2	Ситуационная задача	50-43 балл	42,5- 35,5 б	35- 27,5	27-18,5	18 балл

№	Оценка	отлично	хорошо	удовл	неуд	плохо
	Усвоение в %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% и ниже
3	Тест	15-12,9 балл	12,7-10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5 балл	5,4 балл

Решение задачи по 20 этапному принципу решению проблемы (смотри методическую рекомендацию)

4.2.2 Графический органайзер: диаграмма «Венна»

Диаграмма ВЕННА

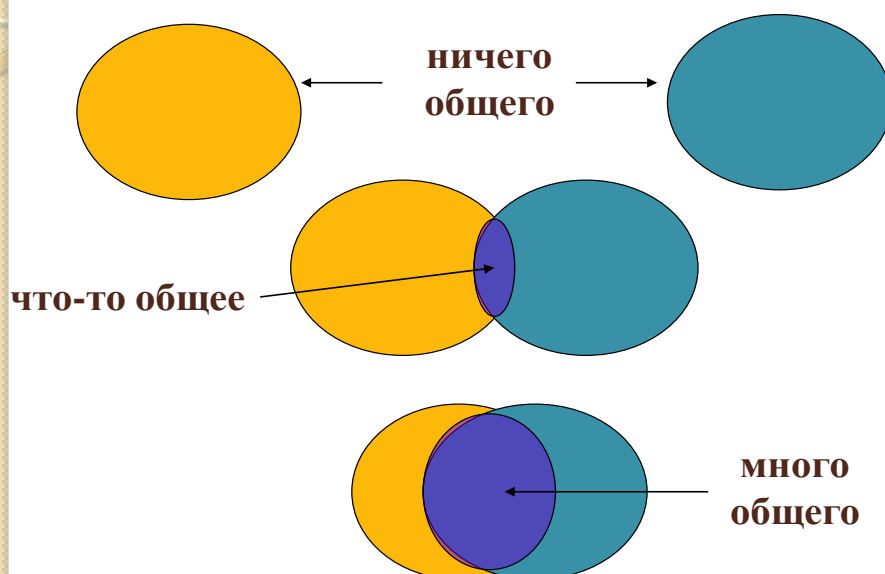
- используется для сравнения или сопоставления или противопоставления 2-3х аспектов и показа их обоих черт.
- Развивает системное мышление, умение сравнивать, сопоставлять, проводить анализ и синтез.

Знакомятся с правилами построения диаграммы Венна. Индивидуально / в парах строят диаграмму Венна и заполняют части непересекающихся кругов (X)

Объединяются в пары, сравнивают и дополняют свои диаграммы.

В месте пересечения кругов составляют список тех черт, которые, на их взгляд, являются общими для информации 2-3х кругов (xx/xxx).

Общность Диаграмма венна



4.3. Практическая часть

Перечень навыков, которым ВОП должен владеть после завершения занятий по данной тематике

7. Провести осмотр больных с артритами и артралгией.
8. Интерпретировать ЭКГ и рентгенограмму у больных с артритами и артралгией.

Боль в суставах

Реактивный артрит, болезнь Бехтерева, псориатический артрит

№ этапа	Показатели/интерпретация	Не выполнено	Выполнено полностью
	Обследование пациента	0	50
	Общий анализ крови,		
	Общий анализ мочи		
	Острофазные пробы		
	Мочевая кислота		
	Анализ крови на LE-клетки, ревмофактор ,HLA-B27 и др.		
	ЭКГ		
	ЭХОКГ		
	Рентген суставов		
	Пункция суставов с исследованием синовиальной жидкости		
	Консультация инфекциониста		
	Биопсия		

	Дифференциальная диагностика	0	20
	Постановка диагноза	0	10
	Тактика ВОП	0	10
	Профилактические мероприятия	0	10
ИТОГО		0	100

№	Оценка	отлично	хорошо	удовл	неуд	плохо
	Усвоение в %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% и ниже
4	Практическая часть	15-12,9 балл	12,75-10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5-балл	5,4 балл

5. Формы контроля знаний, навыков и умений

- устный
- решение ситуационных задач
- демонстрация практических навыков
- СРС

5.1. Критерии оценок знаний и умение практических навыков студентов.

№	Оценка	отлично	хорошо	удовл	неуд	плохо
	Усвоение в %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% и ниже
1	Теоретическая часть	20-17,2 балл	17-14,2 балл	14-11 балл	10,8-7,4 балл	7,2 балл
2	Ситуационные задачи	50-43 балл	42,5- 35,5 балл	35- 27,5 балл	27-18,5 балл	18 балл
3	Тест	15-12,9 балл	12,7-10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5 балл	5,4 балл
4	Практическая часть	15-12,9 балл	12,75-10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5-балл	5,4 балл

6. Критерии оценки текущего контроля

Уровни оценок	Рейтинг баллы	Характеристика работы студента
	20	Балл присутствия на практическом занятии. Полное отсутствие уровня знаний и не умение выполнить практический навык – студент абсолютно не готов к практическому занятию.
Не удовлетворительно	20 - 54,9	Студент отвечает неудовлетворительно. Студенты не владеет базовыми уровнями знаний и навыков, хотя бы одного из нижеперечисленных: <ul style="list-style-type: none"> • Не может перечислить заболевания, которые могут относиться к серонегативным спондилоартритам • Не может перечислить наиболее опасные заболевания, сопровождающихся сакроилеитом • Не знает определение болезни «реактивный артрит», «болезнь Рейтера», болезнь Бехтерева • Не знает чем проявляются клинически реактивные артриты

		<ul style="list-style-type: none"> • Не знает, чем проявляется клинически болезнь Бехтерева • Не может перечислить основные методы диагностики реактивного артрита и болезни Бехтерева • Не знает классификацию болезни Бехтерева • Не знает группы препаратов для лечения реактивных артритов и болезни Бехтерева • Не знает управляемые и неуправляемые факторы риска возникновения реактивных артритов, болезни Бехтерева • Не может провести осмотр суставов, провести специфические пробы у больного с болезнью Бехтерева • Не может собрать рациональный анамнез во время курации больных реактивными артритами, псориатическим артритом, болезнью Бехтерева • Во время курации не способен объективно оценить состояние больных с болезнью Бехтерева, реактивным артритом • Не способен рационально составлять план обследования больным с реактивным артритом и болезнью Бехтерева • Не способен провести дифференциальную диагностику больных с реактивными артритами псориатическим артритом и болезнью Бехтерева
Обеспечение базового уровня знаний и навыков		
Удовлетворительно 55-70,9%	55-60,9	<p>Удовлетворительный ответ низкого качества.</p> <p>Студент старается владеть базовыми уровнями знаний и навыков (см.ниже), но при ответе или выполнении навыков допускает серьезные ошибки.</p>
	61-65,9	<p>Удовлетворительный ответ средней степени.</p> <p>Студент владеет базовыми уровнями знаний и навыков (см.ниже), но при ответе или выполнении навыков допускает ошибки (возможны отдельные погрешности)</p>
	66-70,9	<p>Удовлетворительный ответ высокого качества.</p> <p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Может перечислить заболевания, которые могут относиться к серонегативным спондилоартритам • Может перечислить наиболее опасные заболевания, сопровождающихся сакроилеитом • Знает определение болезни «реактивный артрит», «болезнь Рейтера», болезнь Бехтерева • Знает чем проявляются клинически реактивные артриты • Знает, чем проявляется клинически болезнь Бехтерева • Может перечислить основные методы диагностики реактивного артрита и болезни Бехтерева • Знает классификацию болезни Бехтерева • Знает группы препаратов для лечения реактивных артритов и болезни Бехтерева • Знает управляемые и неуправляемые факторы риска возникновения реактивных артритов, болезни Бехтерева • Может провести осмотр суставов, провести специфические пробы у больного с болезнью Бехтерева (Отто, Шобера, Томайера, Кушелевского)

		<ul style="list-style-type: none"> • Может собрать рациональный анамнез во время курации больных реактивными артритами, псориатическим артритом, болезнью Бехтерева • Во время курации способен объективно оценить состояние больных с болезнью Бехтерева, реактивным артритом • Способен рационально составить план обследования больным с реактивным артритом и болезнью Бехтерева • Способен провести дифференциальную диагностику больных с реактивными артритами псориатическим артритом и болезнью Бехтерева
Продвинутый уровень знаний		
Хорошо 71-85,9%	71-75,9	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (указанные в пункте «66-70,9») + владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Знает этиологию реактивных артритов и болезни Бехтерева • Знает классификацию болезни Бехтерева • Знает механизм действия лекарственных препаратов, применяющихся для лечения реактивного артрита, псориатического артрита и болезни Бехтерева • Умеет рационально подобрать лекарственные препараты больному в зависимости от заболевания.
	76-80	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «71-75,9», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Знает патогенез развития реактивных артритов, псориатического артрита и болезни Бехтерева • Знает принципы первичной, вторичной и третичной профилактики реактивных артритов и болезни Бехтерева
	81-85,9	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «71-75,9» и «76-80», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Может рассказать основные принципы ведения, наблюдения и мониторинга больных с реактивным артритом, псориатическим артритом и болезнью Бехтерева в условиях СВП или СП. • Умеет провести консультацию по вопросам немедикаментозных и медикаментозных советов с использованием навыков МЛЮ. • Знает принципы диспансеризации и реабилитации больных с реактивным артритом, псориатическим артритом и болезнью Бехтерева в условиях СВП или СП

Отлично 86-100%	86-90	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «81-85,9», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Знает принципы лечения серонегативных спондилоартритов • Знает побочные действия и противопоказания препаратов, применяющихся при серонегативных спондилоартритах (ГКС, НПВС, цитостатики, аминохинолоны и т.д.) • Умеет предоставлять достоверную информацию о серонегативных спондилоартритах на основании интернет данных
	91-95	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «86-90», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Глубоко знает этиологию, патогенез возникновения псориатического артрита, реактивных артритов, болезни Бехтерева • Может подробно описать клинические симптомы серонегативных спондилоартритов
	96-100	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «91-95», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Предоставил научные данные на основе дополнительной литературы (статьи и интернет) • Знает показания и противопоказания, режим дозирования ГКС, НПВС, цитостатиков. • Может на английском языке спросить жалобы, собрать анамнез и коротко рассказать о заболевании больному с болезнью Бехтерева или реактивным артритом • Может грамотно преподнести тему аудитории, с использованием педагогических технологий (интерактивных методов)

Примечание: Базовый уровень знаний и навыков – это минимум знаний, который обеспечивает принцип «безопасности» для пациента.

7. Контрольные вопросы.

1. Особенности артрита и артралгий при реактивных артритах.
2. Классификация реактивных артритов
3. Особенности артрита и артралгий при болезни Бехтерева.
4. Особенности артрита и артралгий при псориатической артропатии.
5. Дифференциальная диагностика суставного синдрома.

8. ЛИТЕРАТУРА:

Основные

- 1) Ички касалликлар, Шарапов У.Ф. Т: Ибн Сино, 2003

- 2) Ички касалликлар, Бобожанов С. Т: Янги аср авлод, 2008
- 3) Внутренние болезни, том 1 Мухин Н.А. М.: ГЭОТАР - Медиа, 2009
- 4) Textbook of Internal Medicine Editor-in-Chief William N. Kelley 1997

Дополнительные

- 1) Умумий амалиёт врачлар учун маърузалар туплами , Гадаев А.Г., Т., 2012
- 2) Общая врачебная практика, Под ред.Ф.Г.Назирова, А.Г.Гадаева. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
- 3) Справочник врача общей практики. Дж.Мёрта. М.: Практика, 1998.
- 4) Сборник практических навыков для врачей общей практики. Гадаев А., Ахмедов Х.С. Т., 2010.
- 5) Умумий амалиёт врачлар учун амалий куникмалар туплами Гадаев А.Г., Ахмедов Х.С., 2010. Т.
- 6) Умумий амалиёт шифокори учун кулланма Ф.Г.Назирова, А.Г.Гадаев тахр. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.
- 7) Диагностика болезней внутренних органов. Огороков А.Н. 2005.
- 8) Дифференциальный диагноз внутренних болезней. Виноградов А.В. М.: Медицинское информационное агенство, 2009.
- 9) Внутренние болезни: учебник.- в 2-х т. (2 т.) Под ред. Мартынова и др. М.: ГЭОТАР - Медиа, 2005:

Интернет ресурсы:

<http://www.lib.uiowa.edu/hardin/md/index.html>, <http://dir.rusmedserv.c>, <http://www.medlinks.ru/>, <http://www.kosmix.com/>, <http://www.medpoisk.ru/>, <http://www.tripdatabase.com/>, <http://www.klinrek.ru/cgi-bin/mbook>, <http://www.intute.ac.uk/medicine/>, <http://elibrary.ru> <http://www.freebooks4doctors.com/> <http://www.medscape.com/> <http://www.mededucation.net/> <http://www.thecochranelibrary.com>

Практическое занятие №37

Тема: «Суставной синдром. Дифференциальный диагноз при метаболических нарушениях (подагра и остеоартроз). Тактика ВОП.

Технология обучения

Учебное время: 6 час	
Структура учебного занятия	<ol style="list-style-type: none"> 1. Учебный тематический кабинет. 2. Больничные палаты в ревматологическом отделении 3. Учебные пособия, фантомы, муляжи, раздаточный материал, сборник ситуационных задач и тестов 4. Телевизор, видео аппаратура, мультимедиа
Цель учебного занятия: Научить ВОП вопросам дифференциальной диагностики, а также принципам ведения больных в условиях первичного звена здравоохранения, предусмотренных требованиями "Квалификационной характеристики врача общей практики»	
Педагогические задачи: <ol style="list-style-type: none"> 1. Научить ВОП дифференциальной диагностике СВ. 2. Обсудить вопросы тактики ведения в рамках квалификационной характеристики ВОП 3. Обсудить принципы лечения (немедикаментозные и медикаментозные). 4. Обсудить принципы ведения, наблюдения и мониторинга больных в условиях СВП или СП. 5. Обсудить принципы первичной, вторичной и третичной профилактики при данных заболеваниях. 	Результаты учебной деятельности: <u>ВОП должен знать:</u> <ol style="list-style-type: none"> 1. Перечень СВ, подлежащих дообследованию и/или лечению в условиях специализированных отделений. 2. Клинические проявления СВ. 3. Диагностику СВ. 4. Дифференциальную диагностику СВ. 5. Тактику ВОП. 6. Принципы лечения (медикаментозное и немедикаментозное) при данных заболеваниях. 7. Принципы диспансерного наблюдения и мониторинга больных в условиях СВП или СП. 8. Принципы первичной, вторичной и третичной профилактики при данных заболеваниях. <u>ВОП должен уметь:</u> <ol style="list-style-type: none"> 1. Анализировать данные жалоб и анамнеза для диагностики СВ. 2. Диагностировать, дифференцировать по клинике и лабораторно-инструментальным данным СВ. 3. Выбрать препараты с доказанной эффективностью 4. Консультировать по немедикаментозным методам лечения. 5. Провести мониторинг в условиях СВП или СП.
Методы обучения	метод «круглого стола». демонстрация, видеопросмотр, дискуссия, беседа, решение тестов и ситуационных задач
Формы организации учебной деятельности	Индивидуальная работа, работа в группах, коллективная, аудиторная, внеаудиторная.
Средства обучения	Раздаточные учебные материалы визуальные материалы, видеофильмы, муляжи, графические

	органайзеры, мазки мокроты, истории болезни, таблицы, стенды, комплекты рентгенограмм.
Способы и средства обратной связи	Блиц-опрос, тестирование, презентация результатов выполнения учебного задания, заполнение истории болезни, выполнение практического навыка «профессиональный распрос»

Технологическая карта занятия

Тема: Суставной синдром. Дифференциальный диагноз при метаболических нарушениях (подагра и остеоартроз). Тактика ВОП.

№	Этапы практического занятия	Форма занятия Место проведения	Длит-ть занятия 225
1	Вводная часть (обоснование темы)		10
2	Обсуждение темы практического занятия с применением новых педагогических технологий (метод «тур по галерее»), а также демонстрационного материала (истории болезни, таблицы, плакаты, рентгенограммы), определение исходного уровня.	Опрос, обсуждение Учебная комната, палаты	40
3	Вывод обсуждения		10
4	Определение задания для выполнения практической части - профессиональный распрос. Объяснение положений и рекомендаций для выполнения задания по заполнению истории болезни.	Обсуждение	20
5	Освоение практической части занятия под руководством преподавателя.	Проф. распрос. Беседа с больными и заполнение мед карт, ситуационные задачи. Осмотр тематических больных	20
6	Интерпретация данных обследования больных-жалобы, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация больных, а также исследования ОАМ, ОАК, общий анализ кала, бак посев кала, кал на скрытую кровь, рентгенография суставов и биохимические анализы и постановка диагноза	Истории болезни, лабораторные данные ситуационные задачи	25
7	Обсуждение теоретических, практических знаний студентов, закрепление материала, определение уровня усвоения оценкой знаний.	Устный опрос, тесты, обсуждение, определение практических навыков Учебная комната	75
8	Определение вывода по теме практического занятия, оценка по 100 бальной системе и объявление оценок. Домашнее задание следующего практического занятия (сборник вопросов).	Информация, вопросы для самостоятельной работы. Учебная комната	25

2. Мотивация

Системные васкулиты составляют немалый удельный вес среди других ревматологических заболеваний и нередко встречаются в практике врачей первичного звена здравоохранения. В этой ситуации усилие врача общей практики (ВОП) направляется на диагностику СВ для оказания медицинской помощи больным, подлежащих лечению в условиях СВП или СП, или направлению в специализированные стационары. Эти обстоятельства являются основанием для включения данной тематики в программу подготовки ВОП.

3. Межпредметные и внутрипредметные связи

Т.к. суставной синдром наблюдается при заболеваниях почек, эндокринных желез, сердца и сосудов, нервной системы, ВОП приходится сталкиваться по работе с кардиологами, невропатологами, эндокринологами, нефрологами, ревматологами. Полученные в ходе занятия знания будут использованы при прохождении ВОП – внутренних болезней и других клинических дисциплин.

4. Содержание занятия

4.1. Теоретическая часть

На практическом занятии в теоретической его части последовательно рассматриваются следующие вопросы: общие характерные особенности для СВ, перечень заболеваний, относящихся к ним, диагностика и дифференциальная диагностика, тактика ВОП при СВ.

В основе СВ лежат распространенные некротически-воспалительные изменения кровеносных сосудов. Они могут быть первичными, при которых воспалительные изменения сосудов составляют основу клинико-анатомических проявлений болезни на всех ее этапах, и вторичными в составе ДБСТ, ревматоидного артрита.

Геморрагический васкулит (болезнь Шенлейн-Геноха). Связь болезни с вирусной и бактериальной инфекцией, вакцинацией, медикаментами, пищевой и другой аллергией и т.д. Наличие нередко крапивницы и других аллергических сыпей, наличие безболезненных промежутков, высокая температура с самого начала заболевания, увеличение фактора Вилли-Бранта в плазме в 1,5-3 раза, гиперфибринемия, увеличение альфа₂ и гаммаглобулинов.

Тактика ВОП при впервые выявленном заболевании необходима госпитализация для подтверждения диагноза, снижения активности воспаления и подбора базисной терапии. В дальнейшем диспансерное наблюдение и амбулаторное лечение.

ДБСТ – это заболевания, характеризующиеся системным иммуновоспалительным поражением соединительной ткани и ее производных. Прежнее название этой группы болезней «коллагенозы». Она объединяет ряд нозологических форм, для которых характерны: общность патогенеза (иммунные и аутоиммунные механизмы развития), системное поражение соединительной ткани и сосудов аутоиммунного генеза вследствие отложения иммунных комплексов (изменение основного вещества соединительной ткани, фибриноидный некроз, дезорганизация волокнистых структур, васкулиты, лимфоидные и плазмочитарные инфильтраты), полиморфизм клинической картины и прогрессирующий характер течения, положительный эффект от ГКС, НПВС, цитостатиков, отсутствие моноэтиологического фактора.

Неспецифический аортоартериит (Такаясу Болезнь) - системное заболевание, характеризующееся воспалением аорты и отходящих от нее ветвей с развитием частичной или полной их облитерации; могут поражаться и другие отделы аорты. Этиология неясна. В патогенезе ведущая роль принадлежит иммунным нарушениям с развитием хронического иммунокомплексного воспаления стенки пораженных сосудов. Болеют преимущественно молодые женщины.

Симптомы, течение. Постепенно нарастают признаки нарушения кровообращения в зонах пораженных сосудов. Основным симптомом - отсутствие пульса на одной или обеих руках, реже - на сонных, подключичных, височных артериях. Больные жалуются на боль и парестезии

в конечностях, усиливающихся при физической нагрузке, слабость в руках, приступы головокружения нередко с потерей сознания. При офтальмоскопии обнаруживают изменение сосудов глазного дна (сужение, образование артериовенозных анастомозов и др.). Нередко в процесс вовлекаются коронарные артерии с соответствующей симптоматикой. Поражение брюшной аорты с почечными сосудами сопровождается клиникой вазоренальной гипертензии. Общие признаки болезни - субфебрилитет, астенизация. Лабораторные показатели изменены умеренно. Заболевание медленно прогрессирующее, с отдельными обострениями, проявляющееся признаками ишемии той или иной зоны. На ранних этапах заболевания большую помощь в диагностике оказывает ангиография.

Лечение. Применяют средние дозы глюкокортикоидов (преднизолон по 20 - 30 мг/сут) в периоды обострений в течение 1,5 - 2 мес с постепенным снижением до поддерживающей дозы. Показано систематическое применение аминохинолиновых препаратов (хингамин по 0,25 г или плаквенил по 0,2 г 1 раз в сутки). Широко используются сосудорасширяющие средства и дезагреганты. Возможно протезирование пораженных артерий.

Узелковый периартериит. Возможность наличия в анамнезе экзогенных антигенных раздражителей (вирусы, бактерии, медикаменты, яды, сыворотки, вакцины и др.). чаще болеют мужчины, похудание, лихорадка, системность поражения (почки, легкое, сердце и т.п.), выявление узелков по ходу сосудов, данные биопсии узелков, необходимо учитывать возможность развития истинного острого живота (некрозы, язвы с перитонитом, кровотечением). Важнейшим методом диагностики периартериита служит биопсия, позволяющая установить типичный некротический артериит. Зарубежные исследователи считают наиболее ценной биопсию почки, в результате этой биопсии удается дифференцировать разные типы васкулитов. Так, для гранулематоза Вегенера характерен гломерулонефрит с образованием полулуний, для геморрагического васкулита - некротический гломерулит. Для уточнения варианта васкулита используются иммуноморфологические и электронно-микроскопические исследования. Биопсия кожи дает максимальную частоту положительных результатов, она может иметь важное ориентирующее значение для диагноза, но не быть верифицирующей окончательно, так как доступными для оценки оказываются только мелкие сосуды.

Лечение узелкового полиартериита: 1. Иммунодепрессанты. 2. экстракорпоральная терапия. 3. антиагреганты и антикоагулянты. 4. НПВС и аминохинолиновые соединения. 5. Ангиопротекторы. 6. симптоматическое лечение.

Теоретический опрос можно провести по методу «круглого стола»

Метод «круглого стола»

Цель: вовлечь в процесс обсуждения темы всех студентов группы с одновременным контролем их знаний.

Ход игры: по кругу пускается лист с заданием. Каждый студент записывает в него один из правильных по его мнению вариантов ответа и передает следующему участнику, который должен продолжить ответ своим вариантом. Во время обсуждения неправильные ответы зачеркиваются, что учитывается при выставлении окончательной оценки в конце занятия.

Например,

1. Перечислите особенности клинической картины и лабораторной диагностики геморрагического васкулита?

Ответ:

- в основе заболевания-микротробомакулит
- формы: кожно-суставная, абдоминальная и почечная
- папулярно-геморрагическая сыпь на коже конечностей, туловища, после выздоровления сохраняется гиперпигментация кожи
- боли в крупных суставах
- боль в животе, желудочные и кишечные кровотечения

- при поражении почек – в моче эритроциты, белок, цилиндры
- ВСК, ПТИ в пределах нормы
- повышение фактора Виллебранда, спонтанной агрегации тромбоцитов

№	Оценка	отлично	хорошо	удовл	неуд	плохо
	Усвоение в %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% и ниже
1	Теоретическая часть	20-17,2 балл	17-14,2 балл	14-11 балл	10,8-7,4 балл	7,2 балл

4.2. Аналитическая часть

4.2.1. Ситуационные задачи:

Ситуационные задачи:

1. У мужчины после пребывания на солнце появился параорбитальный отёк, эритема на лице, повышение температуры до 39С, артралгия, боли в мышцах, слабость.

1. Ваш предварительный диагноз;
2. Дополнительные методы исследования для подтверждения диагноза. Укажите метод исследования, имеющий решающее значение;
3. Какие клинические варианты данного заболевания вы знаете;
4. Тактика ВОП и принципы лечения;

Ответ:

1. Дерматомиозит
2. ОАК, ОАМ, КФК, АЛТ, АСТ, альдолаза, электромиография, ЭКГ, креатин, биопсия. Биопсия
3. поражение кожи, поражение мышц, висцериты
4. Госпитализация в отделение ревматологии, ГКС, цитостатики, аминохинолиновые препараты, ЛФК

2. Женщина 26 лет, проживает в сельской местности. Болеет около 6 месяцев. Жалуется на боли в мышцах плеча, шейной области, онемение конечностей, похудание, слабость. Начало болезни связано с переохлаждением.

Об: пониженного питания. Кожные покровы чистые, параорбитальный отёк. При пальпации мышц плеча вокруг шеи болезненны и плотные на ощупь, движения в правом плечевом суставе ограничены. Сердце и лёгкие – патологии нет. В крови Нв 110,0 г/л, лейкоц 10,0.10⁹/л, эозинофилия (до 60%), СОЭ –34 мм/час.

1. Ваш предварительный диагноз;
2. Метод исследования, подтверждающий диагноз;
3. Повышение каких 4-х б/х ферментов (укажите норму) характерно для данного заболевания;
4. Тактика ВОП;

3. 25 летний юноша заболел остро с повышением температуры тела до 39 С, сильных болей в мышцах, мышечной слабости в проксимальных отделах верхних конечностей, артралгии, невозможность самостоятельно сесть, встать. При осмотре папулезные, петехиальные высыпания местами с изъязвлениями, телеангиоэктазии, очаги пигментации и депигментации. Яркая эритема на лице, шее, над суставами, на наружной поверхности предплечья и плеча с синюшным оттенком и зудом. Отмечается сухость кожи, продольная исчерченность и ломкость

ногтей, выпадение волос. Поражённые мышцы плотны, болезненны при пальпации. Больной почти полностью обездвижен, однако движение в кистях и стопах сохранены. Наблюдается в течение недели дисфагия, поперхивание, охриплость голоса. Моча: миоглобинурия, креатинурия. Кровь: КФК – 4,3 мккат/л, АСТ – 1,2 мм/л, Алт – 2,3 мм/л, Фибриноген – 7г/л, С-реактивный белок +++++, L2-глобулины – 15%, L-глобулины – 22 %.

1. Какие заболевания протекают с выраженным кожным синдромом (назовите не менее 3-х);
2. Ваш предварительный диагноз;
3. Чем проявляется поражение сердца при данной патологии;
4. Как ВОП должен предупредить обострения этого заболевания (укажите не менее 4 профилактических мер);

4. Мужчина 37 лет после резкого снятия нагруженного чемодана с полки отметил резкую боль в плечевом поясе, невозможность движения правой руки. При надавливании в мышцах плечевого пояса отмечается резкая болезненность. Из анамнеза в течении недавнего времени отмечает боль в руке больше в ночное время, отмечает слабость мышц кисти, кисть бледная, цианотичная. Со стороны других органов патологии не обнаружено.

1. Назовите не менее 3-х заболеваний протекающих с данными жалобами и симптомами;
2. Ваш предварительный диагноз;
3. Тактика ВОП;

5. Больной 35 лет отмечает резкое похудание, общую слабость, поперхивание, боли в мышцах шеи, плеча, тазового пояса, бедер, причём с обеих сторон симметрично, трудно одевается, умывается, поднимается с места. Такое состояние беспокоит в течение 4 месяцев. Боли тянущего, дёргающего характера. Миалгии усиливаются по утрам, по ночам. Движения в шейном, плечевом, тазобедренном суставах ограничены, пальпация безболезненна. Кровь: Нв – 98 г/л; эр 3,8.10 12/л; L-4,6.10 9/л; СОЭ – 53 мм/ч; L2-глобулины – 16%; фибриноген 8 г/л; ревматоидный фактор отрицателен. Рентгенограмма суставов - деструктивные изменения костно-хрящевой ткани отсутствуют.

1. Перечислите не менее 3-х заболеваний, для которых характерны данные жалобы и симптомы;
2. Поставьте предварительный диагноз;
3. Наиболее информативный методы исследования, для подтверждения диагноза;
4. Перечислите характерные поражения ЖКТ для данной патологии;

6. Больная 49 лет жалуется на боли в мышцах особенно при движении, повышенную утомляемость, прогрессирующую мышечную слабость, затруднение при подъёме по ступенькам, одевании, причёсывании, поперхивание при глотании. Из анамнеза в течение нескольких лет отмечала нерезкие миалгии и артралгии, усиливающихся после физической нагрузки, инсоляции. При осмотре пониженного питания, пальпаторно в области плечевого пояса, шеи, спины, проксимальных отделов верхних и нижних конечностей отмечается болезненность в мышцах. Анализ крови: нв 91 г/л; эр-3,1.10x12/л; L-10,2x10 9/л; эозиноф-9.10 9/л; СОЭ-32 мм/час; L2-глобулины – 17%; АСТ – 3,2 мм/л; L- глобулин – 30%; Алт – 2,8 мм/л

1. Перечислите не менее 3-х заболеваний, для которых характерны данные жалобы и симптомы;
2. Ваш предварительный диагноз;
3. Назначьте наиболее информативный метод исследования;
4. Какие группы мышц преимущественно поражаются при данном заболевании;

7. Мужчина, 23 года, страдает аллергическим ринитом в течение нескольких лет. При очередном обострении внезапно появились высыпания на коже, повысилась температура тела, боли в суставах с припуханием, боли в животе.

Объективно: на коже разгибательной поверхности локтевых суставов мелкоточечные эритематозные высыпания, сопровождающиеся зудом. В области лучезапястного сустава справа, голеностопного сустава слева имеется припухлость. Живот мягкий, болезненность в эпигастральной и околопупочной областях. Анализ крови: Нв 110г/л; лейкоц. – $11,0 \times 10^9$ /л; эозинофилия, СОЭ – 30 мм/час.

1. Назовите не менее 3-х заболеваний, протекающих с указанными жалобами;
2. Ваш предварительный диагноз;
3. Укажите три, провоцирующих фактора заболевания;
4. Тактика ВОП;

8. Мужчина 30 лет, после вакцинации появилась сжимающая боль в грудной клетке, коликообразные боли в области живота, боли в области икроножных мышц и суставов, сухой кашель, изменение цвета мочи, начала беспокоить одышка. Из анамнеза в последние несколько месяцев похудел на 11 кг, повышалось АД, неоднократно обращался в поликлинику. Прием нитратов, анальгетиков, антибиотиков эффекта не оказывал. Объективно: состояние средней - тяжести, кожные покровы бледные. По передней поверхности кожи предплечья при пальпации обнаружены мелкие рубцы. В легких жесткое дыхание, единичные сухие хрипы. Сосуды – тоны умеренно приглушены, тахикардия, диастолический шум в точке Боткина-Эрба. Симптом «поколачивания» положителен с обеих сторон.

В ОАК признаки анемии и эозинофилии. В анализе мочи: белок 1,5 ‰, цилиндры 3-4/1, эритроциты 30-33/1, лейкоц. – единичные. Снижение клубочковой фильтрации до 55 мл/мин.

1. Ваш предварительный диагноз;
2. Какие неврологические нарушения наиболее часто встречаются при данном заболевании (не менее 5 -ти);
3. Назначьте методы исследования, подтверждающие диагноз;
4. Согласно принципам доказательной медицины определите патогенетическую терапию;

9. У мужчины 56 лет, после 2 часового пребывания на солнце спустя 2-3 дня появились параорбитальный отек лилового цвета, эритема на лице, температура 39 С, боли в мышцах, мышечная слабость. Обратился к ВОП.

1. При каких заболеваниях встречаются вышеуказанные симптомы;
2. Предварительный диагноз;
3. Информативные методы обследования;
4. Какой метод исследования считается самым достоверным для верификации этого диагноза, а также какие мышечные ферменты будут высокими при этой патологии;
5. Тактика ВОП;

10. Больной 27 лет, страдает повышением артериального давления с 16 лет. Гипертония была диагностирована случайно при профилактическом осмотре. Периодически повышается температура до субфебрильных цифр, беспокоят боли, онемение, похолодание нижней конечности и левой руки. Объективно: правильного телосложения. Отеков нет, пульс на левой лучевой артерии не прощупывается, АД справа 230/120 мм рт.ст. Сердце-клинические и электрокардиографические признаки гипертрофии левого желудочка. Систолический шум над пупком слева. В анализе крови: Нв-86 г/л; лейкоц.- $6,3 \times 10^9$ /л, СОЭ – 20 мм/ч. ДФА-0,240 ед.

Формоловая проба слабо положительная. ОАМ: уд. вес -1025, белок 0,066‰, лейкоциты 2-4/1, эритроциты не измененные 1-2/1.

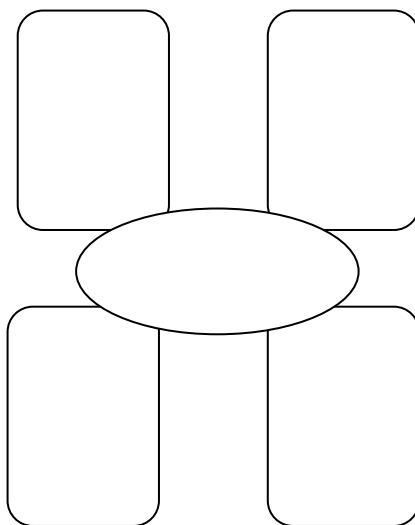
Решение задачи согласно 20-этапного принципа решение проблемы пациента (смотри методическую рекомендацию)

Ответ:

1. Неспецифический аортоартериит, I тип, хроническое течение
2. ОАК, ОАМ, ангиография, ЭКГ, острофазовые показатели
3. Антагонисты кальция (амлодипин, коринфар)
4. Госпитализация, ГКС, азатиоприн, НПВС, антиагреганты, антагонисты кальция, ангиопротекторы

№	Оценка	отлично	хорошо	удовл	неуд	плохо
	Усвоение в %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% и ниже
3	Тест	15-12,9 балл	12,7-10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5 балл	5,4 балл

Графический органайзер: Ромашка



4.3. Практическая часть

Перечень навыков, которым ВОП должен владеть после завершения занятий по данной тематике

Перечень навыков, которым ВОП должен владеть после завершения занятий по данной тематике

1. Провести осмотр больных с системными васкулитами.

2. Интерпретация анализов, данных лабораторно-инструментальных исследований (клинические и биохимические анализы, ревматические пробы, РФ, АЛТ, АСТ, КФК, электромиография, биопсия, агрегационная активность тромбоцитов, ВСК, ПТИ, исследование внутрисуставной жидкости, рентгенологические данные исследования суставов и позвоночника) больных с заболеваниями сопровождающимися суставным синдромом (дерматомиозит, геморрагический васкулит).
3. Выписывание лекарственных препаратов в зависимости от этиологии заболеваний, сопровождающихся суставным синдромом.

№	Оценка	отлично	хорошо	удовл	неуд	плохо
	Усвоение в %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% и ниже
4	Практическая часть	15-12,9 балл	12,75-10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5-балл	5,4 балл

5. Формы контроля знаний, навыков и умений

- устный
- решение ситуационных задач
- демонстрация практических навыков
- СРС

5.1. Критерии оценок знаний и умение практических навыков студентов.

№	Оценка	отлично	хорошо	удовл	неуд	плохо
	Усвоение в %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% и ниже
1	Теоретическая часть	20-17,2 балл	17-14,2 балл	14-11 балл	10,8-7,4 балл	7,2 балл
2	Ситуационные задачи	50-43 балл	42,5- 35,5 балл	35- 27,5 балл	27-18,5 балл	18 балл
3	Тест	15-12,9 балл	12,7-10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5 балл	5,4 балл
4	Практическая часть	15-12,9 балл	12,75-10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5-балл	5,4 балл

6. Критерии оценки текущего контроля

Уровни оценок	Рейтинг Баллы	Характеристика работы студента
	20	Балл присутствия на практическом занятии. Полное отсутствие уровня знаний и не умение выполнить практический навык – студент абсолютно не готов к практическому занятию.

<p style="text-align: center;">Не удовлетвор ительно</p>	<p style="text-align: center;">20 - 54,9</p>	<p>Студент отвечает неудовлетворительно. Студенты не владеет базовыми уровнями знаний и навыков, хотя бы одного из нижеперечисленных:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Не может перечислить заболевания, сопровождающиеся поражением сосудов крупного, среднего и мелкого калибра. • Не может дать определение заболеваниям геморрагического васкулита, неспецифического аортоартериита и узелкового периартериита • Не может перечислить основные методы диагностики геморрагического васкулита, неспецифического аортоартериита и узелкового периартериита • Не знает основные клинические проявления геморрагического васкулита, неспецифического аортоартериита и узелкового периартериита • Не знает основные диагностические критерии геморрагического васкулита, неспецифического аортоартериита и узелкового периартериита • Не знает группы препаратов для лечения геморрагического васкулита, неспецифического аортоартериита и узелкового периартериита • Не может собрать рациональный анамнез во время курации больных геморрагическим васкулитом, узелковым периартериитом • Во время курации не способен объективно оценить состояние больных с геморрагическим васкулитом, неспецифическим аортоартериитом и узелковым периартериитом • Не способен рационально составлять план обследования больным с геморрагическим васкулитом, неспецифическим аортоартериитом и узелковым периартериитом • Не способен провести дифференциальную диагностику больных с геморрагическим васкулитом, неспецифическим аортоартериитом и узелковым периартериитом
Обеспечение базового уровня знаний и навыков		
<p style="text-align: center;">Удовлетвор ительно</p> <p style="text-align: center;">55-70,9%</p>	<p style="text-align: center;">55-60,9</p>	<p>Удовлетворительный ответ низкого качества. Студент старается владеть базовыми уровнями знаний и навыков (см.ниже), но при ответе или выполнении навыков допускает серьезные ошибки.</p>
	<p style="text-align: center;">61-65,9</p>	<p>Удовлетворительный ответ средней степени. Студент владеет базовыми уровнями знаний и навыков (см.ниже), но при ответе или выполнении навыков допускает ошибки (возможны отдельные погрешности)</p>
	<p style="text-align: center;">66-70,9</p>	<p>Удовлетворительный ответ высокого качества.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков:

		<ul style="list-style-type: none"> • Может перечислить заболевания, сопровождающиеся поражением сосудов крупного, среднего и мелкого калибра. • Может дать определение заболеваниям геморрагического васкулита, неспецифического аortoартериита и узелкового периартериита • Может перечислить основные методы диагностики геморрагического васкулита, неспецифического аortoартериита и узелкового периартериита • Знает основные клинические проявления геморрагического васкулита, неспецифического аortoартериита и узелкового периартериита • Знает основные диагностические критерии геморрагического васкулита, неспецифического аortoартериита и узелкового периартериита • Знает группы препаратов для лечения геморрагического васкулита, неспецифического аortoартериита и узелкового периартериита • Может собрать рациональный анамнез во время курации больных геморрагическим васкулитом, узелковым периартериитом • Во время курации способен объективно оценить состояние больных с геморрагическим васкулитом, неспецифическим аortoартериитом и узелковым периартериитом • Способен рационально составлять план обследования больным с геморрагическим васкулитом, неспецифическим аortoартериитом и узелковым периартериитом • Способен провести дифференциальную диагностику больных с геморрагическим васкулитом, неспецифическим аortoартериитом и узелковым периартериитом.
Продвинутый уровень знаний		
<p>Хорошо</p> <p>71-85,9%</p>	<p>71-75,9</p>	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (указанные в пункте «66-70,9») + владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Знает основные моменты патогенеза геморрагического васкулита, неспецифического аortoартериита и узелкового периартериита. • Знает механизм действия лекарственных препаратов, применяющихся для лечения геморрагического васкулита, неспецифического аortoартериита и узелкового периартериита. Умеет рационально подобрать лекарственные препараты больному в зависимости от причины поражения сосудов.

	76-80	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «71-75,9», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Глубоко знает патогенез развития геморрагического васкулита, неспецифического аортоартериита и узелкового периартериита. • Знает принципы вторичной и третичной профилактики геморрагического васкулита, неспецифического аортоартериита и узелкового периартериита
	81-85,9	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «71-75,9» и «76-80», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Может рассказать основные принципы ведения, наблюдения и мониторинга больных с геморрагическим васкулитом, неспецифическим аортоартериитом и узелковым периартериитом в условиях СВП или СП. • Умеет провести консультацию по вопросам немедикаментозных и медикаментозных советов с использованием навыков МЛО. • Знает принципы диспансеризации и реабилитации больных с геморрагическим васкулитом, неспецифическим аортоартериитом и узелковым периартериитом в условиях СВП или СП
Отлично 86-100%	86-90	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «81-85,9», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Знает принципы лечения геморрагического васкулита, неспецифического аортоартериита и узелкового периартериита • Знает побочные действия и противопоказания препаратов, применяющихся при выше перечисленных заболеваниях • Умеет предоставлять достоверную информацию о васкулитах и периартериитах на основании интернет данных
	91-95	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «86-90», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Глубоко знает этиологию, патогенез возникновения геморрагического васкулита, неспецифического аортоартериита и узелкового периартериита. • Может подробно описать каждый из диагностических критериев геморрагического васкулита, неспецифического аортоартериита и

		<p>узелкового периартериит</p> <ul style="list-style-type: none"> • Может подробно рассказать необходимый минимум обследования больных васкулитами и периартериитами.
	96-100	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «91-95», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Предоставил научные данные на основе дополнительной литературы (статьи и интернет) • Знает показания и противопоказания, режим дозирования ГКС, цитостатиков, сосудистых препаратов. • Может на английском языке спросить жалобы, собрать анамнез и коротко рассказать о заболевании больному • Умеет преподнести тему аудитории с использованием педагогических навыков(интерактивных методов)

Примечание: Базовый уровень знаний и навыков – это минимум знаний, который обеспечивает принцип «безопасности» для пациента.

7. Контрольные вопросы.

1. Дифференциальная диагностика СВ.
2. Тактика ВОП при СВ.
3. Показания к госпитализации.
4. Профилактика СВ.
5. Определение трудоспособности при СВ.

8. ЛИТЕРАТУРА:

Основные

1. Ички касалликлар, Шарапов У.Ф. Т: Ибн Сино, 2003
2. Ички касалликлар, Бобожанов С. Т: Янги аср авлод, 2008
3. Внутренние болезни, том 1 Мухин Н.А. М.: ГЭОТАР - Медиа, 2009
4. Textbook of Internal Medicine Editor-in-Chief William N. Kelley 1997

Дополнительные

1. Умумий амалиёт врачлар учун маърузалар туплами , Гадаев А.Г., Т., 2012
2. Общая врачебная практика, Под ред.Ф.Г.Назирова, А.Г.Гадаева. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
3. Справочник врача общей практики. Дж.Мёрта. М.: Практика, 1998.
4. Сборник практических навыков для врачей общей практики. Гадаев А., Ахмедов Х.С. Т., 2010.
5. Умумий амалиёт врачлар учун амалий куникмалар туплами Гадаев А.Г., Ахмедов Х.С., 2010. Т.
6. Умумий амалиёт шифокори учун кулланма Ф.Г.Назирова, А.Г.Гадаев тахр. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.
7. Диагностика болезней внутренних органов. Огороков А.Н. 2005.

8. Дифференциальный диагноз внутренних болезней. Виноградов А.В. М.: Медицинское информационное агенство, 2009.
9. Внутренние болезни: учебник.- в 2-х т. (2 т.) Под ред. Мартынова и др. М.: ГЭОТАР - Медиа, 2005:

Интернет ресурсы:

- <http://www.lib.uiowa.edu/hardin/md/index.html>, <http://dir.rusmedserv.c>, <http://www.medlinks.ru/>, <http://www.kosmix.com/>, <http://www.medpoisk.ru/>, <http://www.tripdatabase.com/>, <http://www.klinrek.ru/cgi-bin/mbook>, <http://www.intute.ac.uk/medicine/>
- <http://elibrary.ru> <http://www.freebooks4doctors.com/> <http://www.medscape.com/> <http://www.mededucation.net/> <http://www.thecochranelibrary.com>
- Интернет медицина сайтлари:
- Med.-site.narod.ru
- www.medtext.ru
- www.medkniga.ru

Практическое занятие № 38

Тема: Диффузное заболевание соединительной ткани. Дифференциальная дагностика системной красной волчанки, системной склеродермии, дерматомиозита и ревматической поли-миалгии. Системные васкулиты. (неспцифический аорто-артериит, узелковый периартериит). Дифференциальная дагностика. Тактика ВОП.

Технология обучения

Учебное время: 6 час	
Структура учебного занятия	<ol style="list-style-type: none"> 2. Учебный тематический кабинет. 3. Больничные палаты в ревматологическом отделении 4. Учебные пособия, фантомы, муляжи, раздаточный материал, сборник ситуационных задач и тестов 5. Телевизор, видео аппаратура, мультимедиа
Цель учебного занятия: Научить ВОП вопросам дифференциальной диагностики, а также принципам ведения больных в условиях первичного звена здравоохранения, предусмотренных требованиями «Квалификационной характеристики врача общей практики»	
Педагогические задачи: <ol style="list-style-type: none"> 1. Научить ВОП дифференциальной диагностике диффузных болезней соединительной ткани; особенностям клинического течения в зависимости от этиологии. 2. Обсудить вопросы тактики ведения в рамках квалификационной характеристики ВОП 3. Обсудить принципы лечения (немедикаментозные и медикаментозные). 4. Обсудить принципы ведения, наблюдения и мониторинга больных в условиях СВП или СП. 5. Обсудить принципы первичной, 	Результаты учебной деятельности: <u>ВОП должен знать:</u> <ol style="list-style-type: none"> 1. Диагностику и дифференциальную диагностику диффузных болезней соединительной ткани: СКВ, ССД 2. Показания к госпитализации больного с ДБСТ. 3. Тактику ВОП. 4. Принципы лечения (медикаментозное и немедикаментозное) при данных заболеваниях. 5. Принципы диспансерного наблюдения и мониторинга больных в условиях СВП или СП. 6. Принципы первичной, вторичной и третичной профилактики при данных заболеваниях. <u>ВОП должен уметь:</u> <ol style="list-style-type: none"> 1. Анализировать данные жалоб и анамнеза для

вторичной и третичной профилактики при данных заболеваниях.	<p>диагностики ДБСТ.</p> <p>2. Диагностировать и дифференцировать по клинике и лабораторно-инструментальным данным СКВ, ССД.</p> <p>3. Выбрать тактику ведения больного с ДБСТ.</p> <p>4. Определить показания к госпитализации больного с ДБСТ.</p> <p>5. Проводить профилактику ДБСТ.</p> <p>6. Определять трудоспособность больного с ДБСТ.</p>
Методы обучения	метод «тур по галерее». демонстрация, видеопросмотр, дискуссия, беседа, решение тестов и ситуационных задач
Формы организации учебной деятельности	Индивидуальная работа, работа в группах, коллективная, аудиторная, внеаудиторная.
Средства обучения	Раздаточные учебные материалы визуальные материалы, видеофильмы, муляжи, графические органайзеры, мазки мокроты, истории болезни, таблицы, стенды, комплекты рентгенограмм.
Способы и средства обратной связи	Блиц-опрос, тестирование, презентация результатов выполнения учебного задания, заполнение истории болезни, выполнение практического навыка «профессиональный расспрос»

Технологическая карта занятия

Тема: Диффузное заболевание соединительной ткани. Дифференциальная диагностика системной красной волчанки, системной склеродермии, дерматомиозита и ревматической поли-миалгии. Системные васкулиты. (неспецифический аорто-артериит, узелковый периартериит). Дифференциальная диагностика. Тактика ВОП.

№	Этапы практического занятия	Форма занятия	Длит-ть занятия 225
		Место проведения	
1	Вводная часть (обоснование темы)		10
2	Обсуждение темы практического занятия с применением новых педагогических технологий (метод «тур по галерее»), а также демонстрационного материала (истории болезни, таблицы, плакаты, рентгенограммы), определение исходного уровня.	Опрос, обсуждение	40
		Учебная комната, палаты	
3	Вывод обсуждения		10
4	Определение задания для выполнения практической части - профессиональный расспрос. Объяснение положений и рекомендаций для выполнения задания по заполнению истории болезни.	Обсуждение	20

5	Освоение практической части занятия под руководством преподавателя.	Проф. расспрос. Беседа с больными и заполнение мед карт, ситуационные задачи. Осмотр тематических больных	20
6	Интерпретация данных обследования больных-жалобы, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация больных, а также исследования ОАМ, ОАК, общий анализ кала, бак посев кала, кал на скрытую кровь, рентгенография суставов и биохимические анализы и постановка диагноза	Истории болезни, лабораторные данные ситуационные задачи	25
7	Обсуждение теоретических, практических знаний студентов, закрепление материала, определение уровня усвоения оценкой знаний.	Устный опрос, тесты, обсуждение, определение практических навыков Учебная комната	75
8	Определение вывода по теме практического занятия, оценка по 100 бальной системе и объявление оценок. Домашнее задание следующего практического занятия (сборник вопросов).	Информация, вопросы для самостоятельной работы. Учебная комната	25

2. Мотивация

Больные с диффузными заболеваниями соединительной ткани зачастую встречаются в практике врача первого контакта. В этой ситуации усилие врача общей практики (ВОП) направляется на диагностику диффузных болезней соединительной ткани для оказания медицинской помощи больным, подлежащим лечению в условиях СВП или СП, или направлению в специализированные стационары. Эти обстоятельства являются основанием для включения данной тематики в программу подготовки ВОП.

3. Межпредметные и внутрипредметные связи

Т.к. суставной синдром наблюдается при заболеваниях почек, эндокринных желез, сердца и сосудов, нервной системы, ВОП приходится сталкиваться по работе с кардиологами, невропатологами, эндокринологами, нефрологами, ревматологами. Полученные в ходе занятия знания будут использованы при прохождении ВОП – внутренних болезней и других клинических дисциплин.

4. Содержание занятия

4.1. Теоретическая часть

На практическом занятии в теоретической его части последовательно рассматриваются следующие вопросы: Дифференциальный диагноз при диффузных болезнях соединительной ткани (СКВ, ССД). Тактика ВОП в плане стационарного лечения больных с ДБСТ, а также ведение их.

На врача общей практики ложится большая ответственность при первичном обращении больных с ДБСТ в плане ранней их диагностики, т.к. от своевременно начатой патогенетической терапии зависит дальнейшее течение, возникновение различных осложнений и жизненный прогноз пациентов с этой тяжелой патологией. Поражение суставов может наблюдаться и при

СКВ. Суставной синдром при этом может протекать по типу полиартралгии или ревматоидноподобного артрита.

Суставной синдром при ССД протекает по типу полиартралгии или полиартрита. Поражение суставов сочетается с синдромом Рейно, характерным поражением кожи, пищевода и других внутренних органов. Артриты при ДМ встречаются редко. Чаще отмечаются неинтенсивные полиартралгии. В клинической картине доминирует кожно-мышечный синдром.

Диагноз СКВ складывается из комплекса клинических и лабораторных данных. При типичной СКВ с поражением кожи, наличием LE-клеток или антител к нативной ДНК, высоких титров антинуклеарного фактора диагноз не представляет проблем. Однако, нередко встречаются случаи необычного начала болезни с отсутствием кожных проявлений характерных лабораторных данных, моносимптомным течением, когда диагноз устанавливают через месяцы и даже годы. Американская ревматологическая ассоциация создала 11 критериев: 1. Эритема в зоне бабочки - 57%. 2. Дискоидные очаги волчанки -18%. 3. Фотосенсибилизация - 43%. 4. Язва в полости рта или носа -27%. 5. Неэрозивный артрит -87%. 6. Плеврит - 52% или перикардит - 18%. 7. Персистирующая протеинурия - 52% или цилиндры в моче - 36%. 8. Судороги или психозы - 12- 13%. 9. Гемолитическая анемия или лейкопения, или тромбоцитопения - 18%, - 46%, - 21% соответственно. 10. LE-клетки - 73% или ДНК-антитела - 67%, Sm антитела - 31%. Ложноположительный тест на сифилис - 15%. 11. Атинуклеарные антитела - 99%.

В ранней стадии болезни дифференциальный диагноз проводят с ревматоидным артритом, дерматомиозитом, системной склеродермией, изолированным синдромом Рейно. В постановке диагноза большое значение имеет молодой возраст и женский пол. Иногда дифференциальный диагноз проводится с гемолитической анемией, тромбоцитопенической пурпурой, болезнью Шенлейн-Геноха, системным васкулитом, лимфомой, лейкозом. В ряде случаев необходим дифференциальный диагноз с бактериальным эндокардитом, туберкулезом, саркоидозом, сывороточной болезнью, артритом, лаймборрелиозом и СПИДом. При моносиндромном начале болезни диагноз СКВ ставят путем дифференциации с близкими ревматическими заболеваниями. В отличие от острого ревматического мигрирующего асимметричного полиартрита крупных суставов, при СКВ поражаются преимущественно мелкие суставы кистей, лучезапястные, редко крупные. Характерны преходящие сгибательные контрактуры в связи с одновременным поражением мышц и сухожильно-связочного аппарата.

Для исключения ревматизма могут быть использованы критерии Киселя-Джонса и выявление антистрептококковых антител. Гораздо сложнее дифференциальный диагноз с ревматоидным артритом (РА), развивающимся у подростков и молодых женщин, поскольку в подростковом возрасте эти заболевания в ранней стадии имеют много общих признаков. Так при РА у подростков нередко экстраартикулярные проявления (серозиты, кардит). Не всегда помогают поставить диагноз лабораторные данные, в этих случаях необходимо учитывать большую стойкость суставного синдрома при РА, а при системном его течении быстрое развитие эрозивно-деструктивных изменений в мелких суставах, менее выраженную системность (чаще наблюдаются изолированные серозиты). Титр ревматоидного фактора более высокий при РА и различных АНА при СКВ, чем при РА. Весьма труден диагноз при так называемом синдроме Стилла, начавшемся у взрослых. Последний отличается от СКВ стойкой интермиттирующей лихорадкой, наличием розеолезной макулоподобной сыпи, спленомегалией, вовлечением в процесс шейного отдела позвоночника. При эрозивно-деструктивном процессе в суставах, с лимфоцитозом, нестойкими и невысокими титрами АНА, при развитии СКВ с люпус-нефритом важно использовать весь комплекс клинико-лабораторных показателей, уточнить, был ли преходящий артрит или артралгии, трофические нарушения, но наибольшее значение имеют выявление LE-клеток, АНА, а также электронно-микроскопическое и иммунофлюоресцентное исследование биоптата кожи. Тот же подход полезен при аутоиммунных цитопениях

Особенно труден дифференциальный диагноз СКВ от полимиозита, системной склеродермии, смешанных соединительнотканых заболеваний, поскольку между этими

болезнями и СКВ имеется и клиническое, и серологическое сходство. Для постановки диагноза используют диагностические критерии СКВ, предложенные АРА (1982г.). При наличии четырех признаков и более диагноз СКВ достоверен.

Смешанное соединительнотканное заболевание (синдром Шарпа) характеризуется сочетанием отдельных признаков системной склеродермии, полимиозита и системной красной волчанки.

Лечебная программа при СКВ: режим, диета, гормональные иммунодепрессанты, негормональные иммунодепрессанты, иммунотерапия, интенсивная терапия, аминокислотные соединения, НПВС, антикоагулянты и антиагреганты, эфферентная терапия, лечение люпус-нефрита.

Системная склеродермия (ССД) - прогрессирующее полисиндромное заболевание с характерными изменениями кожи, опорно-двигательного аппарата, внутренних органов (легкие, сердце, пищеварительный тракт, почки) и распространенными вазоспастическими нарушениями по типу синдрома Рейно, в основе которых лежат замещение соединительной ткани с преобладанием фиброза и сосудистая патология в форме облитерирующего эндоартериита.

Диагностические признаки системной склеродермии

Основные периферические: склеродермическое поражение кожи, синдром Рейно, суставно-мышечный синдром (с контрактурами), остеолитиз концевых фаланг, кальциноз. Висцеральные: базальный пневмофиброз, крупноочаговый кардиосклероз, склеродермическое поражение пищеварительного тракта, острая склеродермическая нефропатия. Лабораторные данные: антинуклеарные антитела (анти - СКЛ-70 и антицентромерные антитела).

Существенную помощь в диагностике и дифференциальной диагностике ССД оказывают морфологические исследования биоптатов различных органов и тканей, однако, диагностировать заболевание на основании лишь биопсии не представляется возможным.

СЗСТ, при которых наблюдаются отдельные проявления ССД, наряду с признаками других заболеваний этой группы, следует иметь в виду возможность псевдосклеродермических изменений у больных с ДМ, СКВ, РА, болезнью Шегрена.

Лечебная программа при ССД:

1. Лечение антифиброзными средствами.
2. НПВС.
3. Иммунодепрессантные средства.
4. Гипотензивные и улучшающие микроциркуляцию средства.
5. Локальная терапия и массаж, ЛФК.
6. Эфферентная терапия.
7. Симптоматическое лечение при поражении органов пищеварения.
8. Санаторно-курортное лечение.

Применение антифиброзных средств (D-пенициллина, колхицина, диуцифона, ферментативных препаратов, диметилсульфоксида) является базисной терапией. Тактика ВОП при ДБСТ: при впервые диагностируемой ДБСТ показана госпитализация для подтверждения диагноза и выбора методов лечения, в дальнейшем диспансеризация и амбулаторное лечение.

Примерное содержание ролевой игры:

Больная 34 года, замужем имеет 1 ребенка, год назад сделала аборт, после чего у нее поднялась температура тела с ознобом. Лечилась у гинеколога по поводу эндометрита, через месяц появились боли в суставах, мышцах, онемение похолодание конечностей. Лечилась у участкового врача, чем не помнит. В настоящее время жалуется на боли в коленных и мелких суставах рук, онемение конечностей, затруднение глотания твердой пищи, общую слабость, повышение температуры тела по вечерам до 37,1 С.

Проблема больного в настоящее время:

Появилась канцерофобия (считает, что у нее рак пищевода, т.к. отец умер от рака желудка).

Поведение больной на приеме: Больная встревожена, плачет, просит направить ее в онкологический диспансер.

Осмотр: Состояние удовлетворительное, кожные покровы чистые, бледные, кисти рук холодные, кожа истончена, подмышечные лимфоузлы увеличены, безболезненны. Зев чистый. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс 80 в мин. АД 100/60 мм. рт. ст. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий б/б. Печень +1 см..

Обучающая точка зрения:

- 1) Наладить психологический контакт, успокоить больного.
- 2) Связать аборт с началом заболевания.
- 3) Обследовать на наличие CREST синдрома.
- 4) Направить в ревматологический стационар

С группой обсудить действия студента исполняющего роль "больного". Затем обсудить какие надо обследования сделать этому больному. Отвечать сначала должен студент, исполняющий роль "врача". Затем ответы дополняет вся группа. Педагогу необходимо обратить внимание на участие в разборе игры всех студентов группы и в конце оценить аналитические способности каждого студента.

Метод «Тур по галерее».

Цель: обучение студентов критической оценке информации и выявление полноты знаний по разделу суставной синдром.

Ход игры: Каждой малой группе предлагается одна проблема, которую они решают в течении 10 мин в письменном виде и затем обмениваются заданиями. Выявленные ошибки предыдущей группы и сделанные дополнения к ответам обсуждаются всеми участниками с принятием окончательного варианта ответов. Трём малым группам даётся по одному вопросу:

1. Перечислите диагностические критерии СКВ
2. Перечислите диагностические критерии ССД
3. Тактика ВОП и принципы терапии больных ССД и СКВ

Ответ:

- 1) 1.Эритема в зоне бабочки.
2. Дискоидные очаги волчанки
- 3.Фотосенсибилизация
4. Язва в полости рта или носа
- 5.Неэрозивный артрит
6. Плеврит или перикардит
- 7.Персистирующая протеинурия или цилиндры в моче
8. Судороги или психозы
- 9.Гемолитическая анемия или лейкопения, или тромбоцитопения
- 10.LE-клетки или ДНК-антитела Sm антитела

Ложноположительный тест на сифилис

1. Атинуклеарные антитела - 99%.
- 2) Основные периферические: склеродермическое поражение кожи, синдром Рейно, суставно-мышечный синдром (с контрактурами), остеолитиз концевых фаланг, кальциноз. Висцеральные: базальный пневмофиброз, крупноочаговый кардиосклероз, склеродермическое поражение пищеварительного тракта, острая склеродермическая нефропатия. Лабораторные данные: атинуклеарные антитела (анти - СКЛ-70 и антицентромерные антитела).
- 3) Лечебная программа при ССД:
 1. Лечение антифиброзными средствами.
 - 2.НПВС.
 - 3.Иммунодепрессантные средства.
 - 4.Гипотензивные и улучшающие микроциркуляцию средства.
 - 5.Локальная терапия и массаж, ЛФК.
 - 6.Эфферентная терапия.
 - 7.Симптоматическое лечение при поражении органов пищеварения.

8. Санаторно-курортное лечение.

Применение антифиброзных средств (D-пеницилламина, колхицина, диуцифона, ферментативных препаратов, диметилсульфоксида) является базисной терапией. Тактика ВОП при ДБСТ: при впервые диагностируемой ДБСТ показана госпитализация для подтверждения диагноза и выбора методов лечения, в дальнейшем диспансеризация и амбулаторное лечение.

Лечебная программа при СКВ: режим, диета, гормональные иммунодепрессанты, негормональные иммунодепрессанты, иммунотерапия, интенсивная терапия, аминокислотные соединения, НПВС, антикоагулянты и антиагреганты, эфферентная терапия, лечение люпус-нефрита.

№	Оценка	отлично	хорошо	удовл	неуд	плохо
	Усвоение в %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% и ниже
1	Теоретическая часть	20-17,2 балл	17-14,2 балл	14-11 балл	10,8-7,4 балл	7,2 балл

4.2. Аналитическая часть

4.2.1. Ситуационные задачи:

Задача № 1

Больная 25 лет после длительного пребывания на пляже заметила появление боли в суставах рук и ног, эритематозные высыпания на лице. Через неделю появилась одышка и боли в области сердца. Объективно: Общее состояние средней тяжести. Температура тела- 38 градусов. Эритема в виде « бабочки» на лице.

Пульс – 100 в минуту. На верхушке сердца выслушивается систолический шум.

В анализе крови: анемия лейкопения, СОЭ -40 мм/час, высокий титр антинуклеарных антител.

- 1.Дополнительные методы исследования
- 2.Ваш предварительный диагноз
- 3.С какими заболеваниями Вы будете дифференцировать?
4. План лечения

№	ОТВЕТЫ	Макс. балл	Полный ответ	Неполный ответ	Неудов. Ответ
1.	В общем анализе крови: анемия, лейкопения, ускоренная СОЭ, в общем анализе мочи: протеинурия, эритроцитурия, цилиндрурия	20	10-20	5-9	0-4
2.	Общий белок и белковые фракции, коагулограмма крови, острофазовые пробы, антинуклеарные антитела, антинуклеарный фактор, волчаночные клетки в крови, ЭКГ, рентгенография грудной клетки, УЗИ почек, биопсия кожи и почки.	30	20-30	5-19	0-4
3.	СКВ, острое течение (дерматит, кардит, полиартрит, люпус-нефрит)	30	20-30	5-19	0-4
4.	Кортикостероиды, цитостатики, антикоагулянты, антиагреганты	20	10-20	5-9	0-4

Задача № 2

Больная 35 лет жалуется на онемение и похолодание пальцев рук, боли в суставах рук и ног, нарушение глотания при приеме пищи, чувство стягивания рта, сухой кашель. Больна в течение 2–х лет. Заболевание началось с болей в суставах, онемения и похолодания рук. Год назад появились изменения кожи лица, нарушение глотания при приеме пищи.

Объективно: «маскообразное» лицо, симптом «кисета», плотный отек кожи пальцев рук и ног. Сердце-тоны приглушены. АД -150/100 мм рт.ст. Над легкими выслушивается везикулярное дыхание, ослабленное в задненижних отделах.

В общем анализе крови : анемия, ускоренное СОЭ, на рентгенограмме легких - картина базального пневмосклероза

- 1.Какие 2 исследования позволят уточнить диагноз?
- 2.Сформулируйте клинический диагноз
- 3.Какие препараты подавляют прогрессирование фиброза?

№	ОТВЕТЫ	Макс. балл	Полный ответ	Неполный ответ	Неудов. Ответ
1.	Определение «склеродермических» аутоантител , ЭФГДС	30	20-30	5-19	0-4
2.	Системная склеродермия, подострое течение.(дерматит.,эзофагит,синдром Рейно,пневмонит)	40	30-40	5-29	0-4
3.	Д-пеницилламин, колхицин	30	20-30	5-19	0-4

3. Больная 23 лет, срок беременности 6 недель, осмотрена врачом общей практики. Жалобы на одышку, перебои в области сердца. Данные жалобы появились во время беременности. Со слов больной в детстве были эпизоды суставных болей.

Объективно: цианоз губ. Пульс 110 ударов в минуту, ЧДД 24 в минуту. Верхушечный толчок разлитой, диастолическое дрожание («кошачье мурлыканье»). Аускультативно: на верхушке пресистолический шум, хлопающий I тон, щелчок открытия митрального клапана. В легких в нижних отделах выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы. Печень + 2 см, край закруглен. На ЭКГ уширенный, двугорбый зубец Р в отведении I, II, aVL и V₅₋₆. Отклонение электрической оси сердца вправо, QRS в V₁ М – образный.

- 1.Перечислите не менее четырех заболеваний при которых выслушиваются диастолические шумы на сердце и их наилучшее место выслушивания при этих заболеваниях;
2. Предварительный диагноз;
- 3.Информативные методы обследования;
4. Укажите конкретные предполагаемые изменения при ЭхоКГ у этой пациентки и показания к оперативному лечению согласно этих данных;
- 5.Тактика ВОП (принципы лечения и профилактики);

4. Женщина 42 лет, обратилась к врачу общей практики с жалобами на появление отеков на ногах, одышку при физической нагрузке, слабость. Ухудшение состояния почувствовала после перенесенной ангины. Состоит на учете у ревматолога по поводу ревматизма, регулярно получает бициллинотерапию. Объективно: кожные покровы бледные, цианоз губ, акроцианоз. АД 100/70 мм рт.ст., пульс 92 уд/мин. Границы сердца увеличены влево, вверх. Аускультация: I тон хлопающий, систолические и пресистолические шумы на верхушке, мерцательная аритмия. В легких – в нижних отделах застойные хрипы. Живот мягкий, печень +1,5 см, средней плотности, на ногах умеренные отеки. ЭКГ- гипертрофия правого и левого желудочков и левого предсердия. ОАК: Нв 110, эрит. 2,9 мил., лей. 7,2., СОЭ 28 мм/час.

1. Перечислите не менее трех приобретенных и один врожденный пороков сердца, при которых выслушиваются одновременно систолический и диастолические шумы на сердце и их наилучшее место выслушивания;
 2. Предварительный диагноз;
 3. Информативные методы обследования;
 4. Тактика ВОП;
-

5. Больная 45 лет осмотрена врачом общей практики. Отмечает утреннюю скованность до 12 часов дня, боли в мелких суставах кистей рук, повышение температуры тела 38,2 С, слабость. Объективно: пониженного питания, кожные покровы бледные, деформация лучезапястных, межфаланговых суставов пальцев рук, лимфаденопатия, гепатоспленомегалия. АД 100/60 мм.рт.ст. сердце – тоны приглушены, ритмичны. В легких – дыхание везикулярное. В крови: Нв- 90 г/л, лейкоц-3,5 x 10⁹/л, при подсчете формулы лейкоцитов отмечается лейкопения, СОЭ 40 мм/ч. ЭКГ- ритм синусовый, тахикардия.

1. Перечислите не менее пяти заболеваний при которых наблюдаются вышеуказанные жалобы и симптомы;
 2. Укажите для каждого из них характерные рентгенологические изменения в суставах;
 3. Предварительный диагноз;
 4. Информативные методы обследования;
 5. Тактика ВОП;
-

6. Больная К. 44 лет, обратилась к врачу общей практики с жалобами на боли, припухлость в лучезапястных, межфаланговых суставах кистей рук и стоп, голеностопных суставах, скованность по утрам продолжающуюся до обеда. Больна в течение года. Объективно: общее состояние средней тяжести. Температура субфебрильная. Лучезапястные, межфаланговые, голеностопные суставы деформированы за счет экссудативных явлений. Со стороны сердца и других органов изменений нет. СОЭ 50 мм/час. ДФА – 0,260.

1. Перечислите не менее пяти заболеваний при которых наблюдаются вышеуказанные жалобы и симптомы;
 2. Предварительный диагноз;
 3. Информативные методы обследования;
 4. Приведите семь диагностических критериев этого заболевания согласно Американской Ассоциации ревматологов;
 5. Тактика ВОП;
-

7. Больная Ш. 32 лет, обратилась к врачу общей практики с жалобами на постоянные боли в суставах рук, ног в покое и при движении. Считает себя больной в течение 5 лет. Связывает заболевание с частыми ангинами. Лечилась стационарно и санаторно с периодическим улучшением. При осмотре отчетливо определяется атрофия мышц предплечий, голеней и бедер. Выраженная дефигурация и деформация суставов кистей, лучезапястных, локтевых, коленных и голеностопных суставов за счет пролиферативных изменений. ОАК: Нв- 80 г/л; лейкоциты- 5,5x10⁹/л; СОЭ 30 мм/час. Ревматоидный фактор положительный.

1. Перечислите не менее пяти заболеваний при которых наблюдаются вышеуказанные жалобы и симптомы;
2. Предварительный диагноз;
3. Информативные методы обследования;

4. Укажите подробно рентгенологические стадии этого заболевания;

8. Больная 48 лет, обратилась к врачу общей практики с жалобами на интенсивные боли и припухлость в лучезапястных, пястнофаланговых суставах, усиливающиеся ночью и утренние часы, утреннюю скованность до 12 часов, повышение температуры до 38 С, ощущение тяжести в правой половине грудной клетки при дыхании. Объективно: отмечаются симметричное поражение суставов кистей, отклонение кистей в локтевую сторону, в области локтевых суставов обнаружены узелки, плотные на ощупь, размерами 0,5-0,8 см. При рентгенографии суставов кистей – сужение суставных щелей, единичные узурсы суставных поверхностей. Рентгенография органов грудной клетки – определяется жидкость в правой плевральной полости до уровня 6 ребра. ОАМ: уд. вес. 1018, белок 5,8, эрит. 2/3 в п/з, лей. 4/5. единичные цилиндры.

1. Перечислите не менее четырех заболеваний при которых наблюдаются вышеуказанные жалобы и симптомы;
 2. Предварительный диагноз;
 3. Информативные методы обследования;
 4. Перечислите не менее 6 других органов поражающихся при этой патологии и одно полиорганное осложнение и достоверный метод ее диагностики;
 5. Тактика ВОП;
-

9. Больная 42 лет обратилась с жалобами на головную боль, головокружение, боль и отеки в голеностопных суставах, сердцебиение и одышку при физической нагрузке.

Из анамнеза: в детстве часто болела ангиной, имеет 4 детей, последние роды разрешились Кесаревым сечением. Домохозяйка, соблюдает диету. Мать больна СД.

Объективно: состояние средней степени тяжести, кожные покровы бледные, акроцианоз, отеки на ногах. При пальпации во II м/р справа во время выдоха отмечается систолическое дрожание. Границы сердца увеличены влево. Аускультативно ослабление на верхушке I тона, на аорте II тона. Справа во II м/р, в точке Боткина и на верхушке выслушивается систолический шум, который проводится в надключичную и сонную артерию. Пульс 66 уд. в мин. АД 110/70 мм.рт.ст. Печень увеличена, селезенка не пальпируется

Лаб.-инструментальные исследования:

ОАК: Нв-110, эр-4.0, лейк.-9.2, СОЭ-18мм/ч

БАК: мочевины-7.3, креатинин- 0.08, об.белок-74г/л, сахар-5.4 ммоль/л

ОАМ: прозрачная, отн.плот.- 1018, белок абс., эпит.-0-1/1, лейк.-1-2/1, эр-0-1/1

Острофазные пробы –СРБ +, титр АСЛО 1:300.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 90 уд. ЭОС отклонена влево. Нарушение внутрижелудочковой проводимости. Метаболические изменения в миокарде.

ЭхоКС:

Решение задачи согласно 20-этапного принципа решение проблемы пациента (смотри методическую рекомендацию)

10. Больная 32 лет обратилась с жалобами на боли в мелких суставах обеих кистей, утреннюю скованность, быструю утомляемость.

Из анамнеза: Со слов больной вышеперечисленные жалобы беспокоят в течении последних 2 недель, которые связывает с переохлаждением (работает на базаре). Считает себя больной в течении 1,5 лет, когда появились отеки на мелких суставах кистей. Состоит на «Д» учёте у ревматолога и ВОП. В детстве часто простывала, имеет 1 ребёнка, беременность протекала нормально. Сестра больной страдает ревматизмом.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное, кожные покровы и видимые слизистые бледные. Аускультативно в легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 120/70 мм.рт.ст. Мелкие суставы (пястно-фаланговые и проксимальные межфаланговые суставы) при осмотре отёчные. Движение в суставах болезненное.

Лаб.-инструментальные исследования:

ОАК: Нв-100, эр-3.0, лейкоц.-6.2, СОЭ-25 мм/ч

БАК: мочевина-7.3, креатинин- 0.08, об.белок-56 г/л, сахар-5.4 ммоль/л, фибриноген-420мг%

ОАМ: прозрачная, отн.плот.- 1020, белок-0.033., эпит.-0-1/1, лейкоц.-3-2/1, эр-0-1/1

Острофазные пробы –СРБ ++, титр АСЛО 1:150.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 82 уд. ЭОС не отклонена. Метаболические изменения в миокарде.

Р-ген суставов: околосуставной остеопороз. Сужение суставной щели проксимальных межфаланговых суставов пальцев обеих кистей, единичные узурсы.

ЭхоКС: полость левого желудочка не увеличена. КДР-4,6, КСР-2,7, ФВ-69%, ЛП-2,8.

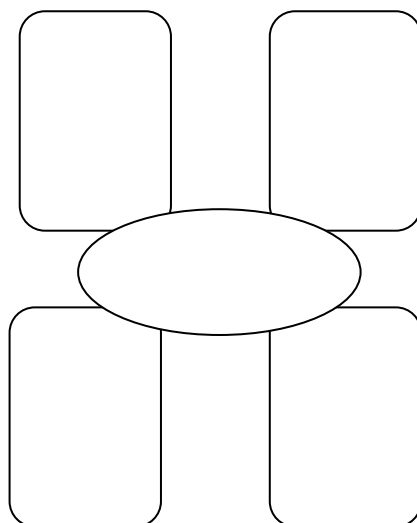
Митральный клапан М-образной формы, не уплотнен. Стенки ЛЖ нормокинетичны. ТМЖП-0,9; ТЗСЛЖ-0,85. Трикуспидальный клапан и легочная артерия без особенностей.

Доплерография: патологических потоков нет. Сократимость миокарда в норме.

Решение задачи согласно 20-этапного принципа решение проблемы пациента (смотри методическую рекомендацию)

№	Оценка	отлично	хорошо	удовл	неуд	плохо
	Усвоение в %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% и ниже
3	Тест	15-12,9 балл	12,7-10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5 балл	5,4 балл

Графический органайзер: Ромашка



4.3. Практическая часть

Перечень навыков, которым ВОП должен владеть после завершения занятий по данной тематике

- Провести осмотр больных с СКВ и ССД.
- Интерпретация анализов, данных лабораторно-инструментальных исследований (клинические и биохимические анализы, общий анализ крови, общий анализ мочи, РФ, LE-клетки, ДНК-антитела, Sm антитела, реакция Вассермана, рентгенография, ЭКГ, атинуклеарные антитела, биопсия, острофазовые показатели, исследование внутрисуставной жидкости, рентгенологические данные исследования суставов и позвоночника) больных с заболеваниями сопровождающимися суставным синдромом (СКВ, ССД).
- Выписывание лекарственных препаратов при СКВ и ССД..

Боль в суставах

системная красная волчанка и системная склеродермия.

№ этапа	Показатели/интерпретация	Не выполнено	Выполнено полностью
	Обследование пациента	0	50
	Общий анализ крови,		
	Общий анализ мочи		
	Острофазные пробы		
	Мочевая кислота		
	Анализ крови на LE-клетки, ревмофактор ,HLA-B27 и др.		
	ЭКГ		
	ЭХОКГ		
	Рентген суставов		
	Пункция суставов с исследованием синовиальной жидкости		
	Консультация инфекциониста		
	Биопсия		
	Дифференциальная диагностика		
	Постановка диагноза	0	10
	Тактика ВОП	0	10
	Профилактические мероприятия	0	10
ИТОГО		0	100

№	Оценка	отлично	хорошо	удовл	неуд	плохо
	Усвоение в %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% и ниже
4	Практическая часть	15-12,9 балл	12,75-10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5-балл	5,4 балл

5. Формы контроля знаний, навыков и умений

- устный
- решение ситуационных задач
- демонстрация практических навыков
- СРС

5.1. Критерии оценок знаний и умение практических навыков студентов.

№	Оценка	отлично	хорошо	удовл	неуд	плохо
	Усвоение в %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% и ниже
1	Теоретическая часть	20-17,2 балл	17-14,2 балл	14-11 балл	10,8-7,4 балл	7,2 балл
2	Ситуационные задачи	50-43 балл	42,5- 35,5 балл	35- 27,5 балл	27-18,5 балл	18 балл
3	Тест	15-12,9 балл	12,7-10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5 балл	5,4 балл
4	Практическая часть	15-12,9 балл	12,75-10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5- балл	5,4 балл

6. Критерии оценки текущего контроля

Уровни оценок	Рейтинг баллы	Характеристика работы студента
	20	Балл присутствия на практическом занятии. Полное отсутствие уровня знаний и не умение выполнить практический навык – студент абсолютно не готов к практическому занятию.
Не удовлетворительно	20 - 54,9	<p>Студент отвечает неудовлетворительно.</p> <p>Студенты не владеет базовыми уровнями знаний и навыков, хотя бы одного из нижеперечисленных:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Не может перечислить заболевания, сопровождающиеся суставным синдромом. • Не может перечислить наиболее опасные заболевания, сопровождающиеся суставным синдромом • Не знает определение болезни «СКВ» и «ССД» • Не может перечислить основные методы диагностики СКВ, ССД • Не знает классификацию СКВ, ССД • Не знает основные клинические проявления СКВ, ССД • Не знает основные диагностические критерии СКВ, ССД • Не знает группы препаратов для лечения СКВ, ССД • Не может собрать рациональный анамнез во время курации больных СКВ, ССД • Во время курации не способен объективно оценить состояние больных с СКВ, ССД • Не способен рационально составлять план обследования больным с СКВ, ССД • Не способен провести дифференциальную диагностику больных с СКВ, ССД
Обеспечение базового уровня знаний и навыков		
Удовлетворительно	55-60,9	Удовлетворительный ответ низкого качества. Студент старается владеть базовыми уровнями знаний и навыков (см.ниже), но при ответе или выполнении навыков допускает серьезные ошибки.
55-70,9%	61-65,9	Удовлетворительный ответ средней степени.

		<p>Студент владеет базовыми уровнями знаний и навыков (см.ниже), но при ответе или выполнении навыков допускает ошибки (возможны отдельные погрешности)</p>
	66-70,9	<p>Удовлетворительный ответ высокого качества.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков: • Может перечислить заболевания, сопровождающиеся суставным синдромом. • Может перечислить наиболее опасные заболевания, сопровождающиеся суставным синдромом • Знает определение болезни «СКВ» и «ССД» • Может перечислить основные методы диагностики СКВ, ССД • Знает классификацию СКВ, ССД • Знает основные клинические проявления СКВ, ССД • Знает основные диагностические критерии СКВ, ССД • Знает группы препаратов для лечения СКВ, ССД • Может собрать рациональный анамнез во время курации больных СКВ, ССД • Во время курации способен объективно оценить состояние больных с СКВ, ССД • Способен рационально составлять план обследования больным с СКВ, ССД • Способен провести дифференциальную диагностику больных с СКВ, ССД • Во время курации способен объективно оценить состояние больных с суставным синдромом • Знает причины возникновения, этиологию СКВ И ССД • Способен рационально составлять план обследования больным с СКВ И ССД • Способен провести дифференциальную диагностику больных с СКВ И ССД
Продвинутый уровень знаний		
Хорошо 71-85,9%	71-75,9	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (указанные в пункте «66-70,9») + владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Знает основные моменты патогенеза СКВ И ССД • Знает классификацию СКВ И ССД • Знает механизм действия лекарственных препаратов, применяющихся для лечения СКВ И ССД • Умеет рационально подобрать лекарственные препараты больному в зависимости от причины возникновения суставного синдрома.
	76-80	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «71-75,9», а также владеет. следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Глубоко знает патогенез развития суставного синдрома при СКВ И ССД

		<ul style="list-style-type: none"> • Знает принципы вторичной и третичной профилактики СКВ И ССД.
	81-85,9	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «71-75,9» и «76-80», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Может рассказать основные принципы ведения, наблюдения и мониторинга больных с суставным синдромом при СКВ И ССД в условиях СВП или СП. • Умеет провести консультацию по вопросам немедикаментозных и медикаментозных советов с использованием навыков МЛО. • Знает принципы диспансеризации и реабилитации больных с суставным синдромом в условиях СВП или СП
Отлично	86-90	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «81-85,9», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Знает принципы лечения СКВ И ССД • Знает побочные действия и противопоказания препаратов, применяющихся при суставном синдроме (ГКС, цитостатики, аминохинолоны и т.д.) • Умеет предоставлять достоверную информацию о СКВ И ССД на основании интернет данных
	91-95	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «86-90», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Глубоко знает этиологию, патогенез возникновения СКВ И ССД • Может подробно описать каждый из диагностических критериев СКВ И ССД
	96-100	<p>Студент полностью владеет базовыми уровнями знаний и навыков (смотри выше) + знаниями, указанные в пункте «91-95», а также владеет следующими знаниями и навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Предоставил научные данные на основе дополнительной литературы (статьи и интернет) • Знает показания и противопоказания, режим дозирования ГКС, цитостатиков. • Может на английском языке спросить жалобы, собрать анамнез и коротко рассказать о заболевании больному с суставным синдромом • Умеет преподнести тему аудитории с использованием педагогических навыков(интерактивных методов)
86-100%		

Примечание: Базовый уровень знаний и навыков – это минимум знаний, который обеспечивает принцип «безопасности» для пациента.

7. Контрольные вопросы.

1. Дифференциальная диагностика СКВ.
2. Дифференциальная диагностика ССД.
3. Тактика ВОП при СКВ.
4. Тактика ВОП при ССД.
5. Профилактика ДБСТ.
6. Трудоспособность больных ДБСТ.

8. ЛИТЕРАТУРА:

Основные

1. Ички касалликлар, Шарапов У.Ф. Т: Ибн Сино, 2003
2. Ички касалликлар, Бобожанов С. Т: Янги аср авлод, 2008
3. Внутренние болезни, том 1 Мухин Н.А. М.: ГЭОТАР - Медиа, 2009
4. Textbook of Internal Medicine Editor-in-Chief William N. Kelley 1997

Дополнительные

1. Умумий амалиёт врачлар учун маърузалар туплами , Гадаев А.Г., Т., 2012
2. Общая врачебная практика, Под ред.Ф.Г.Назирова, А.Г.Гадаева. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
3. Справочник врача общей практики. Дж.Мёрта. М.: Практика, 1998.
4. Сборник практических навыков для врачей общей практики. Гадаев А., Ахмедов Х.С. Т., 2010.
5. Умумий амалиёт врачлар учун амалий куникмалар туплами Гадаев А.Г., Ахмедов Х.С., 2010. Т.
6. Умумий амалиёт шифокори учун кулланма Ф.Г.Назирова, А.Г.Гадаев тахр. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.
7. Диагностика болезней внутренних органов. Огороков А.Н. 2005.
8. Дифференциальный диагноз внутренних болезней. Виноградов А.В. М.: Медицинское информационное агенство, 2009.
9. Внутренние болезни: учебник.- в 2-х т. (2 т.) Под ред. Мартынова и др. М.: ГЭОТАР - Медиа, 2005:

Интернет ресурсы:

- <http://www.lib.uiowa.edu/hardin/md/index.html>, <http://dir.rusmedserv.c>, <http://www.medlinks.ru/>, <http://www.kosmix.com/>, <http://www.medpoisk.ru/>, <http://www.tripdatabase.com/>, <http://www.klinrek.ru/cgi-bin/mbook>, <http://www.intute.ac.uk/medicine/>
- <http://elibrary.ru> <http://www.freebooks4doctors.com/> <http://www.medscape.com/> <http://www.mededucation.net/> <http://www.thecochranelibrary.com>
- Интернет медицина сайтлари:
- Med.-site.narod.ru
- www.medtext.ru
- www.medkniga.ru

40-тема: Гериатрия. Функциональные и органические изменения у пожилых. Механизм изменения по возрастам. Профилактика остеопороза и переломов. Рациональная фармакотерапия и принципы питания у пожилых. Клинические симптомы атеросклероза у пожилых. Эмфизема у пожилых. Особенности течения заболевания внутренних органов. Ведения в СВП и ССП.

Технологическая модель обучения

Часы занятий – 7 часов	Количество студентов: до 10 – 12
Форма занятий	Практическое занятие.
План занятий:	1. Острая пневмония, клиника, диагностика, лечение у пожилых. 2. Хронический бронхит, клиника, диагностика, лечение у пожилых. 3. Особенности течения бронхиальной астмы и клиника. 4. Бронхиальная астма, диагностика, лечение у пожилых.
Краткая аннотация Дать понятие студентам об острой пневмонии у пожилых. Диагностика и методы лечения. Течение хронического бронхита и бронхиальной астмы у пожилых, диагностика и лечение.	Цель занятий 1. Понятие об острой пневмонии, её клиника, диагностика, лечение у пожилых. 2. Хронический бронхит, клиника, диагностика, лечение у пожилых. 3. Дать понятие студентам об особенностях течения бронхиальной астмы и её клиника. 4. Бронхиальная астма, диагностика, лечение у пожилых.
Методы преподавания	Демонстрационное, мультимедии, практика и проведение собеседование
Форма преподавания	Коллективное
Средства преподавания	Текст практики, компьютер, баннеры
Условия преподавания	Аудитория обставленная методике
Мониторинг и оценка	Устное: опрос

1.2. Технологическая карта практических занятий.

Этапы работы и часы	Этапы проведения занятия преподавателем	Обучающиеся
Подготовительный этап (15 минут)	1.Контроль за чистотой аудитории 2.Проверка подготовленности студентов к занятию 3.Контроль посещаемости	Студенты
Этап введения в занятие(15 минут)	1.Подготовка материала к занятию. 2.Подготовка слайдов для показа 3.Разработка списка использованной литературы для предмета	Студенты
2-основной этап 225-минут	1.Разделив студентов на подгруппы, задат вопросы по теме. .	Деление на маленькие группы Наблюдают Участвуют Слушают и отвечают на вопросы
Заключительный этап (15 минут)	1. Делает заключительные выводы 2.Даёт самостоятельную работу 3.Даёт домашнюю работу	Слушает Записывает Записывает
Всего:270 минуты – 6 часов		

Интеграция с другими предметами:

Перечень учебных дисциплин и их разделов, необходимых для изучения данного предмета являются следующие:

биология, биофизика, биохимия, анатомия человека, патологическая анатомия, микробиология и иммунология, общая гигиена, социальная гигиена, организация здравоохранения, мед. техника, фармакология, клиническая фармакология, врач и больной, пропедевтика внутренних болезней, факультативная и госпитальная терапия, народная медицина, ЛФК и физиотерапия, рентгенология и медицинская радиология и клинические предметы, то есть, терапия, пульмонология, кардиология, гастроэнтерология, ревматология, урология и реаниматология.

Содержание

Пневмония относится к наиболее распространенным заболеваниям, возникает в любом возрасте, имеет определенные особенности течения в различные возрастные периоды. Она представляет собой комплекс патологических процессов, развивающихся в дистальных отделах легочной ткани. Основным проявлением этих процессов является инфекционное, экссудативное, реже межточное воспаление, вызванное микроорганизмами различной природы, и доминирующее во всей картине заболевания. С клинических позиций понятие “пневмония” следует определить как инфекционное заболевание нижних отделов дыхательных путей, подтвержденное рентгенологически. Современные представления о пневмониях сформировались как итог их многовекового изучения. Еще Гиппократ описал пневмонию, ее симптоматологию и лечение. Античные авторы говорили, что в развитии пневмонии можно выделить ряд последовательных этапов. Вопрос о начале и первоисточнике развития остался неразрешенным до настоящего времени, хотя кажется очевидным, что первоисточником пневмонии как инфекционного заболевания является ее этиологический фактор– патогенный возбудитель. Эпидемиология пневмоний на современном этапе характеризуется возникшей с конца 80-х годов тенденцией к росту заболеваемости и летальности.. В развитых странах заболеваемость пневмониями составляет от 3,6 до 16 на 1000 человек. В настоящее

время во всем мире пневмонии занимают 4 – 5-е место в структуре причин смерти после сердечно-сосудистой патологии, онкологических заболеваний, цереброваскулярной патологии и хронических обструктивных заболеваний легких (ХОЗЛ), а среди инфекционных болезней – 1-е место. В США внебольничными пневмониями ежегодно заболевают 3 – 4 млн человек, 30 – 40% из них нуждаются в госпитализации. Примерно 50 – 70% пациентов лечат амбулаторно, и смертность среди них составляет всего 1–5%. Заболеваемость в возрастной группе старше 60 лет составляет от 20 до 44 на 1000 населения в год]. Летальность от пневмоний у данной категории больных составляет 10 – 33%, а при пневмониях, осложненных бактериемией, достигает 50% . Высока летальность от пневмонии среди новорожденных и маленьких детей и достигает 25% у детей младше 5 лет. Большое значение придается госпитальной (нозокомиальной) пневмонии. Она составляет приблизительно 10 – 15% от всех госпитальных инфекций. Смертность при внутрибольничных пневмониях составляет от 30 – 60 до 80% . Среди больных пневмонией преобладают мужчины. Они составляют, по данным многих авторов, от 52 до 56% больных, тогда как женщины – от 44 до 48%]. Частота пневмоний отчетливо увеличивается с возрастом. Пациенты в возрасте от 40 до 59 лет составляют 38,4 – 55,7% заболевших, старше 60 лет – от 31 до 60%.

Продолжительность временной нетрудоспособности составляет в среднем 25,6 дня и может колебаться в пределах 12,8 – 45 дней. По данным зарубежных авторов, среднее число койко-дней у пациентов старше 60 лет составляет 21.

Факторы риска возникновения пневмоний. В возникновении пневмонии значительную роль играют предрасполагающие факторы, или факторы риска, ведущие к повреждению одного или нескольких защитных механизмов. Чаще всего пневмонии возникают в холодное время года, т. е. заболеваемость носит сезонный характер, однако следует отметить, что болезнь может возникнуть в любое время года. Одним из наиболее частых провоцирующих факторов является переохлаждение. Большое значение в возникновении пневмонии придается вирусам, особенно в период эпидемий гриппа, чаще всего это вирусы гриппа А, В, С, парагриппа, аденовирусы, респираторно-синцитиальные вирусы и коронаровирусы. Возраст старше 60 лет является еще одним важным фактором риска, что прежде всего связано с угнетением кашлевого рефлекса, нарушением мукоцилиарного клиренса, изменением микробной флоры. Кроме того, в этом возрасте фактором риска является наличие ХОЗЛ, патологии сердечно-сосудистой системы, почек, желудочно-кишечного тракта . Другим важным фактором является курение: выкуривание до 15 – 20 сигарет в день ведет к нарушению мукоцилиарного клиренса, повышению хемотаксиса макрофагов и нейтрофилов, их активации, разрушению эластической ткани, снижению эффективности механической защиты. К возникновению пневмонии предрасполагают нарушения сознания, алкогольная интоксикация, мозговая травма, эпилептический припадок, наркоз, передозировка снотворных и наркотических средств. Во всех этих случаях может произойти аспирация содержимого ротоглотки и желудочно-кишечного тракта, несущего большое количество различной аэробной и анаэробной флоры . Пневмония может также развиваться в послеоперационном периоде, это прежде всего операции на органах грудной клетки и брюшной полости; при этом возникает нозокомиальная пневмония, частота которой составляет от 20 до 50%, а летальность – от 19,2 до 80% . Большой проблемой является возникновение пневмоний у пациентов, находящихся на искусственной вентиляции легких (ИВЛ) более суток. При этом вероятность нозокомиальной пневмонии чрезвычайно высока, ее частота колеблется от 13 до 55%.

Важную роль в возникновении пневмонии играет первичный и вторичный иммунодефицит. Основной контингент – больные с различными опухолевыми заболеваниями: гемобластозами, миелотоксическим агранулоцитозом, аутоиммунными заболеваниями, больные, получающие химиотерапию, лучевую, иммуносупрессивную терапию, страдающие наркоманией и СПИДом. Основными возбудителями являются условно-патогенная, грамотрицательная флора, грибы (часто *Aspergillus spp.*), пневмоцисты, цитомегаловирус, *Nocardia* . Нельзя не сказать о пневмониях при тяжелых нейтропениях, обусловленных применением химиотерапии по поводу злокачественных новообразований, возбудителями которых являются как грамположительные

кокки, так и грамотрицательная флора. На фоне этих пневмоний развиваются септические состояния; смертность при этом высока. Факторами риска возникновения пневмонии также могут являться контакты с птицами, грызунами, путешествия.

Классификация пневмоний. Существующее в настоящее время деление пневмоний по клинко-патоморфологическому принципу на паренхиматозные – долевые и очаговые, а также выделение интерстициальных и смешанных пневмоний малоинформативно в плане выбора оптимальной этиотропной терапии. Последние достижения в микробиологии, пульмонологии и фармакотерапии диктуют необходимость разработки понятия и классификации различных видов пневмоний. Деление пневмоний должно основываться на этиологическом принципе, что позволит проводить направленное этиотропное патогенетическое лечение. Сегодня в рамках Европейского общества пульмонологов и Американского торакального общества врачей продолжается дискуссия по вопросу классификации пневмоний. Для упорядочения методов диагностики и особенно способов лечения рекомендована клиническая классификация пневмоний. Выделяют четыре формы пневмоний:

Внебольничная (домашняя) приобретенная;

Внутрибольничная (нозокомиальная);

На фоне иммунодефицитных состояний;

Атипичные пневмонии.

Данная классификация отражает не только место возникновения заболевания, но и существенные особенности (эпидемиологические, клинко-рентгенологические), а главное – определенный спектр возбудителей, течение, исход и программы лечения больных пневмониями. В зарубежной классификации и в периодической литературе встречается деление пневмоний на первичные (внебольничные) и вторичные (внутрибольничные). В последнее время врачебная практика требует большей детализации пневмоний с учетом их многообразия и широкого спектра возбудителей. Необходимо выделять пневмонии аспирационные, посттравматические, послеоперационные, пневмонии, развивающиеся на фоне ХОЗЛ, хронического алкоголизма, злокачественных новообразований, иммунодефицита, нозокомиальные пневмонии. Факторами риска возникновения пневмоний последней группы являются нахождение пациентов на ИВЛ, наличие трахеостомы, послеоперационный период, проведение массивной антибактериальной терапии.

Большое значение имеет группировка пневмоний по степени тяжести, которая позволяет выделить больных, нуждающихся в интенсивной терапии, наметить наиболее рациональную терапию, оценить прогноз. Основными клиническими критериями тяжести заболевания являются степень дыхательной недостаточности, выраженность интоксикации, наличие осложнений, декомпенсация сопутствующих заболеваний.

Этиология пневмоний. Этиологический подход в постановке диагноза пневмонии крайне важен. Практическому врачу почти всегда приходится назначать антибактериальную терапию больному не только при отсутствии верификации возбудителя в первые дни, но и вообще без перспектив на получение микробиологических данных о возбудителе. Первым общедоступным и обязательным этапом является установление предположительного этиологического диагноза по клиническим и эпидемиологическим данным с учетом этиологической структуры современных пневмоний. Большое значение для диагностики пневмоний при поступлении больного в стационар имеет окрашивание мазка мокроты по Граму, которое позволяет выявить грамположительные и грамотрицательные возбудители, внутриклеточную и внеклеточную локализацию микроорганизмов. Сопоставление данных бактериоскопии с клинко-рентгенологическими особенностями позволяет поставить ранний клинко-бактериологический диагноз у 86% всех больных пневмонией и у 70% больных пневмококковой пневмонией. При постановке диагноза пневмонии важны бактериологическое исследование мокроты (посев на среды) и определение чувствительности к антибиотикам, выявление возбудителей количественным методом в диагностически значимых титрах (10⁶ микробных клеток и более в 1 мл мокроты). За рубежом наряду с исследованием мокроты широко проводятся исследования аспирата, смыва, полученного при фибробронхоскопии, материалов, полученных при

транстрахеальной аспирации, посев крови, определение антител к антигенам различных возбудителей в сыворотке крови. Деление пневмоний на внебольничные и внутрибольничные оправдано прежде всего различиями этиологической структуры. В возникновении внебольничной пневмонии ведущая роль принадлежит *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, определенное место занимает *Staphylococcus aureus*. Возникновение внебольничной пневмонии может быть обусловлено также атипичными возбудителями: *Mycoplasma pneumoniae*, *Legionella pneumophila* и *Chlamydia pneumoniae*.

В возникновении внутрибольничной пневмонии велика роль условно-патогенной и грамотрицательной флоры. Это прежде всего *S. aureus*, встречаемость которого составляет от 2,7 до 30%. На долю возбудителя семейства *Enterobacteriaceae* – *Klebsiella pneumoniae* – приходится от 9,8 до 12,6% пневмоний, при этом смертность составляет от 40 до 71%. Удельный вес *E. coli* составляет от 17,3 до 32,3%, *Proteus vulgaris* – от 8,2 до 24%. *Pseudomonas aeruginosa* ответствен за развитие нозокомиальной пневмонии в 17% случаев, летальность достигает 80%. Удельный вес *Legionella pneumophila* как возбудителя нозокомиальной пневмонии достигает 33%. Роль вирусных пневмоний возрастает в период эпидемий гриппа А, В и составляет от 8,6 до 35%. Наличие чисто вирусных пневмоний признается не всеми авторами. Считают, что они являются кондукторами, которые готовят “почву” для присоединения бактериальной и микоплазменной флоры.

Этиологические причины пневмонии по данным Mandell L. С соавт. (2000г. в.%)

Микроорганизмы	Амбулаторные больные	Больные терапевтического отделения	Больные палаты интенсивной терапии
<i>St. Pneumoniae</i>	5,0	17,3	21,0
<i>H. influenzae</i>	2,3	6,6	-
<i>St. Aureus</i>	-	2,9	7,4
<i>M. pneumoniae</i>	24,0	13,7	-
<i>Ch. Pneumoniae</i>	-	10,1	-
<i>L. pneumophila</i>	-	1,3	5,8
Грамм отрицат.	-	4,1	8,1
Неустановленной этиологии	48,0	Данных нет	35,6

Этиология внебольничной пневмонии

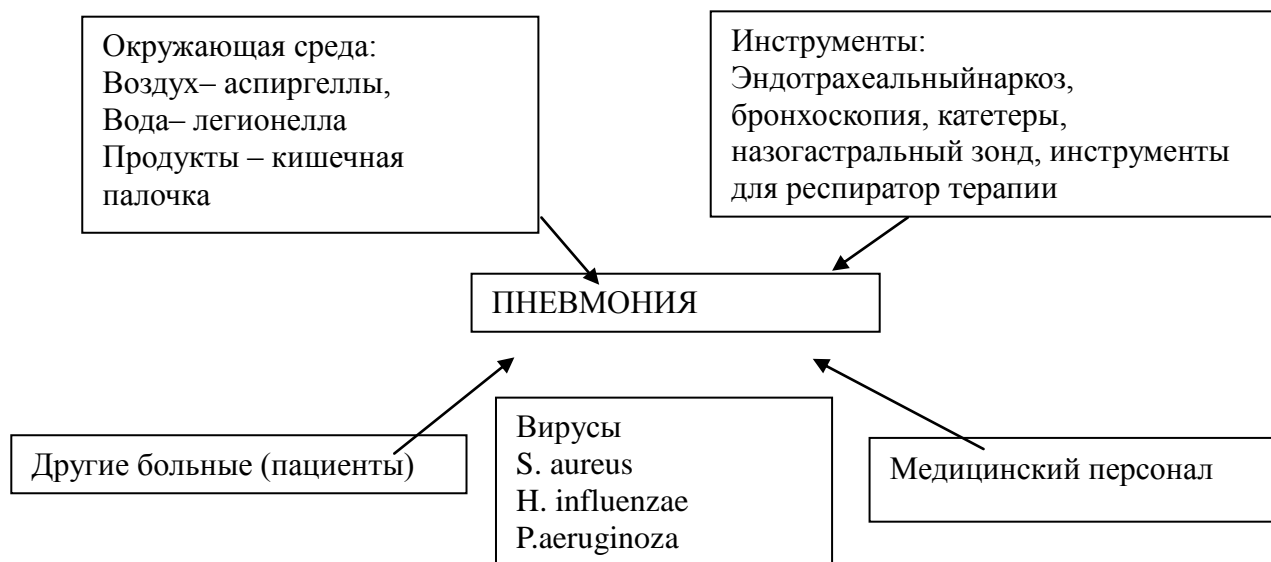
Возбудитель	Частота обнаружения, %
<i>S.pneumoniae</i>	30,5
<i>M.pneumoniae</i>	12,5
<i>C.pneumoniae</i>	12,5
<i>L.pneumophila</i>	4,8
<i>H.influenzae</i>	4,5
Семейство <i>Enterobacteriaceae</i>	3,0
<i>S.aureus</i>	0,5
Другие возбудители	2,0
Возбудитель не обнаружен	39,5

Этиология нозокомиальной пневмонии

Возбудитель	Частота обнаружения, %
<i>P.aeruginosa</i>	25-35
Семейство <i>Enterobacteriaceae</i>	25-35
<i>S.aureus</i>	15-35
Анаэробы (обычно в сочетании с грамотрицательными бактериями)	10-30
<i>H.influenzae</i>	10-20
<i>S.pneumoniae</i>	10-20

Диагностика пневмоний. Существует понятие “золотого стандарта” в диагностике пневмоний, который включает оценку пяти признаков: лихорадка, кашель, мокрота, лейкоцитоз и рентгенологически выявляемый инфильтрат. Несмотря на огромные достижения современной терапии, остается правилом: “*bene diagnostitur, bene curatur*” – без хорошей диагностики не может быть высокого уровня лечебного процесса. Надо сказать, что исчерпывающе собранный анамнез позволяет установить правильный диагноз в 50% случаев, тогда как клиническое исследование – в 30%, дополнительное исследование – в 20%. Диагноз, поставленный по клиническим данным, часто является диагнозом предположительным, требующим подтверждения. Диагностические ошибки снижают эффективность лечения и в 30 – 40% приводят к затяжному течению пневмоний.

Пути попадания инфекции при госпитальной (нозокомиальной) пневмонии.



Клиническое течение пневмоний. Клиническая картина пневмоний определяется особенностями возбудителей и состоянием макроорганизма. К основным проявлениям относятся разнообразные сочетания бронхолегочных и внелегочных симптомов. К бронхолегочным относят кашель, одышку, боль в грудной клетке, отделение мокроты, которая

может быть слизистой, слизисто-гноющей, иногда кровянистой. Также определяют притупление перкуторного звука, ослабленное везикулярное, бронхиальное дыхание, крепитацию, шум трения плевры. К внелегочным относят гипотонию, слабость, тахикардию, озноб, миалгию, лихорадку, спутанность сознания, менингизм, изменения показателей периферической крови. У некоторых больных, в основном у ослабленных и пожилых пациентов, а также при наличии тяжелой сопутствующей патологии, внелегочные симптомы превалируют над бронхолегочными.

Клинико-рентгенологическая картина пневмонии зависит прежде всего от этиологического агента. Деление пневмоний по этиологическому признаку имеет принципиальное значение для определения течения, прогноза и лечения. Диагностика пневмоний основывается прежде всего на установлении факта наличия пневмонии как самостоятельной нозологической формы: анализе клинико-рентгенологических данных с обязательным учетом этиологических характеристик воспалительного процесса. При диагностике этой нозологии врач должен провести дифференциальный диагноз с целым рядом заболеваний, имеющих синдромно-сходную симптоматику, но отличающихся по своей сущности и требующих другого лечения. Врачу приходится решать следующие дифференциально-диагностические задачи:

отграничение пневмонии от внелегочных заболеваний;

дифференциация пневмонии от других болезней органов дыхания;

дифференциация пневмонии по различным признакам (этиология, обширность процесса, осложнение).

Пневмонию следует отграничивать от заболеваний сердечно-сосудистой системы, тромбоэмболии легочной артерии, вирусной инфекции, хронических неспецифических заболеваний легких, туберкулеза, рака легких, интерстициальных заболеваний легких, пневмонитов при системных васкулитах, лекарственного поражения легких, ателектазов, инфаркта и ушиба легкого. При пневмонии выздоровление наступает в сроки до 4 нед. Клиническими критериями выздоровления принято считать нормализацию самочувствия и состояния больного, исчезновение физикальных и рентгенологических признаков воспаления, нормализацию показателей крови. Однако часто динамика клинических признаков выздоровления не согласуется с рентгенологической картиной легких. Для восстановления структуры легочной ткани может потребоваться от 3 нед до 6 мес. Затяжное течение пневмонии характеризуется отсутствием нормализации клинико-рентгенологической картины в течение 4 нед.

Лечение пневмоний. Представляется необходимым обсуждение вопроса о месте лечения больного пневмонией. По существующему положению в нашей стране этот диагноз является обязательным показанием для госпитализации больного. Это положение спорно. В зарубежных руководствах стационарное лечение внебольничной пневмонии резервируется для больных с тяжелым течением, при наличии осложнений, двустороннего поражения, серьезных сопутствующих заболеваний, для пожилых пациентов, а также для ситуаций, когда отсутствует эффект лечения или имеются социальные показания к госпитализации. Основу лечения пневмонии составляет рациональная антибактериальная терапия. Лечение следует начинать, не дожидаясь результатов микробиологического исследования, т.е. эмпирически. При получении бактериологических данных лечение корректируют в случае его недостаточной эффективности. При выборе антибактериальных препаратов следует учитывать: тип возбудителя (вероятный, определяемый по клиническим данным), степень тяжести заболевания, потенциальную токсичность препаратов и возможные противопоказания. Кроме того, необходимо учитывать аллергологический анамнез.

Необходимо решить вопрос о применении монотерапии или комбинации нескольких антибактериальных препаратов. Очень важно учитывать резистентность микробной флоры к антибактериальной терапии. Доза и частота введения препарата должны быть соизмеримы с интенсивностью патологического процесса. Следует контролировать терапевтическое действие препарата и отслеживать возможные побочные реакции. При выборе антибактериального

лечения целесообразно использовать также результаты исследования мокроты при окрашивании по Граму.

Выбор антимикробных препаратов

При лечении пациентов с внебольничной пневмонией следует дифференцированно подходить к выбору АМП с учетом возраста, тяжести состояния, наличия сопутствующих заболеваний, места нахождения пациента (на дому, в общей палате стационара, в ОРИТ), предшествующей антимикробной терапии, применения глюкокортикоидов и др.

Выбор антибиотиков при внебольничной пневмонии

Особенности нозологической формы	Основные возбудители	Препараты выбора	Альтернативные препараты
Нетяжелое течение, возраст до 50 лет без сопутствующих заболеваний. Лечение на дому	<i>S.pneumoniae</i> <i>M.pneumoniae</i> <i>H.influenzae</i> <i>C.pneumoniae</i>	Амоксициллин Современные макролиды	Доксициклин Левифлоксацин Моксифлоксацин
Нетяжелое течение у пациентов с факторами риска АРП или грамтрицательной микрофлоры (возраст 65 лет и старше, сердечно-сосудистые или бронхолегочные заболевания, терапия АМП в течение предшествующих 3 мес и др.). Лечение на дому		Цефуроксим аксетил, амоксициллин/клавуланат + макролид, доксициклин или монотерапия фторхинолоном III-IV поколения (левифлоксацин, моксифлоксацин)	Цефтриаксон в/м
Нетяжелое течение, возраст до 60 лет и/или с сопутствующими заболеваниями. Лечение в отделении общего профиля	<i>S.pneumoniae</i> <i>M.pneumoniae</i> <i>H.influenzae</i> Enterobacteriaceae <i>Legionella spp.</i> <i>C.pneumoniae</i>	Бензилпенициллин, ампициллин + макролид	Цефалоспорины II-III поколения + макролид Амоксициллин/клавуланат, ампициллин/сульбактам + макролид Левифлоксацин Моксифлоксацин

Тяжелое течение независимо от возраста. Лечение в ОРИТ	S.pneumoniae Legionella spp. Enterobacteriaceae S.aureus C.pneumoniae	Амоксициллин/клавуланат, ампициллин/сульбактам + макролид Цефалоспорины III-IV поколения + макролид Левифлоксацин + цефотаксим или цефтриаксон	Фторхинолоны (в/в) Карбапенемы
--	---	---	-----------------------------------

Прогностически очень важным является быстрое, не позже 4 ч после постановки диагноза, начало антимикробной терапии.

При выборе АМП у пациента с нозокомиальной пневмонией учитывается характер отделения, в котором он находится (общего профиля или ОРИТ), применение ИВЛ и время развития ВАП. Эмпирическая терапия планируется на основании локальных данных о чувствительности вероятных возбудителей. Обязательно исследование мокроты, при этом желательно получение материала инвазивными методами с количественной оценкой результатов, и гемокультуры.

Выбор антибиотиков при нозокомиальной пневмонии

Особенности нозологической формы	Наиболее частые возбудители	Препараты выбора	Альтернативные препараты
Пневмонии, возникшие в отделениях общего профиля, без факторов риска* или ранние ВАП	S.pneumoniae Enterobacteriaceae H.influenzae Реже: Pseudomonas spp., S.aureus	Амоксициллин/клавуланат Ампициллин/сульбактам C:\Documents and Settings\Boss\Рабочий стол\электронная медицинская библиотека резидентов магистратуры\Антибиотикотерапия\023-29.shtml.htm Цефалоспорины II-III поколения (кроме цефтазидима)	Фторхинолоны Цефепим Цефоперазон/сульбактам
Поздние вентиляционные пневмонии или пневмонии, возникшие в отделениях общего профиля, при наличии факторов риска*	Enterobacteriaceae Pseudomonas spp. S.aureus (включая MRSA)	Цефепим Цефтазидим, цефоперазон + аминогликозид Имипенем + аминогликозид	Фторхинолоны Цефоперазон/сульбактам, тикарциллин/клавуланат или пиперациллин/тазобактам + аминогликозид Ванкомицин

Факторы риска: недавняя абдоминальная операция, аспирация - анаэробы; кома, травма головы, диабет, ХПН, грипп, "в/в наркоманы" - S.aureus; большие дозы глюкокортикоидов, цитостатики, нейтропения - Legionella spp., P.aeruginosa, Aspergillus spp.; длительное пребывание в ОРИТ,

лечение кортикостероидами, антибиотиками, бронхоэктазы, муковисцидоз - *P.aeruginosa*, *Enterobacter spp.*, *Acinetobacter spp.*

Пути введения антимикробных препаратов

В лечении амбулаторных форм внебольничной пневмонии предпочтение следует отдавать АМП для приема внутрь. Однако, при тяжелом течении инфекций АМП необходимо вводить в/в. В последнем случае высокоэффективной является и ступенчатая терапия, которая предполагает переход с парентерального на пероральный путь введения. Переход следует осуществлять при стабилизации течения или улучшении клинической картины заболевания (в среднем через 2-3 дня от начала лечения).

Длительность терапии

При неосложненной внебольничной пневмонии антибиотикотерапия может быть завершена по достижении стойкой нормализации температуры тела. Длительность лечения обычно составляет 7-10 дней.

При наличии клинических и/или эпидемиологических данных о микоплазменной, хламидийной или легионеллезной пневмонии продолжительность антибактериальной терапии должна быть большей из-за риска рецидива инфекции - 2-3 нед.

Длительность применения АМП при осложненной внебольничной пневмонии и нозокомиальной пневмонии определяют индивидуально.

В любом случае сохранение отдельных клинических, лабораторных и/или рентгенологических признаков не является абсолютным показанием к продолжению антибактериальной терапии или ее модификации. В большинстве случаев разрешение этих признаков происходит самостоятельно с течением времени. Таким образом, лечение пневмонии остается актуальной проблемой на современном этапе развития клинической медицины. Диагностика пневмонии все еще остается достаточно трудной задачей, что диктует необходимость постоянного совершенствования методов диагностики и лечения, а также повышения квалификации врачей всех специальностей.

ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) — относительно новый термин в российской медицинской практике. Этот термин уже давно и широко используется в США и европейских странах. Большой вклад в разработку проблемы ХОБЛ внес Национальный институт здоровья США, специалисты из Американского торакального и Европейского респираторного общества. В нашей стране длительное время шла дискуссия о целесообразности использования этого понятия, аналогом зарубежного ХОБЛ считался российский ХОБ (хронический обструктивный бронхит, осложненный эмфиземой легких).

В последние годы российские эксперты пришли к взаимопониманию по поводу необходимости внедрения понятия ХОБЛ в широкую медицинскую практику. Был обобщен опыт отечественных и зарубежных исследователей и создан стандарт «Хроническая обструктивная болезнь легких», 1998 г. и федеральная программа «Хронические обструктивные болезни легких», 1999 г.

ХОБЛ можно представить как заболевание, характеризующееся хроническим диффузным воспалением бронхов с преимущественным поражением их дистальных отделов, сопровождающееся медленно прогрессирующей необратимой бронхиальной обструкцией с нарастающей дыхательной недостаточностью и проявляющееся одышкой, кашлем, выделением мокроты.

ХОБЛ определяют еще и как собирательное понятие, которое объединяет группу хронических болезней дыхательной системы: хронический обструктивный бронхит (около 90% ХОБЛ), бронхиальная астма тяжелого течения (около 10% ХОБЛ), эмфизема легких, связанная с дефицитом альфа-1-антитрипсина (около 1% ХОБЛ).

В связи с существующей многие годы терминологической неопределенностью, разными подходами к формированию группы ХОБЛ в Европейском респираторном обществе, в США и Великобритании назвать точные данные о распространенности ХОБЛ затруднительно.

Вместе с тем известно, что в США в 1995 г. ХОБЛ были больны 14 млн человек. Мужчины болеют значительно чаще, чем женщины. Отмечается рост заболеваемости в динамике за последние годы. Уровень смертности от ХОБЛ в США занимает четвертое место в структуре общих причин смертности населения (Standarts...COPD.ATSstatemente, 1995).

- В России гипотетически имеется около 11 млн больных ХОБЛ (Хронические обструктивные болезни, федеральная программа, 1999). Однако по официальной медицинской статистике их число составляет около 1 млн. Это происходит потому, что заболевание часто диагностируется несвоевременно, а также вследствие отсутствия унифицированных методов эпидемиологического исследования в нашей стране (Н.С. Антонов с соавт., 1998).

Тем не менее не вызывает сомнения высокая социально-экономическая значимость ХОБЛ, наносящей серьезный экономический ущерб, связанный с утратой трудоспособности активной частью населения.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ. Главным фактором риска развития ХОБЛ является курение. Большое значение имеет также загрязнение воздуха, связанное с профессией.

Из внутренних факторов риска единственной хорошо изученной патологией, ведущей к ХОБЛ, является дефицит альфа,-антитрипсина. Однако вклад этой причины в формирование данной патологии значительно меньший, чем курения (в США среди больных ХОБЛ врожденный дефицит альфа,-антитрипсина выявляется менее чем в 1% случаев). Сочетанное влияние внешних и внутренних этиологических факторов ведет к развитию хронического воспалительного процесса, который распространяется на проксимальные и дистальные отделы дыхательных путей. В воспалительном процессе принимают участие нейтрофилы, а также макрофаги и Т-лимфоциты. Биомаркерами воспаления при ХОБЛ являются нейтрофилы с повышенной активностью миелопероксидазы и нейтрофильной эластазы, а также дисбаланс в системах протеолизантипротеолиз и оксиданты-антиоксиданты. Воспалительные клетки выделяют большое количество медиаторов воспаления: интерлейкины, фактор некроза опухоли, миелопероксидазы, нейтрофильные эластазы, металлопротеазы, а также дефензимы.

Нарушается мукоцилиарный клиренс бронхов вследствие повреждения реснитчатого эпителия, гиперсекреции и качественного изменения бронхиального секрета. Это способствует развитию обструкции мелких воздухоносных путей. Нарушение мукоцилиарного транспорта и формирование местного иммунодефицита создают условия для колонизации микроорганизмов. При определенных условиях может происходить активация респираторной инфекции, что еще в большей степени усиливает воспаление. Таким образом, воспалительный процесс ведет к нарушению бронхиальной проходимости и развитию эмфиземы — основным патологическим синдромам ХОБЛ.

Активация холинергических механизмов вегетативной нервной системы, в ответ на воздействие неспецифических раздражителей, приводит к усилению бронхоспастических реакций и вносит существенный вклад в патогенез ХОБЛ.

Бронхиальная обструкция у больных ХОБЛ складывается из обратимого и необратимого компонентов. Обратимый компонент формируется из спазма гладкой мускулатуры, отека слизистой бронхов и гиперсекреции слизи.

В процессе прогрессирования болезни обратимый компонент постепенно утрачивается и границы нозологических форм, составляющих ХОБЛ, стираются.

Необратимый компонент бронхиальной обструкции определяется эмфиземой и перибронхиальным фиброзом.

В результате развития эмфиземы возникают выраженные вентиляционно-перфузионные нарушения, которые создают условия для повышения давления в легочной артерии. Это приводит к формированию легочной гипертензии и легочного сердца. Хроническая гипоксия ведет к симптоматическому эритроцитозу, повышению вязкости крови и ухудшению микроциркуляции, которые усугубляют вентиляционно-перфузионные нарушения.

Утомление дыхательной мускулатуры у больных ХОБЛ снижает дыхание и усиливает вентиляционные нарушения. Следует отметить существенную роль обострения инфекционного

процесса в бронхах, которое ведет к нарастанию бронхиальной обструкции и усилению симптомов заболевания.

КЛАССИФИКАЦИЯ

В России принято относить к ХОБЛ три патологических процесса:

хронический обструктивный бронхит;

бронхиальную астму тяжелого течения;

эмфизему легких, вследствие дефицита альфа 1-антитрипсина.

Выделяют три степени тяжести течения ХОБЛ: легкую, среднюю и тяжелую

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА И ДИАГНОСТИКА

Постановка диагноза ХОБЛ основана на выявлении характерных клинических признаков болезни с учетом предрасполагающих факторов риска и исключения заболеваний легких со сходными признаками. Большинство больных ХОБЛ — это мужчины старше 40 лет, заядлые курильщики (20 сигарет в день на протяжении 20 лет и более). В анамнезе — часто наличие респираторных заболеваний, преимущественно в холодное время года.

Основными симптомами, заставляющими пациента обратиться к врачу, являются нарастающая одышка и кашель, сопровождающиеся свистящими хрипами.

Одышка может варьировать в широких пределах: от ощущения нехватки воздуха при стандартных физических нагрузках до тяжелой дыхательной недостаточности.

Кашель обычно продуктивный с небольшим количеством слизистой или слизисто-гноной мокроты. Количество и качество выделяемой мокроты может изменяться в зависимости от выраженности воспаления и активации бронхолегочной инфекции.

Классические патологические признаки, выявляемые при объективном исследовании, — свистящие хрипы при выдохе (особенно при форсированном выдохе) и удлинение времени выдоха.

По мере прогрессирования заболевания появляются признаки эмфиземы легких: грудная клетка приобретает бочкообразную форму, при ее перкуссии определяется коробочный звук, края легких смещаются вниз, подвижность их ограничивается, появляется ослабленное дыхание, выраженность хрипов уменьшается, выдох удлиняется.

При утрате обратимого компонента обструкции усиливаются признаки дыхательной недостаточности, нарастает легочная гипертензия, формируется хроническое легочное сердце. Диагностика компенсированного легочного сердца при физикальном исследовании обычно затруднена.

Для больных с тяжелой ХОБЛ характерны выраженная одышка, диффузный цианоз, уменьшение массы тела; наблюдаются постоянная гипоксия и гиперкапния, нередко вторичная полицитемия, сопровождающаяся повышением вязкости крови; развивается декомпенсированное легочное сердце.

Таким образом, ХОБЛ характеризуется постепенным началом; развитие и прогрессирование болезни происходит под воздействием факторов риска. Первыми признаками ХОБЛ являются одышка и кашель; остальные признаки присоединяются позднее по мере прогрессирования болезни.

Необходимым условием для постановки диагноза ХОБЛ, по рекомендациям Всемирной Организации Здравоохранения, является подсчет индекса курящего человека по формуле:

Индекс курящего человека = количество ежедневно выкуриваемых сигарет X 12

Курение представляет риск в отношении ХОБЛ, если величина индекса превышает 160; индекс более 200 позволяет отнести пациента к категории «злостных курильщиков».

Считается, что если данное значение превышает 25, то пациент может быть отнесен к «злостным курильщикам». Если этот показатель достигает 10, то пациент относится к «безусловным курильщикам». Как «бывший курильщик» пациент определяется в случае прекращения курения на срок 6 и более месяцев.

Данные физикального исследования при ХОБЛ позволяют заподозрить наличие заболевания и наметить план дальнейшего исследования с применением инструментальных и лабораторных методов.

Все диагностические методы можно условно разделить на обязательный минимум, используемый у всех больных, и дополнительные методы, применяемые по специальным показаниям.

К обязательным методам помимо физикальных относятся: определение функции внешнего дыхания (ФВД), рентгенологическое исследование, электрокардиография (ЭКГ), анализ крови, цитологическое исследование мокроты, клинический анализ крови.

Ведущее значение в диагностике ХОБЛ имеет исследование функции внешнего дыхания. Обязательным является исследование следующих объемных и скоростных показателей, получаемых с помощью спирометрии: жизненная емкость легких, форсированная жизненная емкость легких, объем форсированного выдоха за первую секунду, максимальная скорость выдоха на уровне 75-25%.

С помощью исследования ФВД определяют наличие нарушения бронхиальной проходимости, степень ее выраженности, обратимость бронхиальной обструкции; контролируют эффективность лечения.

Из всех показателей ФВД особо выделяется объем форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ1). Обладая высокой степенью воспроизводимости, ОФВ1 адекватно отражает состояние бронхиальной проходимости и является общепринятым показателем для оценки степени обструкции у больных ХОБЛ. Это позволяет документально зарегистрировать у пациента наличие обструкции и в дальнейшем мониторировать состояние бронхиальной проходимости и ее вариабельность.

Основным критерием, определяющим обструкцию, является снижение показателя ОФВ1 до 80 и менее процентов от должной величины. Бронхиальная обструкция считается хронической, если она регистрируется как минимум 3 раза в течение одного года, несмотря на проводимую терапию.

Для ранней диагностики ХОБЛ возможно также использование показателей парциальной кривой «поток — объем».

Для более точной диагностики и выбора лечения необходимо определять наличие обратимости бронхиальной обструкции. Обратимость бронхиальной обструкции устанавливается при помощи бронходилатационной пробы с бета2-агонистами и холинолитиками. Обструкция считается обратимой в случае прироста ОФВ1 более чем на 15% (или 200 мл). Этот тест позволяет разграничить бронхиальную астму (БА) и ХОБ, имеет определенное прогностическое значение и может способствовать выбору адекватной терапии.

Важным методом, позволяющим подтвердить диагноз ХОБЛ, является мониторирование ОФВ1~ многолетнее повторное измерение этого показателя. В зрелом возрасте в норме отмечается ежегодное снижение ОФВ1 в пределах 30 мл/год. Для больных ХОБЛ характерно ежегодное падение ОФВ1 более чем на 50 мл.

В домашних условиях (при необходимости и в стационаре) возможно мониторирование выраженности бронхиальной обструкции с использованием показателя пиковой скорости выдоха (ПСВ), определяемой методом пикфлоуметрии. Этот метод позволяет определить суточную вариабельность ПСВ, которая при ХОБЛ обычно не превышает 15%, и способствует разграничению БА и ХОБ.

Функциональные расстройства при ХОБЛ проявляются не только нарушением бронхиальной проходимости, но и изменением структуры статических объемов, нарушением эластических свойств, диффузионной способности легких, снижением физической работоспособности. Определение этих расстройств считается дополнительным.

Рентгенологические методы исследования. Рентгенография органов грудной клетки при ХОБЛ применяется прежде всего для дифференциальной диагностики и выявления сопутствующих заболеваний. По данным этого исследования можно также в определенной степени судить о наличии эмфиземы легких.

Компьютерная томография легких является дополнительным методом, проводится по специальным показаниям и позволяет, в первую очередь, выявить выраженность и распространенность эмфиземы.

Электрокардиография. С помощью ЭКГ можно оценить состояние миокарда и наличие признаков гипертрофии и перегрузки правого желудочка.

Анализ крови. Клинический анализ. При обострении ХОБЛ часто выявляются нейтрофильный лейкоцитоз, палочкоядерный сдвиг в лейкоцитарной формуле, а также увеличенная скорость оседания эритроцитов (СОЭ).

С развитием гипоксемии формируется полицитемический синдром, сопровождающийся повышением числа эритроцитов (гематокрит $>52\%$ у мужчин и $> 47\%$ у женщин), высоким уровнем гемоглобина и низкой СОЭ.

Иммунологическое исследование крови является дополнительным и проводится при неконтролируемом прогрессировании инфекционного процесса для выявления признаков, иммунодефицита.

Исследование мокроты. Цитологическое исследование дает представление о характере воспалительного процесса и его выраженности; является обязательным методом.

Культуральное микробиологическое исследование проводится при неконтролируемом прогрессировании инфекционного процесса и подборе рациональной антибиотикотерапии; является дополнительным методом исследования.

Исследование газов артериальной крови. Определять газовый состав (PaO_2 и $PaCO_2$) крови рекомендуется при средней и тяжелой формах ХОБЛ. Это необходимо для оценки легочного газообмена, уточнения выраженности дыхательной недостаточности и суждения о характере прогрессирования заболевания.

Пульсоксиметрия применяется для измерения и мониторинга насыщения крови кислородом (SaO_2), однако она дает возможность регистрировать лишь уровень оксигенации и не позволяет следить за изменениями $PaCO_2$; Если значение SaO_2 меньше чем 94% , то показано исследование газов крови.

Бронхологическое исследование. Бронхологическое исследование является дополнительным и целесообразно для оценки состояния слизистой бронхов и для дифференциальной диагностики с другими заболеваниями.

Диагностика ХОБЛ осуществляется на основании оценки следующих данных: наличие факторов риска, клинических признаков заболевания, главными из которых являются экспираторная одышка и кашель, а также выявление нарушения бронхиальной проходимости по снижению ОФВ₁. Важный компонент диагностики — указание на прогрессирование болезни. Обязательное условие диагностики — исключение других заболеваний, которые могут приводить к аналогичным симптомам. Основные диагностические признаки ХОБЛ в зависимости от степени тяжести. На ранних этапах развития ХОБЛ следует различать ХОБ и БА, так как в это время требуются различные подходы к лечению этих заболеваний. При появлении у больных БА необратимости бронхиальной обструкции дифференциальный диагноз этих заболеваний теряет смысл, так как можно констатировать присоединение второй болезни — ХОБ и развитие ХОБЛ.

При формулировке диагноза в тех случаях, когда можно четко выделить нозологическую принадлежность заболевания, термин ХОБЛ следует опустить и ограничиться указанием нозологии, степени тяжести, фазы заболевания и наличия осложнений. Подобные ситуации характерны для ХОБЛ легкой и средней тяжести.

Например:

- ХОБ. Средняя степень тяжести. Фаза ремиссии.

Эмфизема легких. Дыхательная недостаточность I степени.

- ХОБ. Средняя степень тяжести. Фаза обострения.

Эмфизема легких. Дыхательная недостаточность II степени. Хроническое легочное сердце. Недостаточность кровообращения I степени.

При невозможности четко определить нозологическую принадлежность заболевания (преобладает необратимый компонент обструкции, но имеются другие признаки, позволяющие различить заболевания, составляющие ХОБЛ) следует начинать диагноз с термина ХОБЛ с дальнейшим перечислением составляющих ее заболеваний. Например:

— ХОБЛ: БА, ХОБ, эмфизема легких, фаза обострения, тяжелое течение, дыхательная недостаточность II степени, хроническое легочное сердце, недостаточность кровообращения I ст.

При отсутствии признаков БА и наличии симптомов среднетяжелого или тяжелого ХОБ диагноз может быть сформулирован следующим образом:

— ХОБЛ: ХОБ, эмфизема легких, тяжелое течение, вне обострения, дыхательная недостаточность II степени, полицитемия, хроническое легочное сердце, недостаточность кровообращения I степени.

ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА

Целью лечения является снижение темпов прогрессирования заболевания, уменьшение частоты и продолжительности обострений, повышение толерантности к физической нагрузке и улучшение качества жизни.

Поставленная цель достигается следующими организационными и лечебными мероприятиями:

обучение пациентов,
прекращение курения,
бронходилатирующая терапия,
муколитическая терапия,
глюкокортикостероидная терапия,
коррекция дыхательной недостаточности,
противоинфекционная терапия,
реабилитационная терапия.

подавляющее большинство больных должно лечиться амбулаторно, по индивидуальной программе, составленной лечащим врачом. Госпитализация показана лишь при обострении ХОБЛ, которое не контролируется в амбулаторных условиях: нарастание гипоксемии, возникновение или нарастание гиперкапнии, декомпенсация легочного сердца.

Пребывание в стационаре должно быть кратковременным и направленным на купирование обострения и установление нового режима амбулаторного лечения.

Обучение пациентов. Активное участие пациента в лечебном процессе — одно из главных условий эффективного лечения ХОБЛ. Это достигается путем информирования пациента о природе болезни, лечебных мероприятиях и формулирования совместно с пациентом реалистической цели лечения, индивидуальной его программы, а также обучения пациента основным принципам самоконтроля.

прекращение курения. Прекращение курения — первый обязательный шаг в лечении ХОБЛ. Пациент должен четко осознать вредное действие табачного дыма. Необходимо составить конкретную программу прекращения курения. В тяжелых случаях никотиновой зависимости целесообразно применение никотинзамещающих препаратов. Возможно привлечение психотерапевтов и иглорефлексотерапевтов.

Устранение действия других раздражителей респираторной системы возможно осуществлять в настоящих условиях только путем профессиональной ориентации больных.

бронходилатирующая терапия. Применение бронхорасширяющих препаратов — базисная терапия, обязательная при лечении ХОБЛ. Все остальные средства и методы должны применяться только в сочетании со средствами базисной терапии.

предпочтение отдается применению ингаляционных форм бронхолитиков. Использование спейсеров и небулайзеров позволяет облегчить выполнение ингаляции, увеличить ее эффективность, снизить потенциальный риск развития побочных эффектов.

из существующих бронхорасширяющих средств в лечении ХОБЛ используются антихолинергические препараты (холинолитики), бета₂-агонисты и метилксантины.

ингаляционные холинолитики являются препаратами первого выбора при лечении ХОБЛ. Отсутствие выраженных побочных эффектов/позволяет рекомендовать их для длительной базисной терапии. Следует отметить, что ингаляционные холинолитики эффективны у пожилых пациентов и хорошо переносятся больными с сердечными и циркуляторными нарушениями. Действие ингаляционных антихолинергических препаратов

развивается сравнительно медленно, достигая максимума через 30—60 мин после приема и продолжается в течение 4—8 ч.

Наиболее распространенным препаратом является атровент, содержащий 20 мкг ипратропиума бромид в одной ингаляционной дозе. Рекомендуемая дозировка 2—4 ингаляции 3—4 раза в день. Если результаты острого бронходилатационного теста оказались отрицательными, необходимо провести оценку эффективности препарата после трехнедельного его использования. Уменьшение клинической симптоматики и увеличение ОФВ1 на 15% и более через 3 недели приема ингаляционного холинолитика свидетельствует об эффективности его применения.

При ХОБЛ легкой степени тяжести ингаляционные холинолитики назначаются периодически, преимущественно во время ухудшения состояния. Длительность их применения должна быть не менее 3 недель. При среднетяжелой и тяжелой ХОБЛ холинолитики применяются постоянно.

Бета2-агонисты (фенотерол, сальбутамол, тербуталин) обладают быстрым действием на бронхиальную обструкцию (при сохранившемся обратимом его компоненте). Больные в течение нескольких минут ощущают существенное улучшение самочувствия. Бета2-агонисты рекомендуется назначать больным с интермиттирующей симптоматикой. Их обычно используют регулярно 3-4 раза в день или перед физической нагрузкой.

Действие этих препаратов начинается в течение нескольких минут, достигает пика через 15—30 мин и продолжается в течение 4—5 ч.

Бета2-агонисты необходимо с осторожностью применять у пожилых больных, при сопутствующей сердечно-сосудистой патологии, так как эти препараты могут вызвать или усиливать нарушения сердечного ритма.

Наилучший бронходилатирующий эффект достигается при комбинации антихолинергических и адреномиметических средств. Такая комбинация позволяет потенцировать бронхорасширяющее действие и существенно уменьшает суммарную дозу бета2-агонистов, снижая риск побочного действия последних. В основном используются беродуал (ипратропиум бромид 20 мкг + фенотерол 50 мкг) и комбивент (ипратропиум бромид 20 мкг + сальбутамол 100 мкг). В последнее время стал накапливаться положительный опыт сочетанного применения холинолитиков с бета2-агонистами пролонгированного действия (сальметерол).

Комбинированные препараты в основном применяются с помощью дозированных ингаляторов. Применение спейсеров позволяет повысить доставку препарата в респираторный тракт на 20%.

При ХОБЛ средней и тяжелой степени наилучший эффект достигается при использовании небулайзеров (прил. 9), позволяющих на 40% (по сравнению с дозированным ингалятором) повысить проникновение препарата в дыхательные пути.

Метилксантины. При недостаточной эффективности холинолитиков и бета2-агонистов к лечению рекомендуется присоединять метилксантины (теофиллины). Их бронходилатирующий эффект ниже, чем у бета2-агонистов и холинолитиков, но благодаря ряду дополнительных воздействий (уменьшение легочной гипертензии, увеличение сердечного выброса, усиление диуреза, стимуляция центральной нервной системы, усиление работы дыхательных мышц) они оказываются полезными у больных с тяжелой и среднетяжелой ХОБЛ.

Следует помнить, что при передозировке теофиллин дает большое количество побочных эффектов. Необходимо соблюдать осторожность при ИБС, нарушениях ритма, а также учитывать противопоказания к его назначению.

Широкое распространение в последнее время получило применение пролонгированных теофиллинов (теопек, теотард и др.), действие которых продолжается в течение 12—24 ч (назначаются внутрь 1—2 раза в день).

Раствор эуфиллина (аминофиллина) вводят внутривенно по специальным показаниям больным с обострением ХОБЛ.

При лечении метилксантинами (короткого и пролонгированного действия) рекомендуется определение уровня теофиллина в крови в начале лечения, каждые 6—12 мес и после смены доз и препаратов.

Теофиллины действуют в диапазоне терапевтических концентраций 5—15 мкг/мл. При концентрации > 20 мкг/мл возникает большое количество побочных эффектов.

Мукорегуляторные средства. Улучшение мукоцилиарного клиренса в значительной степени достигается при целенаправленном действии на бронхиальный секрет с помощью мукорегуляторных средств. Эти средства целесообразно применять при нарушении выделения мокроты. Различают муколитики и мукорегуляторы.

Муколитики (ацетилцистеин) разрушают мукопротеины. Мукорегуляторы (амброксол) уменьшают вязкость мокроты путем нарушения синтеза сиаломуцинов.

Карбоцистеин обладает мукорегулирующими и муколитическими эффектами.

Ацетилцистеин и амброксол назначаются внутрь, в ингаляциях и парентерально. Карбоцистеин применяется только орально.

Протеолитические ферменты в качестве муколитиков в настоящее время не рекомендуются.

Глюкокортикостероидная терапия. Показанием для кортикостероидной (КС) терапии при ХОБЛ является неэффективность максимальных доз средств базисной терапии — бронходилататоров.

Назначение КС улучшает бронхиальную проходимость лишь у 10—30% пациентов с ХОБЛ. Для того чтобы решить вопрос о целесообразности применения КС, следует провести пробную терапию: 20—30 мг/сут преднизолона в течение трех недель (перорально). Возрастание ОФВ₁ в бронходилатационном тесте на 10% от должных величин или, по крайней мере, на 200 мл за это время свидетельствует о положительном влиянии КС на бронхиальную проходимость. Это может быть основанием для длительной терапии ХОБЛ кортикостероидами.

Возможно использование ингаляционных стероидов, преимущество которых заключается в минимальных побочных эффектах. Однако их роль в лечении ХОБЛ остается окончательно неубедительной.

Коррекция дыхательной недостаточности. Коррекция дыхательной недостаточности достигается путем оксигенотерапии и тренировки дыхательной мускулатуры.

Показанием к систематической оксигенотерапии является снижение PaO₂ в крови до 60 мм рт. ст., снижение PaO₂ < 85% при стандартной шаговой пробе с 6-минутной ходьбой и < 88% в покое.

Предпочтение отдается длительной (18 ч/сут) малопоточной (2—5 л/мин) кислородотерапии как в стационарных условиях, так и на дому. При тяжелой дыхательной недостаточности возможно применение гелиево-кислородной смеси. Для домашней оксигенотерапии используются концентраторы кислорода, а также приборы для неинвазивной вентиляции с отрицательным и положительным давлением на вдохе и выдохе.

Тренировка дыхательной мускулатуры достигается с помощью дыхательной гимнастики. Возможно также применение чрезкожной электростимуляции диафрагмы.

При выраженном полицитемическом синдроме проводится эритроцитозитоз или кровопускание.

Противоинфекционная терапия. Наиболее часто причиной инфекционного обострения ХОБЛ являются *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxellacatarrhalis* и вирусы. Антибиотики назначаются при наличии клинических признаков интоксикации, увеличении количества мокроты и появлении в ней гнойных элементов. Препаратами выбора являются аминопенициллины, макролиды, цефалоспорины 2—3 поколения, доксициклин, котримоксазол. Фторхинолоны также демонстрируют довольно высокую эффективность (80—95%) при обострении хронических бронхитов. Обычно лечение назначается эмпирически и длится 7—14 дней. Предпочтение отдается оральным формам антибактериальных средств. Применение антибиотиков в ингаляциях не рекомендуется. Антибиотики не следует также использовать профилактически.

При частоте инфекционных рецидивов более 2 раз в год назначаются поливалентные вакцины (рибомунил, бронхомунал, бронховаксом). Вместе с тем, при тяжелом течении ХОБЛ эффективность этих вакцин остается сомнительной.

Реабилитационную терапию назначают при ХОБЛ любой степени тяжести.

В зависимости от тяжести, фазы болезни и степени компенсации дыхательной и сердечно-сосудистой систем лечащий врач определяет индивидуальную программу, которая включает режим, лечебную физкультуру, физиотерапевтические процедуры, санаторно-курортное лечение.

При легочно-сердечной недостаточности, не превышающей I степени, показано лечение в здравницах на побережьях Черного, Балтийского морей и Тихого океана (курорты Сочинской, Геленджикской, Ленинградской и Владивостокской групп), а также лечение на низко- и среднегорных курортах (Нальчик, Кисловодск). При легочно-сердечной недостаточности II степени показано лечение только в местных санаториях (Л. М. Клячкин, 1998).

При тяжелых формах ХОБЛ с легочной гипертензией и развитием легочного сердца возникает необходимость включения в терапию ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента, блокаторов кальциевых каналов, дезагрегантов, диуретиков.

Назначение адренергических блокаторов противопоказано. Психотропные препараты следует применять с осторожностью в связи с их угнетающим действием на дыхательный центр.

При выборе тактики лечения больных ХОБЛ необходимо руководствоваться двумя возможными вариантами терапии: лечение вне обострения (поддерживающая терапия) и лечение обострения ХОБЛ.

Лечение вне обострения:

1. При легком течении периодически применяются М-холинолитики и мукорегуляторы (при явлениях мукостаза).

2. При среднетяжелом течении М-холинолитики применяются постоянно, бета2-агонисты — при необходимости, метилксантины — по показаниям. Проводится вакцинация при инфекционных обострениях более двух раз в год. Мукорегуляторы назначаются при мукостазе. Возможно назначение кортикостероидов при неэффективности бронхолитиков.

3. При тяжелом течении М-холинолитики в сочетании с бета2-агонистами назначаются постоянно, применяются небулайзеры, метилксантины. Мукорегуляторы — при мукостазе. Кортикостероиды назначаются при неэффективности бронхолитиков. Применяется длительная малопоточная оксигенотерапия, если $PaO_2 < 60$ мм рт. ст. Проводится лечение декомпенсированного легочного сердца.

Лечение обострения ХОБЛ:

При легком течении назначаются М-холинолитики (в увеличенных дозах) в сочетании с бета2-агонистами, мукорегуляторы, а также антибактериальные средства в случае активации инфекционного процесса.

При среднетяжелом течении назначаются М-холинолитики в сочетании с бета2-агонистами через небулайзер, метилксантины (возможно, внутривенно), мукорегуляторы. Кортикостероиды применяются перорально или внутривенно при недостаточной эффективности бронхолитиков. Антибактериальные средства назначаются при активации инфекционного процесса. При $НЬ > 150$ г/л

применяются эритроцитозферез, дезагреганты. При $PaO_2 < 65$ мм рт. ст. проводится малопоточная оксигенотерапия через маску или носовой катетер.

При тяжелом течении объем лечения несколько шире, чем при среднетяжелом (возможно введение бета2-агонистов не только через небулайзер, но и внутривенно). Кроме того, проводится лечение декомпенсированного легочного сердца.

Показания для госпитализации больных ХОБЛ

- неэффективность амбулаторного лечения
- нарастание гипоксии
- возникновение или нарастание гиперкапнии

- декомпенсация легочного сердца, не поддающаяся амбулаторному лечению

Бронхиальная астма (БА) представляет собой хроническое заболевание, основой которого является воспалительный процесс в дыхательных путях с участием разнообразных клеточных элементов, тучных клеток, эозинофилов и Т-лимфоцитов, обязательным механизмом которого является гиперреактивность бронхов и обратимая бронхиальная обструкция, обусловленная острым бронхоспазмом, отеком стенок бронхов, формированием слизистых пробок, последующей перестройкой стенок бронхов.

Бронхиальная астма - хроническое персистирующее воспалительное заболевание дыхательных путей, характеризующиеся обострениями в виде кашля, появлением свистящих хрипов, чувства заложенности в груди, затруднением дыхания. Эти симптомы обычно носят обратимый характер, но иногда могут приводить к летальному исходу.

Механизмы обструкции бронхиального дерева:

- отек слизистой оболочки бронхов
- гиперсекреция бронхиальных желез
- острая бронхоконстрикция

ЭТИОЛОГИЯ.

В настоящее время все этиологические факторы БА называются триггерными, то есть пусковыми. Они делятся на 2 группы:

индукторы - то есть триггеры, вызывающие воспаление.

Стимуляторы - то есть факторы, ускоряющие острый бронхоспазм у чувствительных людей.

К индукторам относятся:

Атопия - генетическая предрасположенность формирования ответа в виде Ig E тучных клеток и эозинофилов на обычные аллергены окружающей Среды. Наиболее распространенные из них: пыль, пыльца растений, некоторые пищевые продукты, лекарства, органические соединения животного и растительного происхождения, воздушные и водные поллиантов, вирусная инфекция. К факторам стимуляторов относят в основном изменения физического состояния: изменения физической нагрузки, бег, холодный воздух, сильное эмоциональное перенапряжение.

ПАТОГЕНЕЗ:

В основе лежит аллергическое воспаление. Согласно классификации ТОМПСА, повреждения тканей при аллергических реакции идет по 4 типам:

- реакinovому
- цитотоксическому
- иммунокомплексному
- туберкулиновому.

Для БА наиболее характерны первый и последний типы. Суть реакинового типа состоит в том, что при попадании триггерами образуются реагенты, которые представлены Ig E. Ig E фиксируются на тучных клетках и создает сенсibilизацию организма. Повторное попадание триггера (аллергена) в организм вызывает выброс целого ряда медиаторов воспаления (гистамин, ПГ (особенно F2 A), лейкотриены, нейропептиды), которые приводят к воспалению, отеку, гиперсекреции, бронхоспазму, то есть приступу БА.

Другой тип, туберкулиновый, заключается в следующем: в ответ на попадание аллергена образуются сенсibilизированные лимфоциты, которые выполняют роль Ат. При повторном введении аллергена сенсibilизированные лимфоциты секретируют больше 30 видов лимфокинов (цитокинов), которые вызывают множество эффектов со стороны тучных клеток и приводят к выделению медиаторов воспаления, вызывающие выше описанные изменения..

Классификация бронхиальной астмы:

Классификации международного консенсуса'GfNA 2002г.

Бронхиальная астма делится на 4 степени тяжести процесса:

1.Интермиттирующая астма (ступень I) характеризуется короткими обострениями с частотой менее, чем 1 раз в неделю, длящиеся от нескольких часов до нескольких дней. Симптомы ночной астмы появляются 2 раза в месяц или реже. В межприступные периоды симптомы

болезни отсутствуют. ОФВ1 или ПСВ до приема медикаментов более 80% от должных значений. Разброс показателей в течение суток колеблется менее чем на 20%.

2. Легкая персистирующая астма (ступень II) характеризуется появлением у больного симптомов обострения 1 раз в неделю или чаще, но реже, чем 1 раз в день-симптомы ночной астмы возникают чаще 2 раз в месяц. Больной с этой формой астмы имеет значение ПСВ или ОФВ1 до лечения более или равные 80% от должных значений, а колебания показателей сохраняются в пределах 20-30%. 3. Персистирующая астма средней тяжести (ступень III) характеризуется ежедневными симптомами болезни в течение длительного времени, симптомами ночной астмы чаще, чем 1 раз в неделю. Значение ПСВ или ОФВ1 до приема медикаментов колеблется от 60% до 80% от должного значения, а колебания этих показателей в течение суток составляют 20-30%.

4. Тяжелая персистирующая астма (ступень IV), когда у больного симптомы болезни держатся длительное время, часто возникают ночные симптомы, наблюдается ограничение физической активности и, несмотря на прием препаратов, рецидивируют тяжелые приступы удушья. Показатели ПСВ и ОФВ1 до назначения лечения менее 60% от должного значения, а колебания их в течение суток превышают 30%.

Наиболее приемлема для индивидуальной диагностики, терапии и профилактики расширенная и дополненная Г. Б. Федосеевым (1982 г.).

1. Этапы развития БА.

Биологические дефекты у практически здоровых людей.

Состояние преаастмы.

Клинически выраженная астма.

2. Клинико - патогенетические варианты.

Атопический.

Инфекционно - зависимый.

Аутоиммунный.

Дисгормональный (гормонозависимый).

Дизовариальный.

Выраженный адренергический дисбаланс.

Холинергический

Нервно - психический.

Аспириновый.

Первично - изменённая реактивности бронхов.

3. Тяжесть течения болезни.

Лёгкое течение.

Течение средней тяжести.

Тяжёлое течение.

4. Фазы течения БА.

Обострение.

Нестабильная ремиссия.

Ремиссия.

Стойкая ремиссия. (более 2-х лет).

5. Осложнения.

Лёгочные: ателектаз, пневмоторакс, лёгочная недостаточность.

Внелёгочные: лёгочное сердце, сердечная недостаточность и др.

Клиника бронхиальной астмы:

Основными проявлениями БА является приступ удушья, в развитии клиники которого различают 3 периода:

1. Период предвестников - возникают за несколько минут до приступа в виде вазомоторного ринита, ощущения сухости в носу, усиления одышки, зуда кожи, раздражительности.

2. Период разгара - характеризуется развитием удушья экспираторного типа, то есть короткий вдох, выдох в 2-4 раза длиннее, затруднен, сопровождается дистантными хрипами. Больные

занимают положение артопное, покрыты холодным липким потом. Шейные вены набухшие, пульс частит, границы сердца расширяются вправо, тоны сердца глухие, грудная клетка эмфизематозная, дыхание частое. При перкуссии тимпанический звук, дыхание жесткое с массой сухих свистящих и жужжащих хрипов. Приступ удушья прерывается кашлем с отхаркиванием густой вязкой “стекловидной” мокроты.

3.Период обратного развития - наступает после лечения, характеризуется регрессом выше описанных клинических симптомов.

Диагностические критерии клинически патогенетических вариантов БА.

В диагностике БА важную роль играют:

Тщательно собранный анамнез:

Что предшествует приступу удушья? :

контакт с неинфекционными аллергенами: пылевыми, бытовыми, производственными, пищевыми, лекарственными и др. у больных с атопическим вариантом БА.

воспалительные заболевания органов дыхания инфекционной природы у больных с инфекционно - зависимым вариантом.

при гормональной зависимости ухудшение состояния при уменьшении дозы гормонов.

при дизовариальном варианте - ухудшение состояния в связи с менструальным циклом.

нервно - психический стресс, различные неприятности в семье, на работе в случае нервно - психического варианта.

физическая нагрузка, дыхание холодным воздухом, вдыхание различных запахов.

приём аспирина или других НПВП.

Отягощённая наследственность: наличие БА и аллергических заболеваний у кровных родственников.

Инструментальные методы: показатели функции внешнего дыхания (ОФВ1 и др.). При длительно протекающих приступах удушья могут появляться признаки недостаточности правого желудочка. При рентгенологическом исследовании определяется повышенная прозрачность лёгочных полей, низкое стояние диафрагмы.

Лабораторные исследования:

-определение уровня общего и специфического иммуноглобулина Е.

-проведение провокационных проб с неинфекционными аллергенами.

-высев содержимого бронхов (высев мокроты, смыв из бронхов).

-положительные кожные пробы с грибковым антигеном.

-выявление вирусных антигенов в эпителии слизистой бронхов; 4-х кратный прирост в сыворотке крови титров антител к вирусам, бактериям, грибам.

-появление противолёгочных антител, повышение концентрации иммунных комплексов и активности щелочной фосфатазы.

-определение уровня (суммарно) 11 ОКС или кортизола в плазме крови, 17 ОКСИ и кетостероидов в моче, суточный клиренс кортикостероидов, поглощение кортизола лимфоцитами или количество кортикостероидных рецепторов в лимфоцитах, проведение малого дексаметазонового теста.

Лечение бронхиальной астмы:

Принципы комплексного индивидуального лечения больных БА.

Правильное построение индивидуального лечения зависит от следующего: фазы заболевания (тактическая терапия в фазе обострения, стратегическая в фазе ремиссии), тяжести течения, клинико-патогенетического варианта, возрастных особенностей и сопутствующих заболеваний.

Комплексное лечение состоит из 3 частей:

элиминационной терапии, направленной на устранение причиннозначимых факторов внешней среды

патогенетической и 3.симптоматической фармакотерапии, включая тренирующую терапию.

Элиминационные мероприятия имеют значение на обоих этапах, направлены на устранение причиннозначимых факторов из окружения больного, предусматривают создание гипоаллергенного быта и гипоаллергенной диеты.

Патогенетическая (базисная) и симптоматическая фармакотерапия должна проводиться с учетом тяжести течения (обострение), наличия или отсутствия активного клинически выраженного инфекционного воспаления и включает введение глюкокортикоидов, мембраностабилизирующих средств, противомикробных препаратов в случае активного клинически выраженного инфекционного воспаления, и бронхолитиков.

При лечении больных БА с течением болезни средней тяжести и тяжелым, предпочтение следует отдавать мембраностабилизирующим, а не бронхолитическим препаратам.

К мембраностабилизирующим препаратам относятся натрия хромогликат (интал, ифирал, кромолин), кетотифен (позитан), антагонисты кальция (нифедипин).

Применяются для лечения БА и внелегочных проявлений аллергии.

Глюкокортикоиды также относятся к базисным препаратам (противовоспалительный эффект). Используются системные ГКС и ГКС местного действия. Показанием к назначению ингаляционных ГКС является среднетяжелое и тяжелое течение. К ним относятся: беклометазона дипропионат (бекломет, бекотид, беклокорт, альдецин), ингакорт, фликсотид (продолжительного действия ингаляционные ГКС). Рекомендуется сочетание ингаляционных ГКС с применением бронхолитиков. При невозможности добиться стабилизации состояния с помощью ингаляционных ГКС назначаются системные внутрь.

К бронхолитическим препаратам относятся: бета 2 адреномиметики: короткодействующие: фенотерол, альбутерол (сальбутамол), тербуталин, клинбутерол, гексапреналин; длительнодействующие: сальметерол и фориотерол; холинолитики: ипратропиума бромид (атровент) и окситропиума бромид.

Комбинированные препараты: беродуал (дуовент), дитэк, интал-полус, комбипэк. Кроме того к бронхолитическим препаратам относятся производные теофиллина: эуфиллин (аминофиллин), теопэк, теобилонг, ретафил, теотарт, теодур.

Антигистаминные препараты используются при лечении внелегочных аллергических заболеваний, часто сочетающихся с БА, перспективным является использование препаратов 2 поколения: терфенадин, астемизол, акривастин, лоратадин, (klaritin), цетиризин. Достоинства этих препаратов: отсутствие седативного и снотворного эффекта, быстрота развития терапевтического эффекта, отсутствие привыкания к ним при длительном применении.

Антибиотики не являются обязательными в лечении больных БА. Их назначение показано только в случаях достоверной верификации инфекционного воспаления органов дыхания. Больным БА противопоказаны антибиотики из группы пенициллинов из-за их высокой аллергизирующей активности. Назначение антибиотиков необходимо: при обострении инфекционно-зависимой БА, развившейся на фоне острой пневмонии, обострении хронического бронхита, в случае сочетания астмы с активными очагами инфекции в ЛОР органах у больных с гормонозависимой астмой, осложнённой грибковым поражением дыхательных путей. Наиболее часто в клинической практике используются фторхинолоны, макролиды, линкомицин, цефалоспорины.

Иммуномодуляторы широко используются в пульмонологии: тактивин, тималин, антилимфоцитарный глобулин. Антиоксиданты: витамины, микроэлементы, ацетилцистеин, флавоноиды (альфатокоферол ацетат, глутаминовая кислота, вит. С, соединения селена).

Ступенчатый подход к лечению астмы.

Одним из основных критериев, определяющих объем оказания помощи больным БА, является степень тяжести болезни на данном этапе обострения. Выбор препарата определяется степенью тяжести, обозначаемой как соответствующая ступень.

1 ступень - лёгкое эпизодическое течение.

Астму этого течения следует лечить путем активного выявления провоцирующих факторов и их устранения. Это даёт эффект в ряде случаев без каких-либо лечебных мер. При недостаточной их эффективности могут быть использованы адреномиметики короткого

действия. Эти же препараты или же интал применяются профилактически перед физической нагрузкой или контактом с аллергеном. Курс противовоспалительной терапии может быть назначен в периоды обострения.

2 ступень - легкое персистирующее течение.

Астма характеризуется более отчетливой клинически и функционально выраженной персистирующей симптоматикой в периоды обострений, что свидетельствует о наличии текущего воспаления в дыхательных путях, требующего активного лечения.

Препаратами выбора являются ингаляционные противовоспалительные средства (интал, натрия недокромил), назначаемые на длительный срок. Кратковременно возникающие ухудшения в виде затруднения дыхания следует купировать бета 2 адреномиметиками короткого действия, назначаемыми по потребности, но не чаще 3-4 раз в сутки.

3 ступень - течение средней тяжести

Характеризуется существенной вариабельностью частоты и тяжести астматических симптомов, от относительно легких до значительно выраженных и лабильностью функциональных показателей, поэтому важно чтобы терапия этих больных была как можно более индивидуальной. В лечении этих больных в различных комбинациях используется весь арсенал противоастматических средств с учетом воспалительной природы заболевания. Основную роль в лечении играют ингаляционные противовоспалительные (интал, недокромил натрия, ГКС), назначаемые ежедневно, длительно с подбором в последующем индивидуальных поддерживающих доз.

В целях контроля над ночными симптомами показано использование бронходилататоров пролонгированного действия. Выбор бронходилатирующего препарата решается индивидуально в зависимости от получаемого эффекта и переносимости препаратов. Применение холинолитиков показано при ваготонии, что имеет место у больных старшего возраста. Для купирования умеренно выраженных кратковременных приступов можно использовать бета2 адреномиметики короткого действия. Остро возникающие или более длительные ухудшения, включая развитие приступов удушья различной интенсивности и длительности требует для купирования однократного или повторного парэнтерального введения бронхолитиков, а в случае их недостаточной эффективности - ГКС с индивидуальным подбором доз и длительности курса.

4 ступень - тяжёлое состояние, характеризуется непрерывным рецидивированием симптомов болезни, степень их выраженности столь значительна, что приводит к снижению физической активности и нередко к инвалидизации. Учитывая значительную выраженность воспалительных изменений, ведущее место в терапии больных этой группы принадлежит ГКС. Рекомендуется сочетать высокие дозы ингаляционных ГКС (до 1000 мкг и выше) с минимальными, индивидуально подобранными дозами системных ГКС. Полной нормализации клинических и функциональных показателей у этих больных достичь не удаётся в связи с опасностью длительного применения высоких доз системных стероидов. Основной задачей при лечении больных тяжёлой формой БА является снижение потребности в ГКС, что достигается путем сочетания их применения с различными группами бронхолитических препаратов пролонгированного действия. Контроль кратковременных умеренно выраженных приступов осуществляется с помощью редких (не чаще 3-4 раз в сутки) приемов адреномиметиков короткого действия.

. Критериями эффективности проводимого лечения является снижение частоты возникновения астматических симптомов, положительная динамика данных объективного исследования больных, нормализация или устойчивая тенденция к нормализации лабораторных и функциональных показателей.

В соответствии со ступенчатым подходом лечения БА по достижении и сохранении стабильных результатов лечения можно снизить интенсивность терапии для установления минимальной степени воздействия лекарствами, необходимой для поддержания контроля заболевания (ступень вниз).

Переход на ступень вверх (усиление медикаментозного лечения) необходим в случаях невозможности контроля заболевания на предыдущей ступени при условии правильного выполнения больным назначений врача.

Тема 41

Гериатрия. Рациональная фармакотерапия и принципы питания у пожилых. Клинические симптомы атеросклероза у пожилых.)

1.1 Технологическая модель обучения

Часы занятий – 6 часов	Количество студентов: до 10 – 12
Форма занятий	Практическое занятие.
План занятий:	1. ИБС у пожилых. Течение инфаркта миокарда и стенокардии. Особенности лечения. 2. Осложнение инфаркта миокарда, кардиогенный шок, сердечная недостаточность, отек легких. 3. Неотложная помощь
Краткая аннотация Изучать и дать понятие студентам о ИБС у пожилых. Течение инфаркта миокарда и стенокардии. Особенности лечения. Осложнение инфаркта миокарда, кардиогенный шок, сердечная недостаточность, отек легких. Неотложная помощь	Цель занятий 1. Дать понятие студентам о ИБС у пожилых. Течение инфаркта миокарда и стенокардии. 2. Изучение особенностей лечения ИБС. 3. Осложнение инфаркта миокарда, кардиогенный шок, сердечная недостаточность, отек легких. 4. Неотложная помощь
Методы преподавания	Демонстрационное, мультимедии, практика и проведение собеседование
Форма преподавания	Коллективное
Средства преподавания	Текст практики, компьютер, баннеры
Условия преподавания	Аудитория обставленная методике
Мониторинг и оценка	Устное: опрос

1.2. Технологическая карта практических занятий.

Этапы работы и часы	Этапы проведения занятия преподавателем	Обучающиеся
Подготовительный этап (15 минут)	1. Контроль за чистотой аудитории 2. Проверка подготовленности студентов к занятию 3. Контроль посещаемости	Студенты
Этап введения в занятие (15 минут)	1. Подготовка материала к занятию. 2. Подготовка слайдов для показа 3. Разработка списка использованной литературы для предмета	Студенты
2-основной этап 225-минут	1. Разделив студентов на подгруппы, задаёт вопросы по теме.	Деление на маленькие группы Наблюдают Участвуют Слушают и отвечают на вопросы

Заключительный этап (15 минут)	1. Делает заключительные выводы 2. Дает самостоятельную работу 3. Дает домашнюю работу	Слушает Записывает Записывает
Всего: 270 минуты - 6 часов		

Интеграция с другими предметами:

Перечень учебных дисциплин и их разделов, необходимых для изучения данного предмета являются следующие:

биология, биофизика, биохимия, анатомия человека, патологическая анатомия, микробиология и иммунология, общая гигиена, социальная гигиена, организация здравоохранения, мед. техника, фармакология, клиническая фармакология, врач и больной, пропедевтика внутренних болезней, факультативная и госпитальная терапия, народная медицина, ЛФК и физиотерапия, рентгенология и медицинская радиология и клинические предметы, то есть, терапия, пульмонология, кардиология, гастроэнтерология, ревматология, урология и реаниматология.

Содержание

“Стареть скучно, но это единственный способ прожить долго”. Фаина Раневская

Население как развитых стран, так и развивающихся стран, неуклонно стареет. По данным демографического отдела департамента ООН по экономическим и социальным вопросам численность населения в возрасте 60 лет и старше с 1950 года по 1985 годы увеличилась более чем в два раза. По прогнозам этого же департамента в развитых странах численность пожилых людей к 2020 году возрастет с 13 до 17 процентов, а в развивающихся - с 5 до 7 процентов. При этом известны и следующие красноречивые факты: среди посетителей аптек лица старшего возраста составляют около 60 процентов, ими потребляется почти половина всех выпускаемых лекарственных средств. Частота же ошибок при приеме лекарств пожилыми людьми достигает 60 процентов. Риск развития побочных эффектов у лиц старше 60 лет - в 1,5-2 раза выше, чем у молодых. У больных 70 - 79 летнего возраста лекарственная патология развивается в 7 раз чаще, чем у лиц 20 - 29 лет. Подобную статистику не в пользу «взрослых» можно было бы продолжить.

Понятно, что употребление лекарственных средств, особенно у пожилых людей, с учетом выше описанного, является по своей сути проблемой и, чем старше возраст, тем она более выражена.

Эти проблемные особенности потребовали развития целого раздела клинической фармакологии лекарственных средств, применяемых с учетом возрастных особенностей фармакодинамики и фармакокинетики. К факторам, определяющим необходимость корректировать фармакотерапию с учетом почтенного возраста, относятся:

- культурный фактор (особенности деонтологии в гериатрии, поведенческие особенности)
- экономический (пожилые люди – наиболее социально не защищенные лица)
- физический (сниженная физическая активность, возрастные изменения физиологии организма)
- психологический (распространенность когнитивных нарушений, деменции у лиц пожилого возраста)
- медицинский (особенности течения болезни у пожилого человека, наличие сопутствующей патологии, отягощенный коморбидный фон) и др.

Снижение приверженности к лечению (комплаенса) может быть обусловлено культурными, экономическими или психологическими факторами; нарушениями когнитивной сферы; полипрагмазией; более высоким риском развития побочных явлений лекарств; особенностями фармакодинамики и фармакокинетики в связи с возрастом. В результате совокупность фармакокинетических и фармакодинамических изменений, свойственных пожилому и старческому возрасту, приводит к изменению ключевой характеристики - соотношения «доза / эффект». Основными причинами этого феномена являются следующие возрастные нарушения: уменьшение

скорости метаболизма препаратов; уменьшение проникновения препаратов в ткани; снижение функциональных возможностей почек; снижение детоксикационной функции печени; увеличение относительного содержания жировой ткани в организме; ухудшение периферического кровотока и изменение проницаемости сосудистой стенки и тканевых барьеров; уменьшение связывания препаратов с белками крови; изменение чувствительности рецепторов.

Проблема приверженности лечению в пожилом возрасте приобретает особую остроту в связи с необходимостью проведения длительной полифармакотерапии. Установлено, что в пожилом возрасте приверженность к лечению нарушается по причинам:

- увеличения количества назначаемых медикаментов;
- частоты их ежедневного приема;
- длительности лечения;
- необходимости изменения жизненных стереотипов;
- нарастания тяжести заболевания, социальной изоляции больного;
- высокой стоимости лекарства.

Одной из центральных проблем в гериатрической фармакотерапии является проблема побочных эффектов лекарственных средств, могущая развиваться как следствие абсолютной, так и относительной передозировки лекарств. Абсолютная передозировка у лиц старшего возраста наиболее часто обусловлена двумя причинами: как сознательного приема увеличенной дозы, так и забывчивости на фоне ишемических и склеротических процессов в головном мозге, что влечет повторный прием уже принятой дозы.

Непредсказуемые побочные эффекты у данной категории лиц зависят от индивидуальных особенностей, и эти эффекты практически невозможно прогнозировать. Относительная передозировка возможна, вопреки предоставленной информации о дозировке лекарства в его инструкции, по причине особенностей физиологии старческого организма. Еще одной особенностью фармакотерапии в пожилом и старческом возрасте является увеличение вероятности развития синдрома отмены. В качестве примера можно привести развитие указанного синдрома после внезапной отмены часто используемых гипотензивных препаратов (бета - адреноблокаторы, ингибиторы АПФ, клофеллин и др.). При этом быстро возникает вегетативная реакция, тахикардия, гипертонический криз.

Проявления побочных эффектов и медикаментозных осложнений у лиц пожилого и старческого возраста различны, часто атипичны и включают в себя все многообразие возможных реакций. Судя по данным литературы, наиболее часто в гериатрической практике используются следующие препараты: психотропные (антидепрессанты, седативные), гипотензивные (диуретики, ингибиторы АПФ, бета-блокаторы, антагонисты кальция), нестероидные противовоспалительные, сахароснижающие средства, бронходилататоры (теофиллины и бета-2-агонисты), антиангинальные препараты. Побочные эффекты у пациентов пожилого возраста связаны с применением следующих групп лекарственных веществ: сердечные гликозиды - 26,9 %, гипотензивные средства 12,3 %, нестероидные противовоспалительные средства - 19,7% , антибиотики - 12,5 %.

Необходимо выделить одну из самых характерных медикаментозных реакций у пожилых людей - депрессию, вызванную одновременным назначением, как правило, с препаратами бензодиазепинового ряда, нескольких психотропных веществ (особенно совместно с употреблением алкоголя) на фоне повышенной чувствительности ЦНС пожилого человека к лекарственным средствам.

К основным принципам проведения фармакотерапии в пожилом и старческом возрасте относятся:

- рациональность
- контролируемость
- индивидуализация

Тактика фармакотерапии в пожилом и старческом возрасте предполагает использование по возможности малотоксичных лекарственных средств, назначение более низких доз по сравнению с рекомендованным как для препаратов для перорального приема, так и особенно при

парентеральном введении. Известно, что некоторые лекарственные препараты (напр., нейролептики, кардиотонические средства, диуретики и др.) рекомендуются лицам пожилого и старческого возраста в начальной дозе, в среднем составляющую половину дозы человека среднего возраста.

P.S. В качестве лирического, но, как мне кажется, важного отступления, хочу прокомментировать две вещи:

- трудно переоценить профессиональный уровень наших врачей в области гериатрической фармакотерапии, но он, зачастую, к сожалению, оставляет желать лучшего (да простят меня мои коллеги!), ибо особенностям фармакокинетики и фармакодинамики пожилого возраста в университетском курсе посвящено слишком мало внимания. Плохо то, что этот фактор в совокупности с другим объективным фактором («иным» поведением лекарства в пожилом организме) может способствовать скорейшему проявлению побочного эффекта, подчас вовсе без достижения лечебного;

- всем известно, как живет большинство наших стариков, иногда напоминающих «божьих одуванчиков». Не хочется почему-то расшифровывать и так хорошо известные, но грустные вещи. Мне кажется, а, наверное, и не только мне, что лекарственная терапия пожилых людей, и лечебный процесс в целом, (по аналогии — старик и лекарство/старик и море), включая поход в аптеку, лечебное учреждение, общение там с фармацевтами и врачами и работниками этих учреждений любого уровня, имеет, главным образом, символическое значение. Такое общение в целом дает людям надежду, веру, и уже потом, во вторую очередь, предполагает реализацию собственно целительной способности лекарства. Поэтому крайне важно не обмануть наших стариков хотя бы в их воображаемых наивных надеждах, как не переоценивая, так и не недооценивая значение лекарств как таковое.

Одной из особенностей фармакотерапии пожилого возраста является изменение фармакодинамики и фармакокинетики препаратов при старении. Установлено, что эффект лечения, а также неадекватные реакции или отсутствие эффективного результата лечения в пожилом возрасте зависит не только от самого препарата, но и от функционального состояния клеток, тканей, органа-мишени, от рецепторов, через которые опосредуются эффекты препаратов. Нередко могут возникать необычные реакции на препараты и противоположные эффекты, развитию которых способствуют: ухудшение кровоснабжения тканей, витаминная недостаточность и др. Наблюдаются изменения чувствительности к медикаментам: сердечным гликозидам, нейролептикам, барбитуратам, наркотикам, антикоагулянтам. В то же время ряд лекарственных препаратов проявляет более слабое действие: адреналин, эфедрин, β -блокаторы, атропин, платифиллин. Особенности фармакотерапии гипотензивными препаратами у пожилых является то, что они часто могут приводить к стойкой артериальной гипотензии, а также повышение частоты лекарственных осложнений, что связано с наличием сопутствующих заболеваний и увеличением потребления медикаментов. В связи с этим для пожилых предпочтительна моно-, а не полифармакотерапия. Но из-за наличия сопутствующих заболеваний часто не удаётся ограничиться одним препаратом, поэтому при одновременном назначении нескольких лекарственных средств необходимо учитывать их взаимодействие.

Изменение с возрастом фармакодинамических эффектов тесно связано с нарушениями фармакокинетики лекарственных средств, которые обусловлены функциональными нарушениями желудочно - кишечного тракта (ЖКТ), печени, почек и других органов. Показано, что с возрастом замедляется абсорбция из ЖКТ, изменяется распределение лекарственных средств в организме, нарушается метаболизм лекарств в печени, уменьшается экскреция препаратов в связи с функциональными нарушениями в почках. Нарушения всасывания препаратов обусловлены атрофическими процессами слизистой ЖКТ, снижением его функций. Установлено, что снижение кровотока и интенсивности микроциркуляции у пожилых людей

способствует увеличению длительности действия циркулирующих лекарств и изменению их распределения, кумуляции определенных препаратов, увеличению побочных реакций, что повышает риск развития лекарственной интоксикации. Показано, что возрастные нарушения в организме связаны с изменениями водно-электролитного и липидного обмена: уменьшается содержание воды и увеличивается масса жировой ткани. Это способствует увеличению концентрации лекарственных препаратов, возрастает риск передозировки ряда препаратов: дигоксин, антибиотики, тиофиллин, блокаторы H₂-рецепторов гистамина и др.

Показано, что у пожилых людей снижается уровень метаболизма в печени в результате возрастных изменений, сопровождающихся атрофией клеток, замедлением кровообращения, снижением антитоксической и секреторной функций, что способствует замедленному выведению медикаментов, повышению концентрации лекарственных препаратов, метаболизирующихся в печени. В связи со снижением в пожилом возрасте скорости почечного кровотока, уровня клубочковой фильтрации, канальцевой секреции замедляется экскреция многих лекарственных веществ, особенно препаратов с преобладанием почечной элиминации. Т. о., замедление выведения медикаментов почками составляет особенность фармакокинетики в пожилом возрасте.

Препараты, предназначенные не только для лечения, но и для профилактики старения - геропротекторы, снижают интенсивность свободнорадикального окисления и уменьшают содержание продуктов перекисного окисления липидов, активируя защитную и трофическую функцию соединительной ткани, стимулируют гемопоэз, оказывают антитоксическое действие, корректируют возрастные изменения обменных процессов. К ним относятся лекарственные средства растительного происхождения, которые назначаются в реабилитационный период для поддержания качества жизни. К геропротекторам относятся также биологически активные вещества, витамины, микроэлементы, биогенные стимуляторы, адаптогены, общетонизирующие средства. Учитывая большую роль иммунной системы в организме, вполне оправдано применение в пожилом возрасте иммуномодулирующих средств.

Таким образом, применение геропротекторов и иммунокорректоров в гериатрической практике является весьма перспективным и может проводиться в комплексе с другими методами фармакотерапии. При этом необходимо следовать показаниям к их назначению, учитывать механизм действия препаратов и особенности пожилого возраста. Для пожилых людей очень важен индивидуальный подход к лечению. При выборе метода фармакотерапии необходимо учитывать особенности не только самой болезни, но и психическое состояние больного, условия его жизни, индивидуальные особенности, физическое и эмоциональное состояние пациента. Эффект лечения зависит от того, насколько соблюдены основные принципы фармакотерапии для пожилых людей.

Глоссарий (Словарь терминов)

Альфа-терапия

Альфа-терапия - вид лучевой терапии; лечебное применение альфа-частиц: радоновые ванны, радиоактивные повязки и др.

Ампелотерапия

Виноградолечение

Ампелотерапия - использование свежего винограда и виноградного сока для лечения различных (хронических) заболеваний. Ампелотерапия является одним из методов диетотерапии и применяется по назначению врача.

Аутогемотерапия

Аутогемотерапия - внутримышечное или подкожное введение больному собственной крови, взятой из вены, с целью стимуляции защитных функций организма и улучшения процессов обмена веществ.

Аутогемотерапия - метод лечения вяло протекающих инфекционных и других заболеваний.

Баротерапия

Баротерапия - использование в лечебных целях повышенного или пониженного давления воздуха.

Баротерапия обусловлена влиянием измененного атмосферного давления на сосудистую систему, функцию дыхания и газовый обмен.

Общая баротерапия проводится в барокамерах.

К методам местной баротерапии относятся банки.

Гемотерапия

Гемотерапия - переливание цельной крови, а также ее компонентов с заместительной целью. Гемотерапия применяется при кровопотере, анемии и т.п.

Генная терапия (Генотерапия)

Генная терапия - совокупность генноинженерных (биотехнологических) и медицинских методов, направленных на внесение изменений в генетический аппарат соматических клеток человека в целях лечения заболеваний.

Гипербарическая оксигенация

Гипербарическая оксигенация - лечение кислородом под повышенным давлением в барокамере.

Дезинтоксикационная терапия

Дезинтоксикационная терапия - комплекс лечебных мер, имеющих целью немедленное выведение яда из организма или его обезвреживание

Врач общей практики - дипломированный специалист-профессионал, подготовленный к самостоятельной организаторской и лечебной работе на первичном уровне.

Врач общей практики самостоятельно или по контракту с органами местного самоуправления организует оказание внебольничной помощи населению на закрепленной территории.

Диагноз

Диагноз - определение существа и особенностей болезни на основе всестороннего исследования больного.

Гематологическое исследование

Гематологическое исследование - исследование, которое применяют для распознавания болезней крови, органов кроветворения и кроверазрушения. Гематологическое исследование включает в себя анализ крови, костного мозга, рентгенологическое, ультразвуковое и другие исследования.

Медицинский диагностический прибор

Медицинский диагностический прибор - прибор, измеряющий определенную совокупность показателей здоровья.

Медицинский диагностический прибор позволяет получить информацию о физиологических процессах биологического организма.

Рентгенография

Рентгенография - метод рентгенодиагностики, заключающийся в получении фиксированного рентгеновского изображения объекта на фотоматериале.

Томограф

Томограф - технический комплекс, состоящий:

- из устройств, обеспечивающих сканирование и измерение тонких слоев внутренних органов;

- из компьютера, конструирующего объемную картину.

Томография

От греч. Tomos - слой + Grapho - пишу

Томография - метод медицинской диагностики, основанный на исследовании объемных изображений внутренних органов человека.

Функциональная диагностика

Функциональная диагностика - раздел диагностики, основанный на использовании инструментальных и лабораторных методов исследования больных для объективной оценки функционального состояния различных систем, органов и тканей организма в покое и при нагрузках.

Цитодиагностика

Цитодиагностика - распознавание болезней путем микроскопического исследования клеточных элементов, взятых с поверхности тела (соскоб) или из его жидкостей.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

.

Заместительная терапия

Заместительная терапия - назначение препаратов, идентичных веществам, вырабатываемым в самом организме, в случае частичной или полной потери функции органа.

Инфузионная терапия

Инфузионная терапия - капельное внутривенное введение больших количеств жидкости (с добавлением лекарственных веществ) с целью:

- восстановления должного содержания жидкости и химических элементов, необходимых для нормальной жизнедеятельности;

- удаления токсических веществ;

- стимуляции или, наоборот, снижение интенсивности работы органа.

Лазеротерапия

Лазеротерапия - лечение с помощью лазерного излучения.

Оксигенотерапия

Оксигенотерапия - введение с лечебной целью кислорода в дыхательные пути (с помощью кислородных подушек, ингаляторов), в желудочно-кишечный тракт или подкожно. Оксигенотерапия применяется при некоторых болезнях сердца, легких, отравлениях.

Пиротерапия

Пиротерапия - введение в организм с лечебной целью агентов, резко повышающих температуру тела.

Плазмотерапия

Плазмотерапия - лечение заболеваний с помощью внутривенного введения препаратов плазмы крови. Плазмотерапия применяется при заболеваниях крови, после операций и в качестве предоперационной подготовки.

Протеинотерапия

Протеинотерапия - подкожное, внутривенное или внутримышечное введение в организм с лечебной целью белоксодержащих веществ.

>> [Психотерапия](#)

Psychotherapy

От греч. Psyche - душа + Therapia - лечение

Психотерапия - комплексное лечебное воздействие на эмоции, суждения и самосознание человека с целью:

- психологической коррекции психики людей с психическими расстройствами;
- психологической помощи психически здоровым людям при решении их проблем.

Различают клиническую и личностно-ориентированную психотерапию.

Радиотерапия

Radiotherapy

Радиотерапия - метод лечения воздействием ионизирующего излучения.

Рентгенотерапия

Рентгенотерапия - вид лучевой терапии; применение рентгеновского излучения для лечения опухолевых и других заболеваний.

>> [Рефлексотерапия](#)

Рефлекторная терапия

лат. Reflexotherapy

Рефлексотерапия - группа методов лечения, основанных на механическом, термическом и ином раздражении биологически активных точек поверхности тела, воздействие на которые обуславливает рефлекторные реакции различных органов и систем организма.

Рефлексотерапия включает иглоукалывание, аурикулотерапию, электропунктуру и др.

Серотерапия

Серотерапия - лечение сыворотками, гамма-глобулинами.

Симптоматическая терапия

Симптоматическая терапия - симптоматическое лечение, направленное на устранение отдельных проявлений заболевания.

Терапия

Internal medicine; Therapeutics

Терапия - область медицины, изучающая внутренние болезни. Терапия является одной из древнейших и основных врачебных специальностей.

Фаготерапия

Фаготерапия - лечение инфекционных заболеваний препаратами бактериофага.

Герантология – предмет о старение

Геропротекция - факторы замедляющие процесс старения

Прогерия - преждевременное старение

Гетеротропность- разнообразные структурные изменения
Гетерохронность- старение клеток, тканей, органов
Гетерокинетичность - развитие старения в разном темпе
Гетерокатефтенность – торможение или возбуждение жизненно важных процессов
Бронхоскопия- осмотр слизистой оболочки бронхов
Гастродуоденоскопия- осмотр слизистой оболочки желудка 12п.кишки

Аневризма сердца -трансмуральный инфаркт миокарда увеличение сердца в периоде миомаляции

.Синдром Дресслера или постинфарктный синдром - Сенсебилизация организма во время аутолиза некротических масс. В процесс разрушает как серозную оболочку, так и вовлечь синовиальную оболочку

Артериальная гипертензия – постоянное повышение систолического и диастолического давления

Вторичное АГ – происходит из-за нарушения управляющих А/Д органов .

Синдром Кушинга -наблюдается повышениеАД, ожирение, полулунное лицо .

Феохромоцитомы - повышениеАД, тахикардия,покраснение лица, обильное потоотделение

Первичные гиперальдостеронизм—повышениеАД, аритмия, обессилевание мускулов .

Гипертиреоз- повышениеАД, тахикардия, экзофтальм, увеличение щитовидной железы

Акромегалия-боли в суставах, увеличение рук и ног, макроглоссия и повышениеАД,

Хронический гломерулонефрит- повышениеАД, протеинурия,отеки

Вазоренальная гипертензия - наблюдается (АД>180/110мм.рт.ст. отек диска зрительного нерва, олиго-анурия,отеки)

Поликистоз почек -склерокистозная патология почек

Протеинурия-появление в моче белка

Преэклампсия- клинические проявления нарушения мозгового кровообращения гестоз проявляется в виде (головных болей, головокружение, временами затемнение перед глазами, тошнота, загрудинные боли), развивается во II половине беременности .

HELLP синдром – гемолиз, понижение количества тромбоцитов, повышение печеночных ферментов .

Гипертонический криз (hypertensive emergency) это повреждение органов мишеней и повышение систолического диастолического давления.

Ретинопатия (геморрагии, экссудация и отеки бугарока зрительного нерва).

Расслаивающаяся аневризма аорты - распространяется на шею в руки ноги в гр.кл

Артериальная гипотензия (син. артериальная гипотония) характеризуется понижением АД. Для взрослых нормальная нижняя граница АД 90/60мм.рт.ст., а для детей 70/40 мм.рт.ст. используют обще укрепляющие растительные средства, как, женшень, настойка маньчжур- арамия, экстракт левзея, отвар бессмертника, китайский лимон и элеутерококк.

Врожденные пороки сердца – это воздействие экзогенных и эндогенных токсических веществ во время эмбрионального развития на сердце плода и появление врожденных аномалий

Синдром Лютембаше – врожденный митральный стеноз, повреждение межпредсердной перегородки.

Повреждение меж предсердной перегородки-наблюдается не полное заращение овального отверстия верхний дефект, нижний дефект и непрерывныйдефект

Порок межжелудочковой перегородки- порок нижних отделов желудочков, в верхнем и нижнем отделе и дэкстро позиция аорты

ТриадаФалло – стеноз легочной артерии, порок межпредсердной перегородки Гипертрофия миокарда обеих желудочков и предсердий

Тетрада Фалло — стеноз легочной артерии, порок межпредсердной перегородки, дэкстра позиция аорты, гипертрофия левого желудочка.

ПентадаФалло- стеноз легочной артерии , порок межпредсердной перегородки, декстра позиция аорты ,гипертрофия левого желудочка, и порок межжелудочковой перегородки

Синдром Эйзенменгер - порок межпредсердной перегородки и , декстрапозиция аорты

Коарктация аорты – наблюдается стеноз в нисходящей части аорты.в результате левый желудочек гипертрофируется .в верхних частях тела наблюдается более сильное кровообращение и тем самым более развитые верхние части тела, а в нижних частях кровообращение более низкое

Недостаточность митрального клапана не полное закрытие клапана между левым предсердием и левым желудочком и во время систолы часть крови обратно идет в предсердие

Митральный стеноз- не полное закрытие клапана между левым предсердием и левым желудочком

Аортальная недостаточность – аортальный клапан не полностью закрывается в результате кровь течет обратно с аорты в левый желудочек.

Аортальный стеноз – аортальный клапан и патология структуры вокруг клапана в результате этого патологическое сморщивание клапана

Сифилитический аортит: расслоение аортального клапана и развивается недостаточность аортального клапана .

Атеросклероз –хроническое заболевание характеризующееся системны поражением артерий в следствии нарушения жирового и белкового обмена в тканях сосудистой стенки .

Катетеризация сердца непосредственное измерение градиента давления и стеноз аорты определение степени тяжести

Митральный порок сердца - между левым предсердием и левым желудочком (атриовентрикулярная) и во время систолы часть крови обратно идет в предсердие

Ревматизм- системное инфекционно-аллергическое воспалительное заболевание соединительной ткани с преимущественным поражением ССС и частым вовлечением в процесс суставов , серозных оболочек, кожи и ЦНС.

Пролапс митрального клапана - клапан во время систолы левого желудочка не закрывает полностью предсердно-желудочковое отверстие и происходит обратный ток крови (регургитация).

Недостаточности левого желудочка – причина возникновения не в недостаточности правого желудочка, а в возникновение митрального стеноза. Одышка, перебои, кровохарканье, ортопноэ и сердечная астма возникает в результате из-за малого количества выброса крови из правого желудочка и повышения давления в нём. Эти симптомы беспокоят сначала при ходьбе, сильной физической нагрузке и потом даже в покое.

Недостаточность правого желудочка – возникает в результате гипертензии лёгких, связано с увеличением печени, при этом возникает чувство тяжести или ноющая боль в правом подреберье, отёки, асцит и потеря аппетита.

Системные тромбоэмболии – при митральном стенозе появляется застой в левом желудочке, увеличивается предсердие, потом при возникновение мерцательной аритмии снижается систола предсердия.Тромбы образующиеся в правом предсердии могут быть основой системных эмболий.

Дисфония (приглушение звука), **дисфагия** (затруднение глотания) образуется при увеличении левого предсердия и сдавления глотки.

Заболевания угрожающие развитию беременности – считаются заболевания протекающие с гемодинамическими изменениями при беременности.

Миокардит – является воспалением миокарда, и может возникать в виде сопутствующим заболеванием эндокарда и миокарда или локальными симптомами некоторых заболеваний (ревматизм, туберкулёз, диффузные заболевания соединительной ткани)

Фибринозный миокардит – характеризуется болью в области сердца. При аускультации выслушивается шум трения миокарда. Также воспаляется субэпикардальная часть миокарда,

это можно увидеть на ЭКГ. На ЭхоКГ выявляется скопление малого количества жидкости в миокарде при фибринозном процессе.

Эксудативный миокардит – может возникать после фибринозного миокардита, быстро возникающих тотальных миокардитов (аллергических) и первичных хронических заболеваний (туберкулёз, опухоли).

Тампонада сердца – в результате образования 50 – 60 мм. вод. ст. давления в полости миокарда возникает ограничение диастолы сердца и нарушение гемодинамики.

Адгезивный миокардит – характеризуется образованием рубца в результате воспаления соединительной ткани. Адгезивный миокардит возникает после гнойного, туберкулёзного, геморрагических миокардитов. Не полное заживление полости миокарда не ограничивает сокращение сердца. Основные жалобы и функциональные нарушения могут возникать с рефлекторным механизмом.

Констриктивный миокардит – образование расширенных и гладких капсул ограничивает диастолического заполнения сердечных предсердий, развивается гиподиастола и образуются устойчивые гемодинамические изменения.

Панцирное сердце – это чётка видно при рентгенологическом исследовании, на МРТ и КТ сердца. Возникает при хронических заболеваниях (туберкулёз).

Кардиомегалия – увеличение размеров сердца, во многих случаях с этим сталкиваются ВОП врачи.

Кардиоторакальный индекс - отношение размеров внутренней части грудной клетки и поперечный размер сердца. В норме этот индекс должен быть ниже 0.45.

Эксудатив миокардит – может возникать после фибринозного миокардита, быстро возникающих тотальных миокардитов (аллергических) и первичных хронических заболеваний (туберкулёз, опухоли). Скопление жидкости в миокарде приводит к расширению наружного оболочки сердца, это в свою очередь приводит к раздражению лёгких и в результате симптомы сдавления трахеи бронхов (одышка, кашель), гемодинамические изменения не выявляются до скопления объёма жидкости до 2-3 литров.

Тампонада сердца – в результате образования 50 – 60 мм. вод. ст. давления в полости миокарда возникает ограничение диастолы сердца и нарушение гемодинамики.

КАРДИОМИОПАТИИ (КМП) – патология сердечных мышц, может быть первичным и вторичным.

ДИЛЯТАЦИОННАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ (ДКМП) – увеличение размеров сердца, характеризуется систолической дисфункцией и недостаточностью сердца.

ГИПЕРТРОФИЧЕСКАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ – гипертрофия левого желудочка и симметричная или не симметричная гипертрофия.

РЕСТРИКТИВНАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ – в результате морфологических изменений эндокарда и миокарда нарушается диастолическая функция сердца.

Проба Мак-Клюр-Олдрич

инфаркт миокарда – изолированный некроз миокарда

Асцит - скопление жидкости в брюшной полости. Протекает бессимптомно при малом количестве жидкости, с увеличением жидкости увеличивается размер брюшной полости, дискомфорт, анорексия, тошнота, изжога, боль в правом боку. Основные причины нефротического симптома: острый и хронический гломерулонефрит, диабетический гломерулосклероз, амилоидоз почек. А мало встречаемые причины – системный васкулит, гиперчувствительная реакция, опухоли.

Лекарственные отёки – препараты скопивающие натрий и воду в организме могут быть причинами отёков.

Венозные отёки – внезапные отёки на одной ноге результат тромбоза глубоких вен.

Жировые отёки (липоэдема) – они могут быть связаны скоплением жировой ткани подкожной соединительной ткани. Они находятся на ногах, и могут встречаться у женщин страдающих ожирением. Симметричные, как и другие ортостатические отёки появляются в вертикальном положении.

Отёки – это увеличение объёма жидкости в не клетке. Одна третья часть жидкости в организме человека составляет в не клеточная жидкость, 25% в плазме, остальное в не клетке. Отёки могут выявляться при накоплении жидкости в количестве до нескольких литров, до того больной набирает несколько килограммов веса.

МИНИСТЕРСТВО ВЫСШЕГО И СРЕДНЕГО ОБРАЗОВАНИЯ И МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
БУХАРСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

“УТВЕРЖДАЮ”
Проректор по учебной и
воспитательной работе
к.м.н., доц. _____ Жарилкасинова Г.Ж.
“ _____ ” _____ 2018г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

ПО ДИСЦИПЛИНЕ

ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ, ГЕРИАТРИЯ

Область знаний:	110000 - Педагогика 510000 - Здравоохранения		
Направление образования	5111000 - Профессиональное образование (5510100- Лечебное дело) 5510100 - Лечебное дело		
Курс			6
Объём часов			326
В том числе:			
Лекции			24
Практическое занятие			104
Клиническое занятие			126
Самостоятельная работа			74

Бухара -2018

Рабочая программа дисциплины разработана согласно учебной и рабочей программе

Составители:

Жураева Х.И.- ст. преподаватель кафедры Внутренние болезни, эндокринологии. к.м.н.

Ражабова Г.Х. - ст. преподаватель кафедры Внутренние болезни, эндокринологии.

Джумаев К.Ш.- ассистент кафедры Внутренние болезни, эндокринологии.

Рецензенты:

Орзиев З.М.– Зав. кафедрой пропедевтики внутренних болезней, клинической фармакологии и высшее сестринское дело. Д.м.н. **доцент**

Болтаев К.Ж.- Зав. кафедрой Факультетской и госпитальной терапии, гематологии и лабораторное дело. К.м.н. **доцент**

Данная рабочая программа составлена согласно учебной и рабочей программы основанного на 5111000-Профессиональное образование (лечебное дело), 5510100-Лечебное дело и обсуждено и утверждено на кафедральном собрание

Протокол № _____ “ _____ ” _____ 2018 г.

Зав. кафедрой : Бадритдинова М.Н

(подпись)

Председатель МПМК : Облокулов А.Р.- доцент, д.м.н. Зав.кафедрой инфекционных болезней, эпидемиологии, кожно-венералических заболеваний.

(подпись)

Данная рабочая программа составлена согласно учебной и рабочей программы основанного на 5111000-Профессиональное образование (лечебное дело), 5510100-Лечебное дело и обсуждено и утверждено на центральном методическом совещание Бухарского медицинского института.

Протокол № _____ “ _____ ” _____ 2018г.

Методист: Жумаева Ш .Б.

(подпись)

ПРЕДИСЛОВИЕ

Программа предназначена для освоения теоретических и практических навыков по дисциплине «Внутренние болезни, гериатрия» для студентов 6 курса лечебного факультета. Программа четко отражает цели и задачи обучения, обязательные требования к практическим и самостоятельным знаниям, умениям и навыкам с учетом использования современных технологий и литературы, методам контроля оценке знаний.

ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ.

Цель обучения:

Научить студентов посиндромальному решению проблемы больных и принципам их ведения в условиях первичного звена здравоохранения для оказания врачебной помощи, включающего профилактику, раннюю диагностику, дифференциальную диагностику и тактику ведения больного с заболеваниями внутренних органов, предусмотренных требованиями "Квалификационной характеристики врача общей практики (ВОП)" врача-выпускника по специальности "Лечебное дело".

Задачи обучения:

- ✓ Обучить студентов своевременной и ранней диагностике заболеваний на основе синдромального подхода.
- ✓ Обучить студентов дифференцировать болезни, сопровождающиеся с определенным синдромом.
- ✓ Усовершенствовать необходимые знания, умения и практические навыки (сбор информации, выявление проблемы и физикальный осмотр, а также умение обоснованно назначать лабораторно-инструментальные методы исследований, навыки консультирования);
- ✓ Обучить студентов обоснованно выбрать тактику ведения.
- ✓ Обучить студентов целенаправленному осуществлению лечебно-профилактических мер.
- ✓ Обучить студентов принципам диспансерного наблюдения и мониторинга в условиях сельского врачебного пункта (СВП) или семейной поликлиники (СП).

ТРЕБОВАНИЯ К ЗНАНИЯМ, УМЕНИЯМ И НАВЫКАМ ПО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ

I. Должен знать:

32. Основу, принципы и философию семейной медицины.
33. Принципы консультирования
34. Перечень заболеваний, которые протекают с определенным синдромом.
35. Перечень наиболее опасных заболеваний, которые протекают с определенным синдромом.
36. Перечень состояний, требующие ведения в условиях СВП или СП (согласно квалификационной характеристики ВОП).
37. Перечень состояний, требующие консультации узкого специалиста или госпитализаций (согласно квалификационной характеристики ВОП).
38. Перечень необходимых исследований, требующие проведения в условиях СВП или СП (согласно квалификационной характеристики ВОП).
39. Основные клинические проявления наиболее часто встречаемых заболеваний.
40. Ключевые моменты (критерий) диагностики заболеваний, протекающие с определенным синдромом.
41. Симптомы поражения внутренних органов.
42. Методы и принципы лечения (в том числе, немедикаментозные) заболеваний на основании доказательной медицины.
43. Принципы первичной, вторичной и третичной профилактики в условиях СВП или СП.
44. Принципы ведения (в том числе, после консультации узкого специалиста и выписки из стационара), диспансерного наблюдения и реабилитации в условиях СВП или СП.

45. II. Должен уметь:

46. Соблюдать медицинскую этику и деонтологию.
47. Выделить основную проблему, которая отразилась на качестве жизни больных.
48. Провести клиническое обследование больного, включающего сбор анамнеза (расспросить больного и его родственников, задавать вспомогательные вопросы рационального анамнеза, выявить факторы риска), осмотр по системам и органам.
49. На основании анамнеза и объективного осмотра установить предварительный диагноз.
50. Назначить целенаправленное обследование.
51. Интерпретировать клинические и биохимические анализы, а также результаты инструментальных исследований (ЭКГ, рентген снимки, пикфлоуметрия)
52. Отдифференцировать болезни (клиническая логика принятия решения).
53. Установить окончательный диагноз.
54. Принять решение об отправлении на консультацию, дополнительное медицинское обследование и госпитализацию.
55. Назначить рациональную терапию (немедикаментозные советы и медикаментозная).
56. Оказать догоспитальную помощь при неотложных состояниях.
57. Провести мониторинг и диспансерное наблюдение больных в условиях СВП или СП.
58. Решить вопрос о трудоспособности (временной и стойкой). Оформление медицинской документации.
59. Проводить реабилитацию и направить на санаторно-курортное лечение.
60. Рассматривать пациента в контексте семьи.
61. Проводить профилактические, оздоровительные, санитарно-гигиенические мероприятия в условиях в СВП или СП.
62. Осуществить уход за больными и социально-незащищенными группами населения.

III. Должен владеть навыками:

17. Самостоятельного приема пациентов
18. Консультирования
19. Осмотра, пальпации, перкуссии и аускультации по системам и органам
20. Выявление ведущего синдрома
21. Выявления фактора риска
22. Составления необходимого плана обследования
23. Техники регистрации ЭКГ
24. Техники пикфлоуметрии
25. тонометрии
26. Выбора препаратов с доказанной эффективностью
27. Контроля эффективности проводимого лечения
28. Мониторинга состояний
29. Оказания медико-санитарной помощи беременным женщинам с экстрагенитальной патологией.
30. Пропаганды здорового образа жизни (работы с группой риска и населением).
31. Проведения реабилитации и диспансеризации.
32. Проведения профилактических мероприятий.

ПЕРЕЧЕНЬ УЧЕБНЫХ ДИСЦИПЛИН И ИХ РАЗДЕЛОВ, НЕОБХОДИМЫХ ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ ДАННОЙ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ

1. Анатомия человека

2. Гистология с эмбриологией и цитологией
3. Биология
4. Нормальная физиология
5. Биохимия
6. Патологическая анатомия
7. Патологическая физиология
8. Топографическая анатомия и оперативная хирургия
9. Пропедевтика внутренних болезней
10. Туберкулез
11. Онкология
12. Рентгенология и медицинская радиология
13. Физиотерапия
14. Эндокринология
15. Факультетская терапия
16. Госпитальная терапия
17. Ортопедия

ОБЯЗАТЕЛЬНЫЙ МИНИМУМ ТРЕБОВАНИЙ К КОЛИЧЕСТВУ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЙ ПО ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ

1. Интерпретация данных лабораторных и инструментальных методов исследования:

- клинических (общий анализ крови, мокроты, анализ плевральной).
- биохимических (общий белок и белковые фракции, ферменты, билирубин, липиды, электролиты, коагулограмма, кислотно-основное состояние, острофазовые пробы).
- бактериологических (посев биоматериала с определением чувствительности к антибиотикам).
- иммунологических, (иммуноглобулины, Т - и В-лимфоциты, Т-хелперы, супрессоры, серологические реакции, HLA).

2. Интерпретировать данные инструментальных исследований (ЭКГ, рентгенологических, спирографических)

3. Выполнение диагностических и лечебных процедур:

-диагностические: проведение бронхоскопии, бронхографии, пикфлоуметрии

-лечебные: оксигенотерапия, подкожные, внутримышечные, внутривенные инъекции, бронхиальный лаваж

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОБУЧЕНИИ ДИСЦИПЛИНЫ

Знание студентов должны отвечать требованиям и уровню развития мировой науки и практики по гастроэнтерологии. В обеспечении учебного процесса по данной дисциплине необходимо ориентация на компьютерную технологию с использованием информационной базы «Интернета», на совершенствование качества методических пособий, аудио и визуальных средств, новые педагогические технологии в обучении контролю. Большое внимание и достаточное время необходимо уделять самостоятельному обследованию больного студентами, постановке предварительного диагноза, плану обследования, интерпретации лабораторных и инструментальных данных, проведению дифференциального диагноза, установлению окончательного диагноза, дифференцированной терапии больного в зависимости от основного заболевания, сопутствующих патологий и наличия осложнений, а также работе с литературой.

Во время практических занятий для оценки теоретических знаний студентов используются следующие методы проведения занятий в малых группах: «мозговой штурм», работа парами, «тур по галерее», «круглого стола», «ручка на середине стола», метод ротации, «снежный ком», «пчелиный рой»; а также методы, оптимизирующие процесс обучения в группе: ситуационные задачи, деловые клинические игры, клинический аудит.

Технические средства обучения.

Слайдоскоп.

Учебные доски.

Оверхет.

На кафедре имеется библиотечный фонд.

Метод «Тур по галерее».

Цель: обучение студентов критической оценке информации и выявление полноты знаний по изучаемому разделу.

Ход игры: Каждой малой группе предлагается одна проблема, которую они решают в течении 10 мин в письменном виде и затем обмениваются заданиями, выявленные ошибки предыдущей группы и сделанные дополнения к ответам обсуждаются всеми участниками с принятием окончательного варианта ответов. Трём малым группам даётся по одному вопросу.

Это позволит за 7-10 минут сориентировать педагога на опрос в дальнейшем по тем моментам, на которых студенты проявили неуверенные знания.

Проверка исходного уровня подготовленности студентов с использованием метода «Ротации».

Цель: обучение студентов критическому и аналитическому мышлению.

Основные положения методики:

В аудитории вывешивается несколько пронумерованных заданий. Каждой малой группе (2-3 чел) дается по 10 минут на обсуждение и запись своего варианта ответа с последующем обменом задания. Затем коллективно обсуждается качество ответов каждой группы, из которых выбирается оптимальные.

Преимущества метода: можно одновременно охватить несколько проблем. Метод позволяет за короткое время проверить знания студентов по всем основным разделам заданной темы. Обсуждение правильности своих и чужих ответов в сравнительном аспекте способствует развитие у студентов критического мышления.

Вопросы:

7. Дайте определение диабетической нефропатии и нефропатии беременных
8. Основные клинические и диф. диагностические признаки нефропатий
9. Тактика ВОП при обнаружении данного больного

Особого внимания требует от педагога правильность заполнения истории болезни и дневников субординаторами.

Метод «Мозговой штурм»

Цель. Данный метод используется для стимуляции обмена идеями, повышает степень вовлеченности участников, учит аргументировать и отстаивать собственную точку зрения, находить оптимальное решение в создавшейся ситуации.

Ход игры. Преподаватель задает студента вопросы по теме занятия.

Метод «круглого стола»

Цель: вовлечь в процесс обсуждения темы всех студентов группы с одновременным контролем их знаний.

Ход игры: по кругу пускается лист с заданием. Каждый студент записывает в него один из правильных по его мнению вариантов ответа и передает следующему участнику, который должен продолжить ответ своим вариантом. Во время обсуждения неправильные ответы зачеркиваются, что учитывается при выставлении окончательной оценки в конце занятия.

Например,

1. Перечислите виды отечных синдромов

- Общие

- Местные и т.д. См. выше

2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику общих или местных отеков и т.д.

3. Объем часов

Объем часов	Ўқув юклама микдорининг аудитория машгулотлари бўйича тақсимланиши (соат)				Самостоятельная работа
	Итого	Лекции	Практическое занятия	Клиническое занятие	
326	252	24	102	126	Лечеб.фак 74 ч Мед.пед.факул тет 114 ч

Календарно - тематический план лекционных занятий по Внутренним болезням, гериатрии

№	Тема	Часы
1.	Основы семейной медицины.	
2.	Дифференциальный диагноз при болях в грудной клетке. Особенности течения ИБС, инфаркт миокарда.	
3.	Дифференциальный диагноз артериальных гипертензий. Дифференцированная терапия и неотложная помощь. Первичная и вторичная профилактика	2
4.	Синдром аритмии (Нарушение функции автоматизма и возбудимости, проводимости) Дифференциальная диагностика. Лечение	2
5.	Дифференциальная диагностика шумов в области сердца. Тактика врача общей практики.	2
6.	Отечный синдром. Хронический сердечная недостаточность.	2
7.	Бронхообструктивный синдром. Тактика ВОП. Тактика ВОП.	2
8.	Дифференциальный диагноз дисфагий и диспепсии. Тактика врача общей практики	
9.	Дифференциальная диагностика болей в животе.	
10.	Синдром осадка мочи. Ведение и лечение больных в условиях амбулатории.	2
11.	Дифференциальная диагностика при суставном синдроме. Тактика ВОП. Современные методы терапии и профилактика.	
12	Геронтология и общая гериатрия. Проблемы старости. Особенности течения внутренних болезней у стариков.	
	Итого	24 ч

Содержание лекционного материала

Тема №1. Основы семейной медицины

Семейная медицина - это медицинская специальность, которая оказывает первичную медико-санитарную помощь всему населению, полноценную, всестороннюю, качественную, продолжительную, доступную и экономичную по характеру. Эта специальность, более широкая, чем простое сочетание педиатрии, гинекологии и терапии. Эта отдельная, единственная в своем роде специальность, построена на особых, базовых принципах, отличающих ее от других медицинских специальностей. Как другие специальности, эта академическая дисциплина, которую изучают в ВУЗе и как медицинская наука, постоянно развивается, со своими научно-исследовательскими структурами.

Литературы: О--2,3,4,6,7,8

Д -3,4,6,7,10,11,13,17, www.buxdti.uz, www.UAV.uz.

Тема№2: Дифференциальный диагноз при болях в грудной клетке. Особенности течения инфаркт миокарда

Боль в области сердца (кардиалгия) - одна из самых частых причин обращения людей за скорой помощью. Так, ежегодно, несколько миллионов людей обращаются с этим симптомом за экстренной медицинской помощью. Не менее трудным оказывается и положение врача при первоначальной трактовке боли, когда он пытается связать ее с патологией того или иного органа. Наблюдательность клиницистов прошлого века помогла им сформулировать предположения о патогенезе боли – если приступ боли возникает без причины и прекращается самостоятельно, то вероятно, боль имеет функциональный характер.

Литературы: О-2,3,4,6,7,8

Д -3,4,6,7,10,11,13,17 www.bsmi.uz

Тема№3: Дифференциальный диагноз артериальных гипертензий. Дифференцированная терапия и неотложная помощь. Первичная и вторичная профилактика

Артериальная гипертензия (АГ) — это стойкое повышение АД (систолического АД 140 мм рт. ст. и/или диастолического АД 90 мм рт. ст.), зарегистрированное не менее чем при 2-х врачебных осмотрах, при каждом из которых АД измеряется по крайней мере дважды. Понятно, что это определение справедливо только при условии, что пациент не принимал в это время лекарственных средства, влияющие на уровень АД.

Литературы: О--2,3,4,6,7,8

Д -3,4,6,7,10,11,13,17, www.bsmi.uz

Тема№4: Синдром аритмии (Нарушение функции автоматизма и возбудимости, проводимости) Дифференциальная диагностика. Лечение

Аритмия – это нарушение правильного ритма, частоты и регулярности его сокращений. Считается, что у взрослого здорового человека в спокойном состоянии сердце должно сокращаться от 55 до 80 раз в минуту. Сокращения происходят через равные промежутки и с определенной частотой. Это и считается нормальным ритмом сердца. Если же интервалы не регулярные, это не что иное, как первые симптомы аритмии сердца. **Сердечные блокады** - нарушения сердечной деятельности, связанные с замедлением или прекращением проведения импульса по проводящей системе. По локализации различают блокады синоатриальные (на уровне миокарда предсердий), предсердно-желудочковые (на уровне атриовентрикулярного узла) и внутрижелудочковые (на уровне пучка Гиса и его разветвлений). По выраженности различают замедление проводимости (каждый импульс замедленно проводится в нижележащие отделы проводящей системы, блокада I степени), неполные блокады (проводится лишь часть импульсов, блокада II степени) и полные блокады (импульсы не проводятся, сердечная деятельность поддерживается эктопическим центром ведения ритма, блокада III степени).

Литературы: О -2,3,4,6,7,8

Д -3,4,6,7,10,11,13,17

www.bsmi.uz

Тема№5: Дифференциальная диагностика шумов в области сердца. Тактика врача общей практики.

Шумы сердца При патологии, а иногда и у здоровых людей, помимо сердечных тонов, аускультация сердца дает возможность обнаружить другие звуковые явления, именуемые шумами. Они возникают при сужении отверстия, через которое протекает кровь, и при увеличении скорости кровотока. Такие явления могут быть обусловлены учащением сердечных сокращений или уменьшением вязкости крови.

Шумы сердца разделяются на:

шумы, образующиеся внутри самого сердца (внутрисердечные),

шумы, возникающие вне сердца (внесердечные, или экстракардиальные).

Литературы: О- 2,3,4,6,7,8

Д- 3,4,5,6,7,8,10,11,12,

www.bsmi.uz

Тема №6. Отечный синдром Отечный синдром. Хронический сердечная недостаточность Такие явления могут быть обусловлены учащением сердечных сокращений или уменьшением вязкости крови.

Литературы: О- 2,3,4,6,7,8

Д- 3,4,5,6,7,8,10,11,12,

www.bsmi.uz

Тема №7: Бронхообструктивный синдром. Тактика ВОП.

Кашель чаще всего является патологическим симптомом, сопровождающим заболевания легких. Кашлевой рефлекс начинается с ветвей блуждающего нерва. Щекотание рецепторов плевры или дыхательных путей передается в центр кашля в продолговатом мозгу. Там через полисиноптические пути ретикулярной системы наблюдается координированная реакция бронхов, гортани, грудной клетки и диафрагмы. Давление грудной клетки возрастает 140 мм.с.м. уст. етади. Скорость течения воздуха возрастает в 20-30 раз в крупных бронхах на 30-40м/сек, скорость вмещения достигает 12л/с. Кашлевой рефлекс находится по воздействию коры головного мозга при некоторых заболеваниях легких кашель является специфическим симптомом. Поэтому при опросе больных надо обратить внимание на время возникновения кашля, на продолжительность и характер выделяемой мокроты.

Туберкулез органов дыхания —инфекционное заболевание, характеризующееся образованием в пораженных тканях очагов специфического воспаления и выраженной общей реакцией организма. Во многих экономически развитых странах, в частности в России, значительно снизилась заболеваемость туберкулезом и смертность от него. Наиболее выражены эти эпидемиологические сдвиги среди детей, подростков и женщин, в меньшей степени — среди мужчин, особенно пожилого возраста. Тем не менее туберкулез остается распространенным заболеванием.

Литературы: О -2,3,4,6,7.

Д -3,4,6,7,10,11

www.bsmi.uz

Тема №8: Дифференциальный диагноз дисфагий и диспепсии. Тактика врача общей практики.

Дисфагия – расстройства акта глотания при прохождении пищи по пищеводу. Неспецифический симптом присущий практически всем заболеваниям пищевода. Дисфагия может быть обусловлена функциональными и органическими поражениями пищевода, а также сдавлением его при заболеваниях других органов грудной клетки. Среди чисто функциональных причин развития дисфагии следует иметь в виду кардиоспазм, паралич пищевода, грыжу пищеводного отверстия диафрагмы.

Литературы: О -2,3,4,6,7.

Д -3,4,6,7,10,11

www.bsmi.uz

Тема №9: Дифференциальная диагностика болей в животе.

Пожалуй, нигде больше, как в брюшной полости, широчайший спектр патологических состояний, самых разнообразных по строению и функции тканей и органов, не проявляется одним генеральным симптомом — болью. Вдобавок к этому боль, воспринимаемая пациентом как абдоминальная, может быть только иррадиацией боли из других регионов (плеврит, инфаркт миокарда). Боль нельзя измерить подобно тому, как мы это делаем по отношению к артериальному давлению или температуре тела. То, что один пациент воспринимает как нестерпимую, интенсивную боль, другой стоически охарактеризует как умеренную боль. И в то же время мало найдется жалоб на боли иной локализации, которые врач воспринимал бы с такой тревогой, как боли в животе. Т.е. субъективное чувство боли врач должен уметь объективно интерпретировать, находить иные признаки.

Литературы: О- 2,3,4,6,7,8

Д- 3,4,5,6,7,8,10,11,12, , www.bsmi.uz

Тема №10: Синдром осадка мочи. Профилактика. Тактика ВОП.

Неспецифический клинико-лабораторный симптомокомплекс, выражающийся в массивной протеинурии (5 г/сут и более), нарушениях белково-липидного и водно-солевого обмена. Эти нарушения проявляются гипоальбуминемией, диспротеинемией (с преобладанием глобулинов), гиперлипидемией, липидурией, а также отеками до степени анасарки с водянкой серозных полостей.

Литературы: О -2,3,4,6,7.

Д -3,4,6,7,10,11

www.bsmi.uz

**Тема №11. Дифференциальная диагностика при суставном синдроме. Тактика ВОП.
Современные методы терапии и профилактика**

Заболевания суставов подразделяются в зависимости от характера патологического процесса на: **артриты**, при которых ведущим признаком является воспаление оболочек сустава, и артрозы, в основе которых лежат дегенеративно-дистрофические изменения. Прежде всего врач должен выяснить, является ли заболевание суставов самостоятельной нозологической формой или проявлением патологии других систем (нарушение обмена веществ, эндокринные нарушения, и т.д.).

Уточнить характер патологического процесса (воспалительный, дегенеративно-дистрофический, сочетанный).

Литературы: О -2,3,4,6,7.

Д -3,4,6,7,10,11

www.bsmi.uz

Тема №12. Геронтология и общая гериатрия. Проблемы пожилых. Особенности течения внутренних болезней у пожилых. Функциональные и органические изменения у пожилых. Механизм изменения по возрастам. Профилактика остеопороза и переломов. Рациональная фармакотерапия и принципы питания у пожилых. Клинические симптомы атеросклероза у пожилых. Эмфизема у пожилых. Особенности течения заболевания внутренних органов. Ведения в СВП и ССП.

Литературы: О -2,3,4,6,7.

Д -3,4,6,7,10,11

www.bsmi.uz

Календарно - тематический план практических занятий

№	Тема	Практ. занятий	Клин. занятий	Всего
	Семейная медицина.			
1.	Основы семейной медицины. Задачи ВОП. Своеобразные стороны деятельности. Медицинская документация. Посещение больных на дому. Привлечение населения. Права врача и пациентов.	2	3	5
2.	Факторы касающиеся общения. Трудности общения. Межличностные отношения. Практические советы.	2	3	5
3.	Виды консультации. Принципы консультирования. Ответственность больных за свое здоровье.	2	3	5
4.	Профилактика в работе ВОП. Виды профилактики. Пропаганда здорового образа жизни. Гигиена питания и быта.	2	3	5

	Профилактические осмотры, скрининг. Профилактика инфекционных и неинфекционных заболеваний. Иммунизация. Программы и мероприятия			
5.	Работа с различными группами населения. Дети, подростки, женщины (женщины фертильного возраста, беременные), мужчины, пожилые. Работники производств и сельского хозяйства. Социально-незащищенные люди. Больные, трудный больной, умирающий больной. Вопросы реабилитации и диспансеризации. Экспертиза трудоспособности.	2	3	5
6.	Воздействие на факторы риска. Санитарное просвещение. Воздействие на основные причины заболеваемости и смертности. Укрепление психического статуса. Экология и профессиональные факторы. Обучение больных, «школы». .	2	3	5
7.	Медицина для путешественников. Консультация до путешествия. Консультация после путешествия. Иммунизация. Смена климата и часовых поясов. Укачивание и горная болезнь. Дорожный медицинский набор.	2	3	5
Кардиология				
8.	Аритмии. Дифференциальная диагностика миграции водителя ритма, синдрома слабости синусового узла, экстрасистолии, а также синусовой тахикардии, брадикардии, синусовой аритмии, Виды экстрасистол. Тактика ВОП. Принципы профилактики.	2	3	5
9.	Аритмии. Дифференциальная диагностика мерцания, трепетания предсердий и желудочков (постоянной и пароксизмальной), пароксизмальной тахикардии, синдрома преждевременного возбуждения желудочков. Тактика ВОП. Принципы профилактики.	2	3	5
10.	Аритмии. Дифференциальный диагноз при блокадах: синоатриальной, внутрисердечной, атриовентр-икулярной внутрижелудочковых. Синдрома Морганьи- Адамса-Стокса. Плановая и неотложная терапия при блокадах. Принципы профилактики.	2	3	5
11.	Сердцебиение. Дифференциальная диагностика сердцебиения при недостаточности кровообращения, аритмии. Тактика ВОП.	2	3	5
12.	Головная боль. Заболевания, которые протекают с головной болью. Наиболее опасные заболевания, которые протекают с головной болью. Типы гемодинамической АГ (атеросклеротический, коарктация аорты, недостаточность аортального клапана застойная гипертензия, полная АВ блокада). Дифференциальная диагностика гипертонической болезни с центральной артериальной гипертензией. Причины центральной (БМЖ, арахноидит, энцефалит, опухоль мозга). Тактика ВОП.	2	3	5
13.	Артериальная гипертензия. Дифференциальная диагностика гипертонической болезни с почечными артериальными гипертензиями. Факторы риска, стадии гипертонической болезни, виды почечных артериальных гипертензий (паренхиматозные и реноваскулярные). Тактика ВОП.	2	3	5
14.	Артериальная гипертензия. Дифференциальная диагностика гипертонической болезни с эндокринными АГ. Виды эндокринных АГ (феохромацитома, синдром Кона, синдром Иценко-Кушенга, тиреотоксикоз) Тактика ВОП.	2	3	5
15	Боль в груди. Дифференциальная диагностика НЦД,	2	3	5

	остеохондроза грудного отдела позвоночника, межреберной невралгии, травмы грудной клетки, опоясывающего лишая. <i>Тактика ВОП.</i>			
16.	Боль в области сердца. ИБС. Дифференциальная диагностика стенокардии напряжения (между ФК), нестабильной стенокардии и острый коронарный синдром. Диета при ИБС. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Тактика ВОП.	2	3	5
17.	Боль в области сердца. ИБС. Дифференциальная диагностика болевого синдрома при стенокардии и инфаркт миокарда (клинический, лаборатор, ЭКГ). Дифференциальная диагностика при различных клинических вариантах инфаркта миокарда. Тактика ВОП.	2	3	5
18.	Боль в области сердца. Дифференциальная диагностика аневризмы аорты и ТЭЛА, миокардита разной этиологии и миокардиодистрофии, перикардита. Тактика ВОП.	2	3	5
19.	Сердечные шумы и кардиомегалия. Дифференциальная диагностика Оценка функциональных (миокардиальные, при изменения крови, лихорадка,) и органических (при пороках сердца) шумов сердца. Тактика ВОП.	2	3	5
20.	Сердечные шумы и кардиомегалия. Дифференциальная диагностика при различных клинических формах кардиомиопатий (дилатационной, рестриктивной, гипертрофической, аритмогенная дисплазия правого желудочка). Дифференциальная диагностика острой и хронической сердечной недостаточности.	2	3	5
Пульмонология				
21	Кашель с выделением мокроты. Диф. Диагностика ОРЗ, ОРВИ, острого бронхита и пневмонии. Тактика ВОП. Дифференциальная диагностика внебольничной и внутрибольничной пневмонии. Пневмонии разной этиологии (бактериальная, вирусная, микоплазменная). Тактика ВОП.	2	3	5
22.	Кашель с выделением мокроты. Дифференциальная диагностика при округлых поражениях легких. Очаговая пневмония, туберкулома, абсцесс лёгких, опухоль лёгких, эхинококк легких. Тактика ВОП	2	3	5
23.	Кашель с выделением мокроты. Дифдиагностика хронического бронхита и бронхоэктатической болезни. Тактика ВОП.	2	3	5
24.	Одышка, удушье. Дифференциальная диагностика заболеваний протекающих с бронхообструкцией (бронхиальная астма, ХОБЛ, опухоли легких). Тактика ВОП.	2	3	5
25.	Боль в грудной клетке, связанная с заболеванием легких. Дифференциальный диагноз при сухом и экссудативном плеврите. Виды экссудативного плеврита. Принципы обучения при синдроме «кашель». Принципы профилактики.	3	3	6
Гастроэнтерология				
26.	Дифференциальная диагностика при дисфагиях (при эзофагите, рефлюкс-эзофагите, склеродермии и опухолях пищевода) и диспепсии. Дифференциальная диагностика холециститов и дискинезии желчных путей, постхолецистэктомического синдрома и болезни оперированного желудка Тактика ВОП	3	3	6
27.	Боль в животе. Дифференциальная диагностика гастритов и	3	3	6

	язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, хрон холецистита и панкреатита. Тактика ВОП. Принципы обучения при синдроме «боль в животе». Показания к госпитализации.			
28.	Гепатомегалия и желтуха. Дифференциальная диагностика активного и неактивного гепата. Дифференциальная диагностика хрон гепатита и цирроза печени, стриктура желчных путей, рак желчного пузыря, рак головки поджелудочной железы, рак желчного пузыря, рака печени. Тактика ВОП	3	3	6
29.	Диярея. Дифференциальная диагностика инфекционных и неинфекционных диарей, НЯК, болезнь Крона. Тактика ВОП.	3	3	6
30.	Запоры. Дифференциальная диагностика запоров при синдроме раздраженного кишечника, запорах пожилых и опухолевых болезнях толстого кишечника. Тактика ВОП.	3	3	6
Нефрология				
31.	Дизурия. Дифференциальная диагностика мочекишечного диатеза, острого и хронического цистита, пиелонефрита. Тактика ВОП. Показания направления к узкому специалисту и госпитализации.	3	3	6
32.	Изменения мочевого осадка. Дифференциальный диагноз при иммунно - воспалительных и воспалительных заболеваниях почек (острый и хронический гломерулонефрит, интерстициальный нефрит, острый и хронический пиелонефрит). Тактика ВОП в зависимости от иммунно – воспалительных и воспалительных заболеваниях почек. Показания к консультации специалистов.	3	3	6
33.	Дифференциальная диагностика нефротического синдрома. Тактика ВОП. Показания направления к узкому специалисту и госпитализации.	3	3	6
34.	Отечный синдром. Дифференциальная диагностика местных (аллергик, воспалительные заболевание сосудов) и общих (недостаточности кровообращения, связанное с заболеванием почек, эндокринное, связанное с голоданием) отеков различной этиологии.	3	3	6
Ревматология				
35.	Суставной синдром. Опасные заболевания протекающие суставным синдромом. Дифференциальная диагностика ревматизма и ревматоидного артрита. Тактика ВОП.	3	3	6
36.	Суставной синдром. Дифференциальная диагностика ревматоидного, идиопатического, серонегативного спондилоартрита, псориазического и реактивного артрита. Тактика ВОП. Показания направления к узкому специалисту и госпитализации	3	3	6
37.	Суставной синдром. Дифференциальный диагноз при метаболических нарушениях (подагра и остеоартроз). Тактика ВОП.	3	3	6
38.	Диффузное заболевание соединительной ткани. Дифференциальная диагностика системной красной волчанки, системной склеродермии, дерматомиозита и ревматической полимиалгии. Системные васкулиты. (неспецифический аортоартериит, узелковый периартериит). Дифференциальная диагностика. Тактика ВОП.	3	3	6
39.	Лихорадка. Виды и характер лихорадки. Дифференциальная диагностика лихорадок при ревматизме и опухолях. Лихорадка неясного генеза. Тактика ВОП.	3	3	6

40.	Гериатрия. Функциональные и органические изменения у пожилых. Механизм изменения по возрастам. Профилактика ос-теопороза и переломов Эмфизема у пожилых. Особенности течения заболевания внутренних органов. Ведения в СВП и ССП.	3	3	6
41	Гериатрия. Рациональная фармакотерапия и принципы питания у пожилых. Клинические симптомы атеросклероза у пожилых	3	3	6
42	Гериатрия. Особенности течения заболевания внутренних органов. Ведения в СВП и ССП.	3	3	6
	Итого	102	126	228

Название практических занятий и краткое содержание

№	Название практических занятий и краткое содержание	Литературы
1.	Основы семейной медицины. Задачи ВОП. Свообразные стороны деятельности. Медицинская документация. Посещение больных на дому. Привлечение населения. Права врача и пациентов. 10 ноября 1999 года Президент Республики Узбекистан подписал Указ «О государственной программе реформирования здравоохранения Республики Узбекистан». Цель программы реформирования являлось создание в стране системы здравоохранения, обеспечивающей сохранение и улучшение здоровья населения, формирование условий для воспитания здорового поколения. Семейная Медицина (ОП) – это медицинская помощь – первой линии для часто встречающихся состояний. Помощь оказывается одним врачом, понимающий пациента и его семью, медицинские услуги более удобные для клиентов, решается большинство медицинских проблем без направления к узким специалистам. Интерактивный метод: “Слабое звено”	Основные литературы: 2,3,4,6,7 Дополнительные литературы: 3,4,6,7,10,11,20 www.bsmi.uz
2.	Факторы касающиеся общения. Трудности общения. Межличностные отношения. Практический советы. Межличностное общение или общение лицом к лицу является самым основным и, возможно, наиболее эффективным путем обмена информацией, мнением или чувствами с другим человеком или людьми. Межличностное общение представляет собой прямой и сиюминутный процесс. Оно увеличивает значимость использования тщательно разработанных материалов и, таким образом, улучшается само. Межличностное общение является важным моментом, способствующим изменению поведения или принятию новой практики общения. Межличностное общение используется во всех сферах оказания медицинской помощи. Весь медицинский персонал, будь то в клинике или в сообществе, полагается на общение непосредственно с людьми. По этой причине хорошие навыки межличностного общения могут способствовать достижению успеха при осуществлении программ первичной медико-санитарной помощи. Интерактивный метод: “Решение проблем”	Основные литературы: 2,3,4,6,7 Дополнительные литературы: 3,4,6,7,10,11,20 www.bsmi.uz
3.	Виды консультации. Принципы консультирования. Ответственность больных за свое здоровье. Медицинское консультирование – важнейшая часть лечебного процесса,	Основные литературы: 2,3,4,6,7 Дополнительные

	<p>особенно в части психиатрии, реабилитации и длительного наблюдения. Консультирование означает формирование правильного мнения или поведения другого человека в результате беседы врача с пациентом. Семейные врачи занимают особое положение в обществе, так как они находятся на первом этапе оказания медицинской помощи, и именно они имеют решающую роль, насколько эффективно консультирование. Очень важно знать, чтобы стать хорошим консультантом необходимо упорная работа над собой, изучение литературы и опыта коллег. Поэтому будущему семейному врачу необходимо научиться навыкам консультации, изучить правила, этапы консультирования. Это дает возможность осознать пациентам, семье, обществу, что именно от семейных врачей в первую очередь следует ждать помощи и поддержки. Больные могут иметь неразрешимые проблемы со здоровьем, но порой нужды пациента даже бывают просто нераспознаны. Частой причиной неэффективной консультации является то, что доктор не знает, почему к нему пришел. Провести эффективную консультацию иногда бывает сложнее, чем установить сам диагноз заболевания. Консультация должна разрешить три задачи: установить диагноз болезни, понять состояние и страхи пациента, а также необходимо убедиться, что больной в полном объеме понял ваши объяснения.</p> <p>Интерактивный метод: “Пчеленый рой”</p>	<p>литературы: 3,4,6,7,10,11,2 www.bsmi.uz</p>
4.	<p>Профилактика в работе ВОП. Виды профилактики. Пропаганда здорового образа жизни. Гигиена питания и быта. Профилактические осмотры, скрининг. Профилактика инфекционных и неинфекционных заболеваний. Иммунизация. Программы и мероприятия. Деятельность врача общей практики ориентирована не только на лечение, но, прежде всего на профилактику болезней. Это означает, что во время каждой встречи врач должен стараться изменить отношение здорового населения, а также больного к своему здоровью, воспитывать в нем желание активно участвовать в лечении настоящего заболевания и предотвращать появление новых. Профилактическая работа составляет основную часть или ядро работы семейного врача. Исследованиями, проведенными в развитых странах доказано, что 85% человечества посещает кабинет семейного врача не менее одного раза в год, в среднем приходится по пять визитов на человека. Когда пациенты приходят с тревогами и симптомами болезней на беседу к врачу, они более восприимчивы к советам, как беречь здоровье и соответственно поправляться.</p> <p>Интерактивный метод: “Слабое звено”</p>	<p>Основные литературы: 2,3,4,6,7 Дополнительные литературы: 3,4,6,7,10,11,20 www.buxdti.uz, www.UAV.uz. www.bsmi.uz</p>
5.	<p>Работа с различными группами населения. Дети, подростки, женщины (женщины фертильного возраста, беременные), мужчины, пожилые. Работники производств и сельского хозяйства. Социально-незащищенные люди. Больные, трудный больной, умирающий больной. Вопросы реабилитации и диспансеризации. Экспертиза трудоспособности. При разборе темы делается акцент на следующие аспекты: долг каждого врача - оказывать помощь и поддержку любому больному. 1.Принимайте больных такими, какие они есть. Откажитесь от попыток исправить их. Многочисленные жалобы больного могут быть всего лишь</p>	<p>Основные литературы: 2,3,4,6,7 Дополнительные литературы: 3,4,6,7,10,11,20 www.bsmi.uz</p>

	<p>поводом, чтобы поддерживать отношения с вами. Относитесь к таким жалобам как к проявлению невроза. Поставьте диагноз, если необходимо, назначьте обследование.</p> <p>Интерактивный метод: “Кот в мешке”</p>	
6.	<p>Воздействие на факторы риска. Санитарное просвещение. Воздействие на основные причины заболеваемости и смертности. Укрепление психического статуса. Экология и профессиональные факторы. Обучение больных, «школы». При разборе темы делается акцент на следующие аспекты при обучении больного, должно быть таковым, чтобы он почувствовал свою ответственность за своё здоровье, направлять его к здоровому образу жизни, поддерживать и ободрять его на сложном пути, помочь бросить курить, злоупотреблять спиртным, изменить характер питания, начать заниматься спортом. ВОП может использовать для санитарного просвещения каждую консультацию. Сами по себе консультации обычно проводятся по инициативе больного, а санитарное просвещение – всегда по инициативе врача.</p> <p>Интерактивный метод: “Ручка на столе”</p>	<p>Основные литературы: 2,3,4,6,7 Дополнительные литературы: 3,4,6,7,10,11,20 www.bsmi.uz</p>
7.	<p>Медицина для путешественников. Консультация до путешествия. Консультация после путешествия. Иммунизация. Смена климата и часовых поясов. Укачивание и горная болезнь. Дорожный медицинский набор. При разборе темы надо учитывать, что врач должен советовать пациенту планирование дальние путешествия заранее, по крайней меры за два месяца. Консультация должна быть достаточно длительной, не менее 30-45 мин. Путешественнику объясняют, что за своё здоровье отвечает он сам. Основываясь на новой и достоверной информации, рассказывают о трудностях, с которыми он может столкнуться во время. Рекомендации дают как в устной форме, так и в письменной форме.</p> <p>Интерактивный метод: “Клиническое мышление”</p>	<p>Основные литературы: 2,3,4,6,7 Дополнительные литературы: 3,4,6,7,10,11,20 www.bsmi.uz</p>
8.	<p>Аритмии. Дифференциальная диагностика миграции водителя ритма, синдрома слабости синусового узла, экстрасистолии, а также синусовой тахикардии, брадикардии, синусовой аритмии, Виды экстрасистол. Тактика ВОП. Принципы профилактики. Аритмия сердца - любой сердечный ритм, не являющийся регулярным синусовым ритмом нормальной частоты, а также нарушение проводимости электрического импульса по различным участкам проводящей системы сердца. Классификация аритмий сердца традиционно основывается на данных ЭКГ, которые позволяют выявить и разграничить аритмии, связанные с нарушением образования импульса, его проведения и комбинированные нарушения ритма.</p> <p>Интерактивный метод: “Слабое звено”</p>	<p>Основные литературы: 2,3,4,6,7 Дополнительные литературы: 3,4,6,7,10,11,20 www.bsmi.uz</p>
9.	<p>Аритмии. Дифференциальная диагностика мерцания, трепетания предсердий и желудочков (постоянной и пароксизмальной), пароксизмальной тахикардии, синдрома преждевременного возбуждения желудочков. Тактика ВОП. Принципы профилактики. Феномены и синдромы предвозбуждения желудочков обусловлены врожденными особенностями проводящей системы сердца, в частности функционированием дополнительных путей проведения импульса.</p>	<p>Основные литературы: 2,3,4,6,7 Дополнительные литературы: 3,4,6,7,10,11,20 www.bsmi.uz</p>

	<p>Феномены нередко выявляются у практически здоровых людей любого возраста, но чаще у больных с различными заболеваниями сердца, в частности ВПС, ИБС, миокардитами, КМП, ревматическими пороками. Приобретенные формы синдрома предвозбуждения объясняют изменением электрофизиологических свойств добавочных путей, которые в результате заболеваний начинают функционировать. При этих синдромах могут отмечаться приступы пароксизмальной тахикардии.</p> <p>Интерактивный метод: “Ротация”</p>	
10.	<p>Аритмии. Дифференциальный диагноз при блокадах: синоатриальной, внутрипредсердной, атриовентр-икулярной внутрижелудочковых. Синдрома Морганьи- Адамса-Стокса. Плановая и неотложная терапия при блокадах. Принципы профилактики. Блокады сердца - это замедление или полное прекращение проведения импульса по какому-либо отделу проводящей системы сердца. Ревмокардит, миокардит, атеросклеротический кардиосклероз, острый инфаркт миокарда, интоксикация сердечными гликозидами, новокаиномидом, постмиокардитический кардиосклероз, митральные пороки сердца, кардиомиопатии, миокардио-дистрофии, при применении антиаритмических препаратов, ишемическая болезнь сердца, врожденная патология.</p> <p>Интерактивный метод: “Решение проблем”</p>	<p>Основные литературы: 2,3,4,6,7 Дополнительные литературы: 3,4,6,7,10,11,20 www.buxditi.uz www.UAV.uz</p>
11.	<p>Сердцебиение. Дифференциальная диагностика сердце-биения при недостаточности кровообращения, арит-мии.Тактика ВОП. В теоретической части практического занятия последовательно рассматриваются определение аритмии, классификация, дифференциальная диагностика аритмий, клиническая и ЭКГ – диагностика синусовой тахикардии, дыхательной аритмии, экстрасистолии. <u>Аритмия сердца</u> - любой сердечный ритм, не являющийся регулярным синусовым ритмом нормальной частоты, а также нарушение проводимости электрического импульса по различным участкам проводящей системы сердца. Аритмии обусловленные нарушением функции автоматизма синусового узла: Синусовая тахикардия: учащение ЧСС >90-160 уд./мин, при сохранении правильного ритма. Жалобы на сердцебиение, чувство тяжести, боли в области сердца. ЧСС до 160 уд/мин. 1 тон на верхушке усилен, маятникообразный ритм, На ЭКГ: 1- увеличена ЧСС до 160 уд/мин., 2. R-R укорочен, 3. сохранение правильного ритма, 4. возможно косо восходящие смещения ST книзу за счёт начальной части.</p> <p>Интерактивный метод: “Пчеленый рой”</p>	<p>Основные литературы: 1,2,3,4,6,7 Дополнительные литературы: 10,11,20 www.buxdti.uz, www.UAV.uz.</p>
12.	<p>Головная боль. Заболевания, которые протекают с головной болью. Наиболее опасные заболевания, кото-рые протекают с головной болью. Типы гемодина-мической АГ (атероскле-ротический, коаркта-ция аорты, недостаточность аортального клапани застойная гипертензия, польная АВ блокада). Дифференциальная диагностика гипертонической болезни с центральной артериальной гипертензии. Причины центральной (БМЖ, арахноидит, энцефалит, опухоль мозга). Тактика ВОП. Большинство больных с артериальной гипертензией обращаются за медицинской помощью к ВОП. Гипер-</p>	<p>Основные литературы:. 2,3,4,6,7 Дополнительные литературы: 3,4,6,7,10,11,20 www.buxdti.uz, www.UAV.uz.</p>

	<p>тоническая болезнь (ГБ) занимает одно из ведущих мест в структуре сердечно-сосудистых заболеваний и является одной из основных причин смертности. Среди населения старше 60 лет развивается симптоматическая склеротическая артериальная гипертензия. Выбор оптимальных схем терапии пациентов с АГ сложен, что обусловлено влиянием целого ряда факторов, в том числе наличием различных побочных реакций препаратов, порой значительно выраженных, что затрудняет их применение в конкретной клинической ситуации.</p> <p>Интерактивный метод: “Академическая полемика”</p>	
13.	<p>Артериальная гипертензия. Дифференциальная диаг-ностика гипертонической болезни с почечными артериаль-ными гипертензиями. Факторы риска, стадии гиперто-нической болезни, виды почечных артериальных гипер-тензий (паренхиматозные и реноваскулярные). Тактика ВОП. В настоящее время под термином “артериальная гипертензия” принято объединять все патологические состояния, протекающие со стойким повышением артериального давления (АД). АГ является одним из симптомов многих заболеваний и основным, а нередко единственным, симптомом эссенциальной гипертензии (ЭГ). Основным критерием, позволяющим диагностировать АГ, является уровень АД, превышающий величины, характерные для данной возрастной группы.</p> <p>Диагностические критерии АГ для лиц старше 18 лет: -систолическое АД >140 мм рт.ст. -диастолическое >90 мм рт.ст.</p> <p>Интерактивный метод: “Пчеленый рой”</p>	<p>Основные литературы: 2,3,4,6,7 Дополнительные литературы: 3,4,6,7,10,11,20 www.buxdti.uz, www.UAV.uz.</p>
14.	<p>Артериальная гипертензия. Дифференциальная диагностика гипертонической болезни с эндокринными АГ. Виды эндокринных АГ (феохромацитома, синдром Кона, синдром Иценко-Кушенга, тиреотоксикоз) Тактика ВОП. Симптоматическая артериальная гипертензия – Этим термином обозначают группа сердечно-сосудистых и эндокринных заболеваний, болезней почек, центральной нервной системы и ряд других патологических состояний, при которых вторичная АГ, обусловленная тем или иным органическим процессом или пороком, становится главным признаком болезни, а первичное нарушение (нередко устранимое) не только влияет на органное или местное кровообращение, но и дестабилизирует системную гемодинамику с последствиями, во многом сходными с таковыми при ЭГ. Особенностью САГ является то, что повышение АД при этих состояниях бывает одним из проявлений основного патологического процесса и нередко может быть нормализовано при его радикальной терапии.</p> <p>Интерактивный метод: “Кейс стади”</p>	<p>Основные литературы: 2,3,4,6,7 Дополнительные литературы: 3,4,6,7,10,11, www.bsmi.uz</p>
15.	<p>Боль в груди. Дифференциальная диагностика НЦД, остеохондроза грудного отдела позвоночника, межреберной невралгии, травмы грудной клетки, опоясывающего лишая. Тактика ВОП. Болезни позвоночника, плечевых суставов. Остеохондроз шейных или грудных позвонков с грыжей межпозвоночного диска и пролапсом его то в спинномозговой канал. Травматические повреждения позвоночника или плечевых суставов. Первичные или метастатические опухоли позвоночника.</p>	<p>Основные литературы: 2,3,4,6,7 Дополнительные литературы: 3,4,6,7,10,11,20 www.buxdti.uz, www.bsmi.uz</p>

Интерактивный метод: “Круглый стол”		
16.	<p>Боль в области сердца. ИБС. Дифференциальная диагностика стенокардии напряжения (между ФЖ), нестабильной стенокардии и острый коронарный синдром. Диета при ИБС. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Тактика ВОП. Носит характер приступа, т. е. имеет четко выраженное время возникновения и прекращения, затихания; возникает при определенных условиях: Боль возникает во время физической (ускорении движения, при подъеме в гору, при резком встречном ветре, при ходьбе после еды или с тяжелой ношей) или эмоциональной нагрузки, на холоде или после еды и исчезает в покое (в течение нескольких минут) или после приема нитроглицерина. Боль при стенокардии обычно давящая, локализуется за грудиной, иррадирует в руки, нижнюю челюсть, шею, спину, нередко сопровождается одышкой.</p> <p>Вне приступа физикальное исследование малоинформативно. Интенсивность стабильной стенокардии квалифицируют так называемым функциональным классом.</p> <p>Интерактивный метод: “Слабое звено”</p>	<p>Основные литературы: 2,3,4,6,7 Дополнительные литературы: 3,4,6,7,10,11,20 www.buxdti.uz, www.UAV.uz.</p>
17.	<p>Боль в области сердца. ИБС. Дифференциальная диагностика болевого синдрома при стенокардии и инфаркт миокарда (клинический, лаборатор, ЭКГ). Дифференциальная диагностика при различных клинических вариантах инфаркта миокарда. Тактика ВОП. В теоретической части практического занятия последовательно рассматриваются следующие вопросы. Инфаркт миокарда – ишемический некроз миокарда вследствие острого несоответствия коронарного кровотока потребностям миокарда. Преобладающий возраст – старше 40 лет. Классификация. По стадиям развития:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Продромальный период (0-18 дней) 2. Острейший период (до 2 часов от начала ИМ) 3. Острый период (до 10 дней от начала ИМ) 4. Подострый период (с 10 дня до 4-8 недель) <p>Период рубцевания (с 4-8 нед до 6 месяцев. Атипичные формы инфаркта миокарда, симптомы Абдоминальная (гастралгическая). Астматическая. Коллаптоидная. Отечная. Аритмическая. Церебральная. Стертая (малосимптомная).</p> <p>Интерактивный метод: “Пчеленый рой”</p>	<p>Основные литературы: 1,2,3,4,6,7 Дополнительные литературы: 3,4,6,7,10,11,20</p>
18.	<p>Боль в области сердца. Дифференциальная диагностика аневризмы аорты и ТЭЛА, миокардита разной этиологии и миокардиодистрофии, перикардита. Тактика ВОП. Больные предъявляют следующие жалобы: на одышку, боли в области сердца, сердцебиение, общую слабость, похудание, сухой кашель, в тяжелых случаях, кровохарканье, чувство тяжести в правом подреберье, увеличение окружности живота.</p> <p>Наиболее часто пациенты жалуются на одышку в покое или при небольшой физической нагрузке, общую слабость, боли в области сердца или в других отделах грудной клетки.</p>	<p>Основные литературы: 2,3,4,6,7 Дополнительные литературы: 3,4,6,7,10,11,20 www.bsmi.uz</p>

	Интерактивный метод: “Слабое звено”	
19.	<p>Сердечные шумы и кардиомегалия. Дифференциальная диагностика Оценка функциональных (миокардиальные, при изменениях крови, лихорадках,) и органических (при пороках сердца) шумов сердца. Тактика ВОП. Кардиомегалия – значительное увеличение размеров и массы сердца. Увеличенными могут быть одна, несколько или все камеры сердца. Размеры и конфигурация сердца зависят от пола, возраста человека и др. Поэтому термин «кардиомегалия» является в определенной степени относительным понятием. Нередко врачу общей практики приходится сталкиваться с состояниями и заболеваниями, сопровождающимися увеличением размеров сердца. Поэтому определить их причины, оценить тяжесть и прогноз, а также выбрать правильно врачебную тактику ведения такого больного чрезвычайно важно.</p> <p>Интерактивный метод: “Ручка на столе”</p>	<p>Основные литературы: 2,3,4,6,7 Дополнительные литературы: 3,4,6,7,10,11,20 www.bsmi.uz</p>
20.	<p>Сердечные шумы и кардиомегалия. Дифференциальная диагностика при различных клинических формах кардиомиопатий (дилатационной, рестриктивной, гипертрофической, аритмогенная дисплазия правого желудочка). Дифференциальная диагностика острой и хронической сердечной недостаточности. Термин “кардиомиопатии” впервые предложен W. Brigden в 1957 г. для обозначения первичных поражений миокарда неизвестной этиологии, вызывающих нарушение функции сердца и не являющихся следствием заболеваний коронарных артерий, клапанного аппарата, перикарда, системной или легочной гипертензии, а также некоторых редких вариантов поражения проводящей системы сердца. Клинические симптомы: 1. Выраженная недостаточность кровообращения по левожелудочковому типу (одышка, цианоз, ортопноэ, приступы сердечной астмы и отека легких), по правожелудочковому типу (акрацианоз, боли в области печени, ее увеличение, асцит, отеки, набухание шейных вен) или тотальная. 2. Кардиомегалия, глухость тонов сердца, ритм галопа, систолический шум, относительной митральной и трикуспидальной недостаточности. 3. Тяжелые нарушения сердечного ритма (мерцательная аритмия, пароксизмальная тахикардия, экстрасистолия, блокады). 4. Тромбоэмболический синдром (тромбоэмболии в легочную, селезеночную, церебральные артерии).</p> <p>Интерактивный метод: “Слабое звено”</p>	<p>Основные литературы: 2,3,4,6,7 Дополнительные литературы: 3,4,6,7,10,11,20 www.buxditi.uz www.UAV.uz</p>
21.	<p>Кашель с выделением мокроты. Диф. Диагностика ОРЗ, ОРВИ, острого бронхита и пневмонии. Тактика ВОП. Дифференциальная диагностика внебольничной и внутрибольничной пневмонии. Пневмонии разной этиологии (бактериальная, вирусная, микоплазменная). Тактика ВОП. Пневмония — воспаление легких; группа заболеваний, характеризующихся воспалением паренхиматозной, или преимущественно паренхиматозной, т. е. респираторной, части легких; делятся на крупозные (долевые) и очаговые. Выделение острой интерстициальной и хронической пневмонии спорно. В отечественной литературе последних лет к хронической пневмонии относят рецидивирующее воспаление легких одной и той же</p>	<p>Основные литературы: 2,3,4,6,7 Дополнительные литературы: 3,4,6,7,10,11,20 www.buxditi.uz www.UAV.uz</p>

	<p>локализации с вовлечением в процесс всех структурных элементов легкого и формированием пневмосклероза.</p> <p>Интерактивный метод: “Ручка на столе”</p>	
22.	<p>Кашель с выделением мокроты. Дифференциальная диагностика при округлых поражениях легких. Очаговая пневмония, туберкулома, абсцесс лёгких, опухоль лёгких, эхинококк легких. Тактика ВОП. Кашель – один из жалоб, с которым больные обращаются к ВОП врачу. Кашель – является защитной реакцией организма для выведения инородных веществ, экссудата, пыли, из верхних дыхательных путей и бывает психогенного генеза или является наиболее часто встречающимся симптомом заболеваний нижних дыхательных путей.</p> <p>Кашель – является сложным рефлекторным актом и характеризуется быстрым увеличением внутригрудного давления. Кашель чаще всего является патологическим симптомом, сопровождающим заболевания легких. Кашлевой рефлекс начинается с ветвей блуждающего нерва. Щекотание рецепторов плевры или дыхательных путей передается в центр кашля в продолговатом . Пневмония — воспаление легких; группа заболеваний, характеризующихся воспалением паренхиматозной, или преимущественно паренхиматозной, т. е. респираторной, части легких; делятся на крупозные (долевые) и очаговые. Выделение острой интерстициальной и хронической пневмонии спорно. В отечественной литературе последних лет к хронической пневмонии относят рецидивирующее воспаление легких одной и той же локализации с вовлечением в процесс всех структурных элементов легкого и формированием пневмосклероза</p> <p>Интерактивный метод: “Кейс стади”</p>	<p>Основные литературы: 1,2,3,4,6,7 Дополнительные литературы: 10,11,20 www.buxdti.uz, www.bsmi.uz</p>
23.	<p>Кашель с выделением мокроты. Дифдиагностика хронического бронхита и бронхоэктатической болезни.Тактика ВОП. Большинство больных с хроническими заболеваниями легких (ХЗЛ) в эту группу входят хронический бронхит (ХБ) бронхоэктатическая болезнь (БЭБ) обращаются за медицинской помощью. В этой ситуации усилие врача общей практики (ВОП) направляется на диагностику ХЗЛ, обусловленных различными заболеваниями. В случае выявления ХЗЛ ВОП должен диагностировать заболевания, а также ему нужно определить причину, обусловившую данное заболевание для оказания медицинской помощи и уточнения места дислокации этой группы больных.</p> <p>Интерактивный метод: “Слабое звено”</p>	<p>Основные литературы:. 2,3,4,6,7 Дополнительные литературы: 3,4,6,7,10,11,20 www.buxdti.uz, www.UAV.uz.</p>
24.	<p>Одышка, удушье. Дифференциальная диагностика заболеваний протекающих с бронхообструкцией (бронхиаль-ная астма, ХОБЛ, опухоли легких). Тактика ВОП. Хронические обструктивные болезни легких проявляется хроническим воспалительным процессом с преимущественным поражением дистального отдела дыхательных путей. Для этой категории больных характерно снижение максимальной скорости выдоха и медленное постепенное ухудшение газообменной функции легких, что отражает необратимый характер обструкции дыхательных путей. Биомаркерами хронического воспаления при ХОБЛ является участие нейтрофилов с повышенной активностью</p>	<p>Основные литературы: 2,3,4,6,7 Дополнительные литературы: 3,4,6,7,10,11,20 www.bsmi.uz</p>

	миелопероксидазы, эластазы; дисбаланс в системах протеолиз-антипротеолиз и оксиданты-антиоксиданты. Основными клиническими проявлениями Хронические обструктивные болезни легких являются кашель различной степени выраженности, выделение мокроты и одышка. Интерактивный метод: “Пчеленый рой”	
25.	Боль в грудной клетке, связанная с заболеванием легких. Дифференциальный диагноз при сухом и экссудативном плеврите. Виды экссудативного плеврита. Принципы обучения при синдроме «кашель». Принципы профилактики. Сухой плеврит. Клинические симптомы: боли в грудной клетке, усиливающиеся при дыхании, кашле; при диафрагмальном плеврите боли иррадируют в верхнюю половину живота или по ходу диафрагмального нерва – в области шеи; общая слабость; субфебрильная температура тела; при верхушечных плевритах – болезненность при пальпации трапециевидных и больших грудных мышц (симптомы Штернберга и Поттенджера); ограничение дыхательной подвижности легких; при аускультации – шум трения плевры. Интерактивный метод: “Ручка на столе”	Основные литературы: 2,3,4,6,7 Дополнительные литературы: 3,4,6,7,10,11, www.bsmi.uz
26.	Дифференциальная диагностика при дисфагиях (при эзофагите, рефлюкс-эзофагите, склеродермии и опухолях пище-вода) и диспепсии. Дифференциальная диагностика холециститов и дискинезии желчных путей, постхолецистэктомического синдрома и болезни оперированного желудка Тактика ВОП. Дисфагия – расстройства акта глотания при прохождении пищи по пищеводу. Неспецифический симптом присущий практически всем заболеваниям пищевода. Дисфагия может быть обусловлена функциональными и органическими поражениями пищевода, а также сдавлением его при заболеваниях других органов грудной клетки. Среди чисто функциональных причин развития дисфагии следует иметь в виду кардиоспазм, паралич пищевода, грыжу пищеводного отверстия диафрагмы. Интерактивный метод: “Слабое звено”	Основные литературы: 2,3,4,6,7 Дополнительные литературы: 3,4,6,7,10,11,20 www.bsmi.uz
27.	Боль в животе. Дифференциальная диагностика гастритов и язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, хрон холецистита и панкреатита. Тактика ВОП. Принципы обучения при синдроме «Боль в животе». Показания к госпитализации. Язвенная болезнь - хроническое рецидивирующее заболевание, характеризующееся образованием язвы желудка или двенадцатиперстной кишки. Распространенность язвенной болезни среди населения достигает 7-10%. Соотношение язв желудка и язв двенадцатиперстной кишки составляет 1:4, причем в молодом возрасте отмечается преимущественно дуоденальная локализация язвы, в среднем и пожилом - возрастает частота язв желудка. Язвенная болезнь с локализацией в двенадцатиперстной кишке значительно чаще встречается у мужчин. Кроме язвенной болезни выделяют симптоматические язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. К ним относят стрессовые язвы (например, при инфаркте миокарда, распространенных ожогах, после нейрохирургических	Основные литературы: 2,3,4,6,7 Дополнительные литературы: 3,4,6,7,10,11,20 www.buxdti.uz , www.UAV.uz .

	<p>операций), медикаментозные язвы, обусловленные приемом некоторых лекарственных препаратов (напр., глюкокортикоидов, салицилатов), эндокринные язвы (при синдроме Золлингера-Эллисона, гиперпаратиреозе).</p> <p>Интерактивный метод: “Ручка на столе”</p>	
28.	<p>Гепатомегалия и желтуха. Дифференциальная диагностика активного и неактивного гепатита. Дифференциальная диагностика хрон гепатита и цирроза печени, стриктура желчных путей, рак желчного пузыря, рак головки поджелудочной железы, рак желчного пузыря, рака печени. Тактика ВОП. Хронические гепатиты — полиэтиологические хронические (длительностью более 6 мес) поражения печени воспалительно-дистрофического характера с умеренно выраженным фиброзом и преимущественно сохраненной дольковой структурой печени. Среди хронических заболеваний печени хронический гепатит является наиболее частым. Гепатозы-болезни печени, характеризующиеся дистрофическими изменениями ее паренхимы без выраженной мезенхимально-клеточной реакции. Различают острые и Хронические гепатозы, среди последних-жировой и холеста-тический. Гепатоз острый (токсическая дистрофия печени, острая желтая атрофия печени и др.). Этиология и патогенез. Острый гепатоз развивается при токсических поражениях печени—тяжелых отравлениях фосфором, мышьяком, большими дозами алкоголя, некоторых лекарств (тетрациклины, экстракт папоротника и др.), несъедобными грибами —сморчками, бледной поганкой и др. Иногда острой дистрофией печени осложняются вирусный гепатит и сепсис.</p> <p>Интерактивный метод: “Круглый стол”</p>	<p>Основные литературы: 2,3,4,6,7 Дополнительные литературы: 3,4,6,7,10,11,20 www.bsmi.uz</p>
29.	<p>Диарея. Дифференциальная диагностика инфекционных и неинфекционных диарей, НЯК, болезнь Крона. Тактика ВОП. Диарея — клиническое состояние, при котором стул становится более жидким и более частым, чем обычно.</p> <p>Острая диарея (ОД) - водянистый жидкий стул с частотой более 3 раз в сутки или жидкий стул с кровью с частотой более 1 раза в сутки общей длительностью не более 14 суток.</p> <p><u>Причины острой диареи:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) острые хирургические заболевания органов брюшной полости (аппендицит, аднексит, дивертикулез, перфорация кишечника, неспецифические воспалительные заболевания кишечника и др.) 2) острые инфекционные заболевания (шигеллез, сальмонеллез, энтеровирусная инфекция, холера и др. острые кишечные инфекции), в том числе и нозокомиальные инфекции 3) нехирургические заболевания: ишемический энтероколит, лекарственная интоксикация, синдром раздраженной толстой кишки, эндокринопатии, диареи на фоне лучевой терапии. <p>Интерактивный метод: “Кейс стади”</p>	<p>Основные литературы: 2,3,4,6,7 Дополнительные литературы: 3,4,6,7,10,11,20 www.buxdti.uz, www.UAV.uz.</p>
30.	<p>Запоры. Дифференциальная диагностика запоров при синдроме раздраженного кишечника, запорах пожилых и опухолевых болезнях толстого кишечника. Тактика ВОП. В группу ВЗК объединены два заболевания – болезнь Крона и неспецифический язвенный колит (НЯК). Для этих заболеваний характерны различная распространенность патологического процесса в ЖКТ,</p>	<p>Основные литературы: 2,3,4,6,7 Дополнительные литературы: 3,4,6,7,10,11,20 www.bsmi.uz</p>

	<p>разная глубина поражения слизистой оболочки кишки, определенные морфологические признаки, а также различное течение и прогноз. Несмотря на это некоторые сходные особенности, такие как общность патогенетических механизмов развития этих заболеваний, и вследствие этого единые подходы к лечению, а также сходные клинические проявления позволяют объединять эти два заболевания одну группу.</p> <p>Интерактивный метод: “Тур по галерее”</p>	
31.	<p>Дизурия. Дифференциальная диагностика мочекишлого диатеза, острого и хронического цистита, пиелонефрита. Тактика ВОП. Показания направления к узкому специалисту и госпитализации.</p> <p>Клиническая картина разных форм острого цистита выражается триадой симптомов: боли, поллакиурия и пиурия. При геморрагической форме на первое место выступает макрогематурия. Боли внизу живота появляются то при наполнении пузыря, то во время мочеиспускания, особенно в конце его. Маленькие мальчики жалуются на боли в головке полового члена. Боли в конце мочеиспускания характерны для преимущественной локализации цистита в области выхода из пузыря (шеечный цистит, тригонит). Поллакиурия носит круглосуточный характер. Ее степень зависит от формы цистита: сравнительно умеренная при катаральных формах, она становится невыносимой при язвенном процессе, когда появляются повелительные позывы на мочеиспускание доходящие до ее неудержания.</p> <p>Интерактивный метод: “Слабое звено”</p>	<p>Основные литературы: 2,3,4,6,7 Дополнительные литературы: 3,4,6,7,10,11,20 www.buxditi.uz www.bsmi.uz</p>
32.	<p>Изменения мочевого осадка. Дифференциальный диагноз при иммунно - воспалительных и воспалительных заболеваниях почек (острый и хронический гломеруло-нефрит, интерстициальный нефрит, острый и хронический пиелонефрит). Тактика ВОП. В зависимости от иммунно – воспалительных и воспалительных заболеваний почек. Показания к консультации специалистов. Заболеваемость — 18 случаев на 1000 населения в год. Распространённость: 1% населения. От 6 до 30% населения по данным аутопсий. В структуре нефрологических заболеваний — до половины всех случаев. Смертность: наибольшая у больных с пиелонефритом, осложнённым сепсисом, гнойным пиелонефритом. Женщины болеют в 2–5 раз чаще мужчин в любом возрасте, девочки в возрасте от 2 до 15 лет — в 6 раз чаще мальчиков, почти такое же соотношение между мужчинами и женщинами в молодом и среднем возрасте. В пожилом возрасте пиелонефрит возникает у мужчин чаще, чем в молодом, вследствие доброкачественной гиперплазии предстательной железы.</p> <p>Интерактивный метод: “Слабое звено”</p>	<p>Основные литературы: 2,3,4,6,7 Дополнительные литературы: 3,4,6,7,10,11,20 www.bsmi.uz</p>
33.	<p>Дифференциальная диагностика нефротического синдрома. Тактика ВОП. Показания направления к узкому специалисту и госпитализации. Нефротический синдром (НС) – один из</p>	<p>Основные литературы: 1,2,3,4,6,7 Дополнительные</p>

	<p>"больших" нефрологических синдромов, развитие которого всегда свидетельствует о тяжести поражения почек. Персистенция признаков НС (массивная протеинурия) указывает на высокий риск прогрессирования почечной недостаточности. НС и его осложнения продолжают занимать одно из ведущих мест в ряду причин смерти больных хроническими прогрессирующими нефропатиями.</p> <p>НС диагностируют при сочетании "большой" протеинурии (>3 г/сут у взрослых, >50 мг/кг/сут у детей), гипоальбуминемии (<30 г/дл), сопровождающейся снижением общего белка крови и отеков разной степени, вплоть до анасарки. имеет паранеопластический генез</p> <p>Интерактивный метод: "Ручка на столе"</p>	литературы: 10,11,20
34.	<p>Отечный синдром. Дифференциальная диагностика местных (аллергик, воспалительные заболевание сосудов) и общих (недостаточности кровообращения, связанное с заболеванием почек, эндокринное, связанное с голоданием) отеков различной этиологии. Отеки представляют избыточное накопление в организме внеклеточной жидкости и натрия. На ранних стадиях сердечной недостаточности (СН) могут отмечаться так называемые скрытые отеки. Известно, что задержка в организме до 5 л жидкости может протекать практически незаметно. При СН отеки вначале появляются на ногах, затем у лежащих пациентов - на пояснице, могут становиться распространенными (анасарка). Максимально выражены отеки на конечностях, половых органах, брюшной стенке, пояснице. Отечная жидкость в форме трансудата скапливается также и в серозных полостях (перикард, плевра, брюшная полость).</p> <p>Интерактивный метод: "Работа в малых группах"</p>	<p>Основные литературы: 2,3,4,6,7 Дополнительные литературы: 3,4,6,7,10,11,20 www.bsmi.uz</p>
35.	<p>Суставной синдром. Опасные заболевания протекающие суставным синдромом. Дифференциальная диагностика ревматизма и ревматоидного артрита. Тактика ВОП. Ревматизм (болезнь Соколовского — Буйо) — системное воспалительное заболевание соединительной ткани с преимущественной локализацией процесса в сердечно-сосудистой системе, развивающееся в связи с острой инфекцией ((3-гемолитическим стрептококком группы А).</p> <p>Интерактивный метод: "Инцидент"</p>	<p>Основные литературы: 2,3,4,6,7 Дополнительные литературы: 3,4,6,7,10,11,20 www.bsmi.uz</p>
36.	<p>Суставной синдром. Дифференциальная диагностика ревматоидного, идиопатического, серонегативного спондило-артрита, псориатического и реактивного артрита. Тактика ВОП. Показания направления к узкому специалисту и госпитализации. Болезнь Бехтерева или анкилозирующий спондилоартрит – это хроническое заболевание суставов позвоночника и суставов другой локализации воспалительной природы. При этом происходит ограничение подвижности этих суставов вследствие их анкилоза (сращение сочленяющихся в суставе концов костей), сращения и кальцификации (отложение солей кальция) связок.</p> <p>Интерактивный метод: "Круглый стол"</p>	<p>Основные литературы: 2,3,4,6,7 Дополнительные литературы: 3,4,6,7,10,11, www.bsmi.uz</p>

37.	<p>Суставной синдром. Дифференциальный диагноз при метаболических нарушениях (подагра и остеоартроз). Тактика ВОП. В переводе с греческого слово «остеоропоз» означает «пористые» или «дырявые» кости. А раньше эта болезнь называлась «размягчение костей». Остеопорозом чаще страдают пожилые женщины - в климактерическом возрасте каждая четвёртая. С возрастом частота заболевания повышается. Но встречаются случаи, когда такой диагноз ставят совсем молодым женщинам. У мужчин остеопороз наблюдается на 25% реже.</p> <p>Интерактивный метод: “Ротация”</p>	<p>Основные литературы: 2,3,4,6,7 Дополнительные литературы: 3,4,6,7,10,11,20 www.bsmi.uz</p>
38.	<p>Диффузное заболевание соединительной ткани. Дифференциальная диагностика системной красной волчанки, системной склеродермии, дерматомиозита и ревматической полимиалгии. Системные васкулиты. (не-специфический аортоартериит, узелковый периартериит). Дифференциальная диагностика. Тактика ВОП. Дифференциальный диагноз при диффузных болезнях соединительной ткани (СКВ, ССД, смешанное соединительно-тканное заболевание). Тактика ВОП. Амбулаторное лечение. Диспансеризация. Профилактика. Определение трудоспособности.</p> <p>Интерактивный метод: “Клиническое мышление”</p>	<p>Основные литературы: 2,3,4,6,7 Дополнительные литературы: 3,4,6,7,10,11,20 www.bsmi.uz</p>
39.	<p>Лихорадка. Виды и характер лихорадки. Дифференциальная диагностика лихорадок при ревматизме и опухолях. Лихорадка неясного генеза. Тактика ВОП. Лихорадка сочетается как с выраженными неспецифическими острофазовыми реакциями, так и с органическими изменениями невыясненной природы (боль в животе, гепатомегалия, артралгия и др.). Варианты сочетания органических изменений могут быть самыми различными, при этом не всегда связанными единым механизмом развития. В этих случаях для установления природы патологического процесса следует прибегнуть к более информативным лабораторным, функционально-морфологическим и инструментальным методам исследования.</p> <p>Интерактивный метод: “Работа в малых группах”</p>	<p>Основные литературы: 2,3,4,6,7 Дополнительные литературы: 3,4,6,7,10,11,20 www.bsmi.uz</p>
40.	<p>Гериятрия. Функциональные и органические изменения у пожилых. Механизм изменения по возрастам. Профилактика остеопороза и переломов Понятие об этиологии, патогенеза, и классификации аритмии, её клиническая диагностика, артериальная и склеротическая гипертензия. Дать понятие о запорах у пожилых, клиника и течение.</p> <p>Интерактивный метод: “Слабое звено”</p>	<p>Основные литературы: 2,3,4,6,7 Дополнительные литературы: 3,4,6,7,10,11,20 www.bsmi.uz</p>
41	<p>Гериятрия Рациональная фармакотерапия и принципы питания у пожилых. Клинические симптомы атеро-склероза у пожилых. Понятие об этиологии, патогенеза, и классификации аритмии, её клиническая диагностика, артериальная и склеротическая гипертензия.</p> <p>Интерактивный метод: “Решение проблем”</p>	<p>Основные литературы: 2,3,4,6,7 Дополнительные литературы: 3,4,6,7,10,11,20 www.bsmi.uz</p>
42	<p>Гериятрия Эмфизема у пожилых. Особенности течения</p>	<p>Основные</p>

	заболевания внутренних органов. Ведения в СВП и ССП. Хронический колит, дивертикулит толстого кишечника, рак толстого кишечника. Особенности течения и лечения. Неотложная помощь при заболеваниях ЖКТ. Интерактивный метод: “Пчеленый рой””	литературы: 2,3,4,6,7 Дополнительные литературы: 3,4,6,7,10,11,20 www.bsmi.uz

Содержание темы клинического занятия.

Название клинических занятий и краткое содержание	
Основы семейной медицины	
1.	<p>Основы семейной медицины. Задачи ВОП. Свообразные стороны деятельности. Медицинская документация. Посещение больных на дому. Привлечение населения. Права врача и пациентов.</p> <p>1. Курация больных. Профессиональный опрос и осмотр по системам в условиях стационара. (КВХ 2- категория услуг).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Обоснование предварительного диагноза. 2. План обследования (КВХ 3.1 и 3.2-категория услуг). 3. Анализ клинических и иммунологических методов исследования. 4. Анализ биохимических исследования. 5. Анализ инструментальных методов исследования. 6. Проведение дифференциальной диагностики. 7. Обоснование окончательного диагноза. 8. Оказание первой врачебной помощи (КВХ 2-категория услуг). 9. Лечение. 10. Рекомендации (КВХ 4-категория услуг). 11. Заполнение истории болезни.
2.	<p>Факторы касающиеся общения. Трудности общения. Межличностные отношения. Практический советы</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Определение МЛЮ. 2. Определение основных концепции МЛЮ 3. Анализ процесса отношения. 4. Оценка навыков МЛЮ.
3.	<p>Виды консультации. Принципы консультирования. Ответственность больных за свое здоровье. На какие аспекты навыков консультирования нужно обратить внимание в обучении студентов:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Важность определения целей консультации, потому что это и определит пути, по которому будет осуществлено обучение. 2. Неотъемлемый обратный процесс между преподавателем и обучающимся во время обучения навыкам консультаций. <p>Психологический компонент консультации является фундаментальным и требует рассмотрения ощущений, психологического состояния доктора и пациента.</p> <p>Процесс обучения может повлечь изменения отношения к работе студента.</p> <p>Очень важно знать, что в процессе консультации формируется взаимоотношения врач-пациент. Так какие навыки консультации следует знать в формировании эффективного взаимоотношения:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Доброжелательность по отношению к больному: <ul style="list-style-type: none"> ✓ создание непринужденной обстановки ✓ не торопиться

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ сосредоточиться на больном ✓ не допрашивать ✓ больному от разговора должно стать легче <p>2. Умение слушать: восприятие информации</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ восприятие чувств ✓ сочувствие собеседнику ✓ анализ <p>3. Принципы общения:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ говорить доступным языком ✓ не злоупотребляйте терминами ✓ давайте четкие инструкции ✓ не обещайте невозможное ✓ просвещайте больного ✓ проверьте, правильно ли он вас понял ✓ не бойтесь повторяться ✓ будьте уверены, что у больного не осталось вопросов ✓ когда нужно, направьте больного к специалисту <p>4. Наблюдение:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ регулярно сообщайте больному результаты анализов и других исследований ✓ контролируйте выполнение назначений ✓ если опаздываете на прием, предупредите больного ✓ при неэффективности лечения направьте к специалисту ✓ когда нужно, настаивайте на госпитализации
4.	<p>Профилактика в работе ВОП. Виды профилактики. Пропаганда здорового образа жизни. Гигиена питания и быта. Профилактические осмотры, скрининг. Профилактика инфекционных и неинфекционных заболеваний. Иммунизация. Программы и мероприятия</p> <p><u>Первичная профилактика</u> - это мероприятия направленные на максимальное сохранение здоровья, выявление и устранение факторов риска (из них: неуправляемые – возраст, пол, наследственность невозможно изменить, но они обращают внимание на семьи группы риска и помогают выявить управляемые факторы риска – курение, «носвой», алкоголь, малоподвижный образ жизни, ожирение, неправильное питание и т.д.) различных заболеваний среди здорового населения. Сюда входят советы по ЗОЖ, включающие советы по правильному питанию, борьбе с вредными привычками, регулярные занятия физическими упражнениями. Первичная профилактика подразумевает также санитарно-профилактические мероприятия: очистку воды, туалетов, борьба с мухами, мытье рук, санитарное просвещение (сан. бюллетни, буклеты и лекции).</p> <p><u>Вторичная профилактика</u> - это ранняя диагностика и своевременное лечение заболеваний. Сюда относят скрининг, профосмотры, использование вопросников. Мы знаем, что опухолевые заболевания чаще встречаются у пожилых, например, рак молочной железы (МЖ). Для раннего выявления изменений в МЖ семейные врачи рекомендуют самообследование МЖ всех женщин с 25 лет и маммографию у женщин с факторами риска, начиная с 40 лет 1 раз в 2 года.</p> <p><u>Третичная профилактика</u> - это лечение заболевания, для предупреждения осложнений. Например, всем больным с АГ и СД мы назначаем аспирин в профилактических дозах, для профилактики инсульта и ОИМ.</p> <p>Консультирование пациентов относительно изменения образа жизни относится к сфере деятельности врача общей практики. Семейный врач должен уметь и желать обсуждать с пациентом стратегии изменения стиля жизни и ободрять его приступить к</p>

	изменениям.
5.	<p>Работа с различными группами населения. Дети, подростки, женщины (женщины фертильного возраста, беременные), мужчины, пожилые. Работники производств и сельского хозяйства. Социально-незащищенные люди. Больные, трудный больной, умирающий больной. Вопросы реабилитации и диспансеризации. Экспертиза трудоспособности. Научить работать с различными группами населения: дети, подростки, женщины (женщины фертильного возраста, беременные), мужчины, пожилые.</p> <p>2. Научить работать с работниками производств и сельского хозяйства.</p> <p>3. Научить работать социально-незащищенными людьми.</p> <p>4. Научить работать с трудными больными, умирающими больными.</p> <p>5. Проводить вопросы реабилитации и диспансеризации.</p> <p>6. Знать, как подготавливать документы к экспертизе трудоспособности.</p>
6.	<p>Воздействие на факторы риска. Санитарное просвещение. Воздействие на основные причины заболеваемости и смертности. Укрепление психического статуса. Экология и профессиональные факторы. Обучение больных, «школы». Научить ВОП профилактике:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ИБС и инсультов злокачественных новообразований (особенно рака лёгких, молочной железы, шейки матки и кожи) • травм и интоксикаций, инфекций • заболеваний опорно-двигательного аппарата • сахарного диабета • болезней зубов • бронхиальной астмы • психических нарушений инвалидности
7.	<p>Медицина для путешественников. Консультация до путешествия. Консультация после путешествия. Иммунизация. Смена климата и часовых поясов. Укачивание и горная болезнь. Дорожный медицинский набор. Проводить консультацию до путешествия, консультацию после путешествия, проводить иммунизацию, при смене климата и часовых поясов, при укачивании и горной болезни. Уметь собирать дорожный медицинский набор. Проводить консультацию до путешествия, Проводить консультацию после путешествия, Проводить иммунизацию, Проводить консультацию при смене климата и часовых поясов, Проводить консультацию при укачивании и горной болезни. Уметь собирать дорожный медицинский набор</p>
	Кардиология
8.	<p>Аритмии. Дифференциальная диагностика миграции водителя ритма, синдрома слабости синусового узла, экстрасистолии, а также синусовой тахикардии, брадикардии, синусовой аритмии, Виды экстрасистол. Тактика ВОП. Принципы профилактики. Курация больного, ЭКГ, Холтеровский мониторинг, ЭхоКГ, дифференциальная диагностика, Обоснование диагноза, Лечение, Рекомендации.</p>
9.	<p>Аритмии. Дифференциальная диагностика мерцания, трепетания предсердий и желудочков (постоянной и пароксизмальной), пароксизмальной тахикардии, синдрома преждевременного возбуждения желудочков. Тактика ВОП. Принципы профилактики. Курация больного, ЭКГ, Холтеровский мониторинг, ЭхоКГ, дифференциальная диагностика, Обоснование диагноза, Лечение, Рекомендации.</p>
10.	<p>Аритмии. Дифференциальный диагноз при блокадах: синоатриальной, внутрипредсердной, атриоventр-икулярной внутрижелудочковых. Синдрома Морганьи-Адамса-Стокса. Плановая и неотложная терапия при блокадах. Принципы профилактики. Курация больного, ЭКГ, Холтеровский мониторинг, ЭхоКГ, дифференциальная диагностика, Обоснование диагноза, Лечение, Рекомендации.</p>

11.	Сердцебиение. Дифференциальная диагностика сердце-биения при недостаточности кровообращения, аритмии.Тактика ВОП.. Курация больного, ЭКГ, Холтеровский мониторинг, ЭхоКГ, дифференциальная диагностика, Обоснование диагнозов, Лечение, Рекомендации.
12.	Головная боль. Заболевания, которые протекают с головной болью. Наиболее опасные заболевания, кото-рые протекают с головной болью. Типы гемодина-мической АГ (атероскле-ротический, коаркта-ция аорты, недостаточность аортального клапана застойная гипертензия, полная АВ блокада). Дифференциальная диагностика гипертонической болезни с центральной артериальной гипертензии. Причины центральной (БМЖ, арахноидит, энцефалит, опухоль мозга). Тактика ВОП. Курация больных, Общий анализ крови, общий анализ мочи, холестерин крови, содержание сахара в крови и мочи, ЭКГ, ЭхоКГ, Ангиография, осмотр окулиста, дифференциальна диагностика, обоснование диагноза, лечение, дать рекомендации.
13	Артериальная гипертензия. Дифференциальная диаг-ностика гипертонической болезни с почечными артериаль-ными гипер-тензиями. Факторы риска, стадии гиперто-нической болезни, виды почечных артериальных гипер-тензий (паренхиматозные и реноваскулярные). Тактика ВОП. Курация больных, Общий анализ крови, общий анализ мочи, холестерин крови, содержание сахара в крови и мочи, ЭКГ, ЭхоКГ, Ангиография, осмотр окулиста, дифференциальна диагностика, обоснование диагноза, лечение, дать рекомендации.
14.	Артериальная гипертензия. Дифференциальная диагностика гипертонической болезни с эндокринными АГ. Виды эндокринных АГ (феохромацитома, синдром Кона, синдром Иценко-Кушенга, тиреотоксикоз) Тактика ВОП. Курация больных, Общий анализ крови, общий анализ мочи, холестерин крови, содержание сахара в крови и мочи, ЭКГ, ЭхоКГ, Ангиография, осмотр окулиста, дифференциальна диагностика, обоснование диагноза, лечение, дать рекомендации.
15.	Боль в груди. Дифференциальная диагностика НЦД, остеохондроза грудного отдела позвоночника, межреберной невралгии, травмы грудной клетки, опоясывающего лишая. Тактика ВОП. Курация больных, Общий анализ крови, количество ферментов, количество тропанина, остро фазные пробы холестерин крови, содержание сахара в крови и мочи, ЭКГ, ЭКГ с физической нагрузкой, ЭхоКГ с доплерографией, рентгенография грудной клетки, Дифференциальная диагностика, обоснование диагноза, лечение, дать рекомендации.
16.	Боль в области сердца. ИБС. Дифференциальная диагностика стенокардии напряжения (между ФК), нестабильной стенокардии и острый коронарный синдром. Диета при ИБС. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Тактика ВОП. Курация больных, Общий анализ крови, количество ферментов, количество тропанина, остро фазные пробы холестерин крови, содержание сахара в крови и мочи, ЭКГ, ЭКГ с физической нагрузкой, ЭхоКГ с доплерографией, рентгенография грудной клетки, Дифференциальная диагностика, обоснование диагноза, лечение, дать рекомендации.
17.	Боль в области сердца. ИБС. Дифференциальная диагностика болевого синдрома при стенокардии и инфаркт миокарда (клинический, лаборатор, ЭКГ). Дифференциальная диагнос-тика при различных клинических вариантах инфаркта миокарда. Тактика ВОП. Курация больных, Общий анализ крови, количество ферментов, количество тропанина, остро фазные пробы холестерин крови, содержание сахара в крови и мочи, ЭКГ, ЭКГ с физической нагрузкой, ЭхоКГ с доплерографией, рентгенография грудной клетки, Дифференциальная диагностика, обоснование диагноза,

	лечение, дать рекомендации.
18.	Боль в области сердца. Дифференциальная диагностика аневризмы аорты и ТЭЛА, миокардита разной этиологии и миокардиодистрофии, перикардита. Тактика ВОП. Курация больных, Общий анализ крови, количество ферментов, количество тропанина, остро фазные пробы холестерина крови, содержание сахара в крови и мочи, ЭКГ, ЭКГ с физической нагрузкой, ЭхоКГ с доплерографией, рентгенография грудной клетки, Дифференциальная диагностика, обоснование диагноза, лечение, дать рекомендации.
19.	Сердечные шумы и кардиомегалия. Дифференциальная диагностика Оценка функциональных (миокардиальные, при изменениях крови, лихорадках,) и органических (при пороках сердца) шумов сердца. Тактика ВОП. Курация больного, Общий анализ крови, остро фазные пробы, определение стерильности крови, ЭКГ, ЭхоКГ с доплерографией, Липидный спектр, рентгенография грудной клетки, Дифференциальная диагностика, обоснование диагноза, лечение, дать рекомендации.
20.	Сердечные шумы и кардиомегалия. Дифференциальная диагностика при различных клинических формах кардио-миопатий (дилатационной, рестриктивной, гипертрофической, аритмогенная дисплазия правого желудочка). Дифференциальная диагностика острой и хронической сердечной недостаточности. Курация больного, Общий анализ крови, остро фазные пробы, определение стерильности крови, ЭКГ, ЭхоКГ с доплерографией, Липидный спектр, рентгенография грудной клетки, Дифференциальная диагностика, обоснование диагноза, лечение, дать рекомендации.
	Пульмонология
21.	Кашель с выделением мокроты. Диф. Диагностика ОРЗ, ОРВИ, острого бронхита и пневмонии. Тактика ВОП. Дифференциальная диагностика внебольничной и внутрибольничной пневмонии. Пневмонии разной этиологии (бактериальная, вирусная, микоплазменная). Тактика ВОП. Курация больного, Общий анализ крови общий анализ мокроты, бактериологическое исследование мокроты с антибиотикограммасы, Пикфлоуметрия, Spiрография, Кўкрак қафаси рентгенография грудной клетки, КТ и ЯМР, консультация Фтизиатра и Онколога Дифференциальная диагностика, обоснование диагноза, лечение. Дать рекомендации
22.	Кашель с выделением мокроты. Дифференциальная диагностика при округлых поражениях легких. Очаговая пневмония, туберкулома, абсцесс лёгких, опухоль лёгких, эхинококк легких. Тактика ВОП. Курация больного, Общий анализ крови общий анализ мокроты, бактериологическое исследование мокроты с антибиотикограммасы, Пикфлоуметрия, Spiрография, Кўкрак қафаси рентгенография грудной клетки, КТ и ЯМР, консультация Фтизиатра и Онколога Дифференциальная диагностика, обоснование диагноза, лечение. Дать рекомендации
23.	Кашель с выделением мокроты. Дифдиагностика хронического бронхита и бронхоэктатической болезни. Тактика ВОП. Курация больного, Общий анализ крови общий анализ мокроты, бактериологическое исследование мокроты с антибиотикограммасы, Пикфлоуметрия, Spiрография, Кўкрак қафаси рентгенография грудной клетки, КТ и ЯМР, консультация Фтизиатра и Онколога Дифференциальная диагностика, обоснование диагноза, лечение. Дать рекомендации
24.	Одышка, удушье. Дифференциальная диагностика заболеваний протекающих с бронхообструкцией (бронхиальная астма, ХОБЛ, опухоли легких). Тактика ВОП. Курация больного, Общий анализ крови общий анализ мокроты, бактериологическое исследование мокроты с антибиотикограммасы, Пикфлоуметрия, Spiрография, Кўкрак қафаси рентгенография грудной клетки, КТ и ЯМР, консультация Фтизиатра и Онколога

	Дифференциальная диагностика, обоснование диагноза, лечение. Дать рекомендации.
25.	Боль в грудной клетке, связанная с заболеванием легких. Дифференциальный диагноз при сухом и экссудативном плеврите. Виды экссудативного плеврита. Принципы обучения при синдроме «кашель». Принципы профилактики. Курация больного, Общий анализ крови общий анализ мокроты, бактериологическое исследование мокроты с антибиограммасы, Пикфлоуметрия, Spiрография, Кўкрак кафаси рентгенография грудной клетки, КТ и ЯМР, консультация Фтизиатра и Онколога Дифференциальная диагностика, обоснование диагноза, лечение. Дать рекомендации.
	Гастроэнтерология
26.	Дифференциальная диагностика при дисфагиях (при эзофагите, рефлюкс-эзофагите, склеродермии и опухолях пище-вода) и диспепсии. Дифференциальная диагностика холециститов и дискинезии желчных путей, постхоле-цистэктомического сидрома и болезни оперированного желудка Тактика ВОП. Курация больного, общий анализ крови, ЭФГДС, рентгенография грудной клетки, биопсия, консультация онколога, дифференциальная диагностика, обоснование диагноза, лечение, дать рекомендации.
27.	Боль в животе. Дифференциальная диагностика гастритов и язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, хрон холецистита и панкреатита. Тактика ВОП. Курация больного, общий анализ крови, кал на скрытую кровь, исследование желудочного сока, дуоденальное зондирование, диастаза в крови и мочи , ЭФГДС, УЗИ желчного пузыряи поджелудочной железы, рентгенография ЖКТ, консультация, Дифференциальная диагностика, обоснование диагноза, лечение, дать рекомендации.
28.	Гепатомегалия и желтуха. Дифференциальная диаг-ностика активного и неактивного гепатита. Дифферен-циальная диагностика хрон гепатита и цирроза печени, стриктура желчных путей, рак желчного пузыря, рак головки поджелудочной железы, рак желчного пузыря, рака печени. Тактика ВОП. Курация больного, общий анализ крови, общий анализ мочи, АЛТ, АСТ, Билирубин, общий белок и его фракции, проба тимола, маркеры гепатита, УЗИ, КТ и ЯМР печени, Биопсия, консультация инфекциониста, гематолога, онколога, дифференциальная диагностика, обоснование диагноза, лечение, дать рекомендации..
29.	Диярея. Дифференциальная дигностика инфекционных и неинфекционных диарей, НЯК, болезнь Крона. Тактика ВОП. Курация больного, общий анализ крови, кал на скрытую кровь, исследование желудочного сока, дуоденальное зондирование, диастаза в крови и мочи , ЭФГДС, УЗИ желчного пузыряи поджелудочной железы, рентгенография ЖКТ, консультация, Дифференциальная диагностика, обоснование диагноза, лечение, дать рекомендации.
30.	Запоры. Дифференциальная диагностика запоров при синдроме раздраженного кишечника, запорах пожилых и опухолевых болезнях толстого кишеника. Тактика ВОП. Курация больного, общий анализ крови, кал на скрытую кровь, исследование желудочного сока, дуоденальное зондирование, диастаза в крови и мочи , ЭФГДС, УЗИ желчного пузыряи поджелудочной железы, рентгенография ЖКТ, консультация, Дифференциальная диагностика, обоснование диагноза, лечение, дать рекомендации.
	Нефрология
31.	Дизурия. Дифференциальная диагностика мочекислоого диатеза, острого и хронического цистита, пиелонефрита. Тактика ВОП. Показания направления к узкому специалисту и госпитализации. курация больного, общий анализ крови, общий анализ мочи, анализ Нечипоренко, бактериологический посев мочи с антибиотикограммой, общий белок и её фракции, Липидный спектр, Мочевина, Креатинин, сахар в крови и мочи, проба Реберга, УЗИ почек, Дифференциальная диагностика, Диагнозни асослаш, лечение, дать рекомендации.
32.	Изменения мочевого осадка. Дифференциальный диагноз при иммунно-воспалительных и воспалительных заболеваниях почек (острый и хронический

	гломерулонефрит, интерстициальный нефрит, острый и хронический пиелонефрит). Тактика ВОП. Курация больного, общий анализ крови, общий анализ мочи, анализ Нечипоренко, бактериологический посев мочи с антибиотикограммой, общий белок и её фракции, Липидный спектр, Мочевина, Креатинин, сахар в крови и мочи, проба Реберга, УЗИ почек, Дифференциальная диагностика, обоснование диагноза, лечение, дать рекомендации.
33.	Дифференциальная диагностика нефротического синдрома. Тактика ВОП. Показания направления к узкому специалисту и госпитализации. Курация больного, общий анализ крови, общий анализ мочи, анализ Нечипоренко, бактериологический посев мочи с антибиотикограммой, общий белок и её фракции, Липидный спектр, Мочевина, Креатинин, сахар в крови и мочи, проба Реберга, УЗИ почек, Дифференциальная диагностика, обоснование диагноза, лечение, дать рекомендации.
34.	Отечный синдром. Дифференциальная диагностика местных (аллергик, воспалительные заболевание сосудов) и общих (недостаточности кровообращения, связанное с заболеванием почек, эндокринное, связанное с голоданием) отеков различной этиологии. Курация больного, общий анализ крови, общий анализ мочи, общий белок и белковые фракции, Липидный спектр, Т3,Т4, ЭКГ, ЭХОКГ с доплерографией, УЗИ почек, дифференциальная диагностика, обоснование диагноза, лечение, дать рекомендации.
	Ревматология
35.	Суставной синдром. Опасные заболевания протекающие суставным синдромом. Дифференциальная диагностика ревматизма и ревматоидного артрита. Тактика ВОП. Курация больного, общий анализ крови и мочи, остро фазные пробы, мочевая кислота, определение LE-клетка, ревмо фактор, HLA-B27 и другие, ЭКГ, ЭХОКГ, рентгенография суставов, пункция суставов, биопсия, Дифференциальная диагностика обоснование диагноза, лечение, дать рекомендации
36.	Суставной синдром. Дифференциальная диагностика ревматоидного, идиопатического, серонегативного спондилоартрита, псориатического и реактивного артрита. Тактика ВОП. Курация больного, общий анализ крови и мочи, остро фазные пробы, мочевая кислота, определение LE-клетка, ревмо фактор, HLA-B27 и другие, ЭКГ, ЭХОКГ, рентгенография суставов, пункция суставов, биопсия, Дифференциальная диагностика обоснование диагноза, лечение, дать рекомендации
37.	Суставной синдром. Дифференциальный диагноз при метаболических нарушениях (подагра и остеоартроз). Тактика ВОП. Курация больного, общий анализ крови и мочи, остро фазные пробы, мочевая кислота, определение LE-клетка, ревмо фактор, HLA-B27 и другие, ЭКГ, ЭХОКГ, рентгенография суставов, пункция суставов, биопсия, Дифференциальная диагностика обоснование диагноза, лечение, дать рекомендации
38.	Диффузное заболевание соединительной ткани. Дифференциальная диагностика системной красной волчанки, системной склеродермии, дерматомиозита и ревматической полимиалгии. Системные васкулиты. (не-специфический аортоартериит, узелковый периартериит). Дифференциальная диагностика. Тактика ВОП Курация больного, общий анализ крови и мочи, остро фазные пробы, мочевая кислота, определение LE-клетка, ревмо фактор, HLA-B27 и другие, ЭКГ, ЭХОКГ, рентгенография суставов, пункция суставов, биопсия, Дифференциальная диагностика обоснование диагноза, лечение, дать рекомендации.
39.	Лихорадка. Виды и характер лихорадки. Дифференциальная диагностика лихорадок при ревматизме и опухолях. Лихорадка неясного генеза. Тактика ВОП. Курация больного, общий анализ крови и мочи, остро фазные пробы, мочевая кислота, определение LE-клетка, ревмо фактор, HLA-B27 и другие, ЭКГ, ЭХОКГ, рентгенография суставов, пункция суставов, биопсия, Дифференциальная диагностика обоснование диагноза, лечение,

	дать рекомендации.
	Гериатрия.
40.	Гериатрия. Функциональные и органические изменения у пожилых. Механизм изменения по возрастам. Профилактика остеопороза и переломов. Курация больного, общий анализ крови и мочи, остро фазные пробы, мочева кислота, определение LE-клетка, ревмо фактор, HLA-B27 и другие, ЭКГ, ЭХОКГ, рентгенография суставов, пункция суставов, биопсия, Дифференциальная диагностика обоснование диагноза, лечение, дать рекомендации.
41	Гериатрия. Рациональная фармакотерапия и принципы питания у пожилых. Клинические симптомы атеросклероза у пожилых. Курация больного, общий анализ крови и мочи, остро фазные пробы, мочева кислота, определение LE-клетка, ревмо фактор, HLA-B27 и другие, ЭКГ, ЭХОКГ, рентгенография суставов, пункция суставов, биопсия, Дифференциальная диагностика обоснование диагноза, лечение, дать рекомендации.
42	Гериатрия. Эмфизема у пожилых. Гериатрия. Функциональные и органические изменения у пожилых. Механизм изменения по возрастам. Курация больного, общий анализ крови и мочи, остро фазные пробы, мочева кислота, определение LE-клетка, ревмо фактор, HLA-B27 и другие, ЭКГ, ЭХОКГ, рентгенография суставов, пункция суставов, биопсия, Дифференциальная диагностика обоснование диагноза, лечение, дать рекомендации.

Темы самостоятельной работы
1. Для студентов лечебного факультета

№	Темы	Кол-во часов
1	Физиологические функции сердечной мышцы.	2
2.	Фармакодинамика препаратов применяемых при аритмиях.	2
3.	Этиология и патогенез нарушения функции проводимости	2
4.	Гипертоническая болезнь и почечная артериальная гипертензия, этиология, пато-генези, классификация.	2
5.	Артериальная гипертензия при эндокринных заболеваниях. Этиология, патогенез и клиника.	2
6.	Классификация гипотензивных препаратов.	2
7.	Гемодинамическая и церебральная артериальная гипертензия этиология, патогенез и классификация гипотензивных препаратов.	2
8.	Классификация ишемической болезни сердца. Этиология, патогенез и класс-сификация и методы лечения.	2
9.	Инфаркт миокарда. Этиология и патогенез. Фармакодинамика препаратов используемых при ИМ.	2
10.	Причины развития кардиомегалии, формы кардиомегалии, клиническое разно-образии симптомов, ЭКГ и рентгенологическая диагностика. Принципы лечения.	2
11.	Этиология возникновения пороков, ЭКГ и рентгенологические критерии пороков. Методы лечения. Этиология, патогенез аортальных пороков. Клиника и диаг-ностика.	
12.	Этиология возникновения пороков, патогенез, механизм возникновения шумов функциональные и органические. Особенности течения пороков.	2
13.	Кардиомегалия причины, Этиологическое лечение. Особенности применения β-адреноблокаторов и ва сердечных гликозидов.	2
14.	Этиология, патогенез, классификация ва клиника нарушения кровообращения. Особенности применения сердечных гликозидов, β-	2

	блокаторов, ингибиторов АПФ, мочегонных препаратов.	
15.	Этиология, патогенез и методы лечения миокардитов и миокардиодистрофии. Фармакодинамика препаратов используемые при лечение миокардитов и миокар-диодистрофии.	2
16.	Этиопатогенез, клиника и диагностика ТЭЛА, расслаивающейся аневризмы аорты, перикардитов.	2
17.	Этиопатогенез, классификация, клиника и формы пневмонии, туберкулеза и инфаркт легкого. Методы исследования и осложнения.	2
18.	Клиника и формы абсцесса, рака и эхинококка легкого. Методы исследования и осложнения.	2
19.	Этиология, классификация туберкулеза и рака легких. Принципы лечения.	2
20.	Этиология, классификация, клиника ХОБЛ. Методы исследования и осложнения.	2
21.	Диагностические критерии ревматической лихорадки и ревматоидного артрита.	2
22.	Диагностические критерии серонегативных спондилоартритов (реактивного артрита, болезнь Бехтерева, касаллиги, псориатического артрита)	2
23.	Диагностические критерии, степени активности и методы лечения диффузных заболеваний соединительных тканей.	2
24.	Диагностические критерии, степени активности и методы лечения, профилактика системных васкулитов. Фармакодинамика препаратов используемых при лечение.	2
25.	Диагностические критерии, степени активности и методы лечения, профилактика системных узелкового периартериита. Фармакодинамика препаратов используемых при лечение.	1,5
26.	Этиология, патогенез, клиника, диагностика и критерии активности иммунно - воспалительных и воспалительных заболеваний почек	1,5
27.	Этиология, патогенез и методы выявления нефропатии.	1,5
28.	Отечный синдром. Причины. Методы диагностики.	1,5
29.	Этиология возникновения дисфагий. Факторы риска возникновения дисфагии.	1,5
30.	Критерии клиничко-лабораторных, осложнения и методы лечения язвенных заболеваний.	1,5
31.	Этиология, патогенез и классификация панкреатита. Диагностические исследования при опухолях поджелудочной железы.	1,5
32.	Осложнения и методы исследования НЯК.	1,5
33.	Этиопатогенез, клиника и методы лечения заболевания протекающие с гепатоме-галией.	1,5
34.	Этиопатогенез, клиника и методы лечения циррозов печени.	1,5
35.	Этиопатогенез, клиника, синдромальная диагностика заболеваний протекающие желтухой.	1,5
36.	Особенности фармакотерапии и тактика при осложнениях заболеваний желудочно-кишечного тракта.	1,5
37.	Пожилую возраст. Особенности протекание заболеваний и индивидуальный под-ход.	1,5
38.	Диагностические критерии и классификация атеросклероза и эмфиземы легких.	1,5
39.	Диагностические критерии и классификация гастрита, язвенной болезни и колитов.	1,5
40.	Диагностические критерии пиелонефрита и хронической почечной	1,5

	недостаточности.	
41	Первичная, вторичная третичная прфилактика и диспансеризация внутренние болезни	1.5
42	Стандартная лечение (таблицы, схема, кросворд)	1.5
	Итого	74

Темы самостоятельной работы

2.Для студентов медико-педагогического факультета

№	Темы	Кол-во часов
1	Физиологические функции сердечной мышцы.	3
2.	Фармакодинамика препаратов применяемых при аритмиях.	3
3.	Этиология и патогенез нарушения функции проводимости	3
4.	Гипертоническая болезнь и почечная артериальная гипертензия, этиология, пато-генези, классификация.	3
5.	Артериальная гипертензия при эндокринных заболеваниях. Этиология, патогенез и клиника.	3
6.	Классификация гипотензивных препаратов.	3
7.	Гемодинамическая и церебральная артериальная гипертензия этиология, патогенез и классификация гипотензивных препаратов.	3
8.	Классификация ишемической болезни сердца. Этиология, патогенез и класс-сификация и методы лечения.	3
9.	Инфаркт миокарда. Этиология и патогенез. Фармакодинамика препаратов используемых при ИМ.	3
10.	Причины развития кардиомегалии, формы кардиомегалии, клиническое разно-образии симптомов, ЭКГ и рентгенологическая диагностика. Принципы лечения.	3
11.	Этиология возникновения пороков, ЭКГи рентгенологические критерии пороков. Методы лечения. Этиология, патогенез аортальных пороков. Клиника и диаг-ностика.	3
12.	Этиология возникновения пороков, патогенез, механизм возникновения шумов функциональные и органические. Особенности течения пороков.	3
13.	Кардиомегалия причины, Этиологическое лечение. Особенности применения β-адреноблокаторов и ва сердечных гликозидов.	3
14.	Этиология, патогенез, классификация ва клиника нарушения кровообращения. Особенности применения сердечных гликозидов, β-блокаторов, ингибиторов АПФ, мочегонных препаратов.	3
15.	Этиология, патогенез ва методы лечения миокардитов и миокардиодистрофии. Фармакодинамика препаратов используемые при лечение миокардитов и миокар-диодистрофии.	3
16.	Этиопатогенез, клиника и диагностика ТЭЛА, расслаивающейся аневризмы аорты, перикардитов.	3
17.	Этиопатогенез, классификация, клиника и формы пневмонии, туберкулеза и инфаркт легкого. Методы исследования и осложнения.	3
18.	Клиника и формы абцесса, рака и эхинококка легкого. Методы исследования и осложнения.	3
19.	Этиология, классификация туберкулеза и рака легких. Принципы лечения.	2.5
20.	Этиология, классификация, клиника ХОБЛ. Методы исследования и осложнения.	2.5
21.	Диагностические критерии ревматической лихорадки и ревматоидного артрита.	2.5
22.	Диагностические критерии серонегативных спондилоартритов (реактивного	2.5

	артрита, болезнь Бехтерева касаллиги, псориагического артрита)	
23.	Диагностические критерии, степени активности и методы лечения диффузных заболеваний соединительных тканей.	2.5
24.	Диагностические критерии, степени активности и методы лечения, профилактика системных васкулитов. Фармакодинамика препаратов используемых при лечение.	2.5
25.	Диагностические критерии, степени активности и методы лечения, профилактика системных узелкового периартериита. Фармакодинамика препаратов используемых при лечение.	2.5
26.	Этиология, патогенез, клиника, диагностика и критерии активности иммуно - воспалительных и воспалительных заболевания почек	2.5
27.	Этиология, патогенез и методы выявления нефропатии.	2.5
28.	Отечный синдром. Причины. Методы диагностики.	2.5
29.	Этиология возникновения дисфагий. Факторы риска возникновения дисфагии.	2.5
30.	Критерии клинико-лабораторных, осложнения и методы лечения язвенных заболеваний.	2.5
31.	Этиология, патогенез и классификация панкреатита. Диагностические исследования при опухолях поджелудочной железы.	2.5
32.	Осложнения и методы исследования НЯК.	2.5
33.	Этиопатогенез, клиника и методы лечения заболевания протекающие с гепатоме-галией.	2.5
34.	Этиопатогенез, клиника и методы лечения циррозов печени.	2.5
35.	Этиопатогенез, клиника, синдромальная диагностика заболеваний протекающие желтухой.	2.5
36.	Особенности фармакотерапии и тактика при осложнениях заболеваний желудочно-кишечного тракта.	2.5
37.	Пожилрой возраст. Особенности протекание заболеваний и индивидуальныи под-ход.	2.5
38.	Диагностические критерии и классификация атеросклероза и эмфиземы легких.	2.5
39.	Диагностические критерии и классификация гастрита, язвенной болезни и колитов.	2.5
40.	Диагностические критерии пиелонефрита и хронической почечной недостаточности.	2.5
41.	Первичная, вторичная третичная профилактика и диспансеризация внутренние болезни	2.5
42.	Стандартная лечение (таблицы, схема, кросворд)	2.5
	Итого	114 ч

6. Литературы

1. Основные литературы

1. Умумий амалиёт шифокори учун кулланма Ф.Г.Назирова, А.Г.Гадаев тахр. М.:ГЭОТАР-Медиа, 2007.
2. Общая врачебная практика Под ред.Ф.Г.Назирова, А.Г.Гадаева. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
3. Справочник врача общей практики. Дж.Мёрта. М.:Практика, 1998.
4. Сборник практических навыков для врачей общей практики. Гадаев А. и др. Т., 2010.
5. Гериатрия в деятельности врача общей практики Насреддинова Н.Н. Т:Шарк, 2004
6. Внутренние болезни, том 1 Мухин Н.А. М.: ГЭОТАР- Медиа, 2009

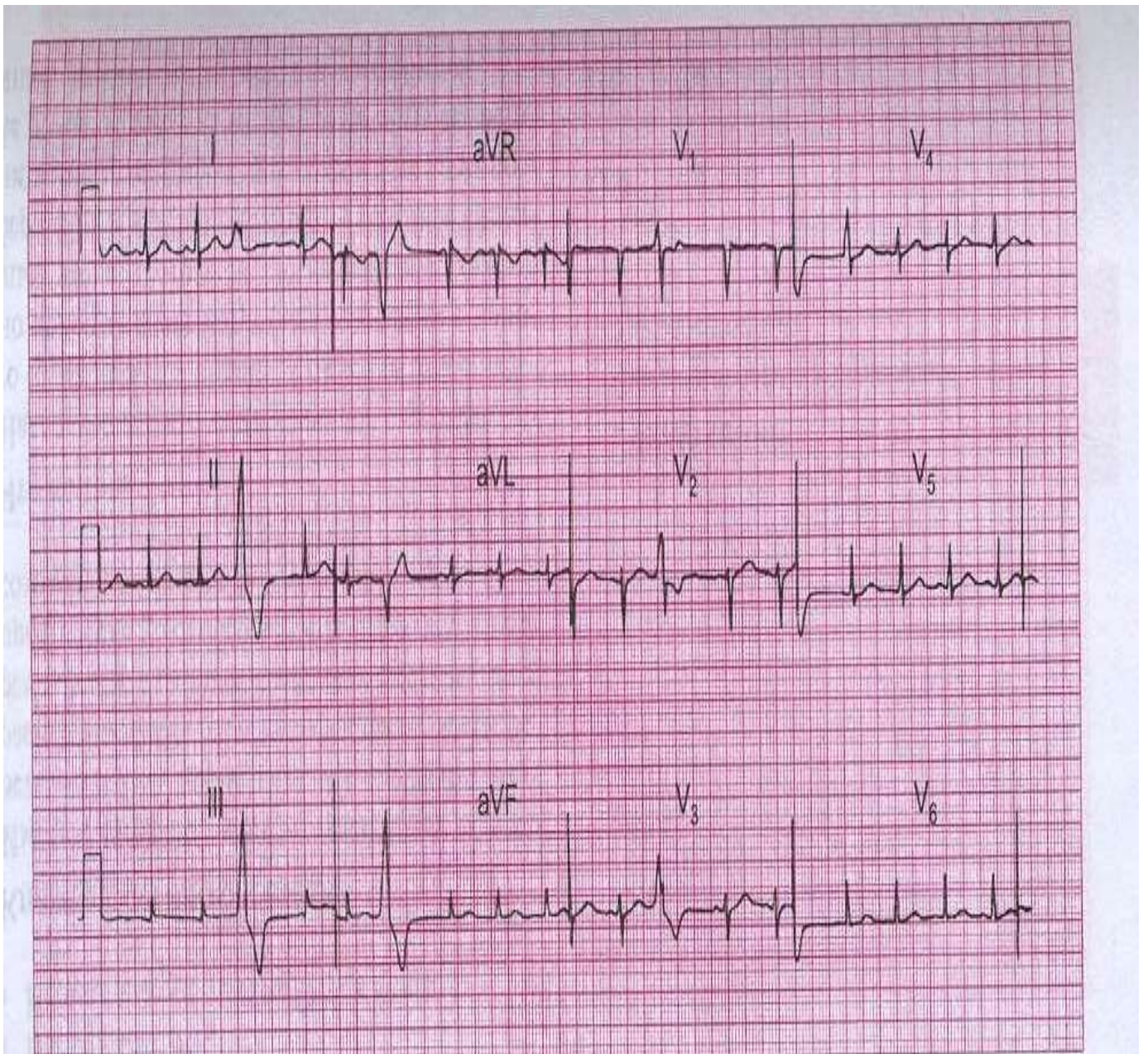
7. Внутренние болезни, том 2 Мухин Н.А. М.:ГЭОТАР- Медиа, 2009
8. Терапевтический справочник Вашингтонского Под ред. М.Вудли М.: Практика, 2000.
9. InternalMedicinePearls Clay V. Marsh 1993
10. HandbookofAmbulatoryMedicine ed. Philip D. Zieve 1995
11. TextbookofInternalMedicine Editor-in-Chief William N. Kelley 1997

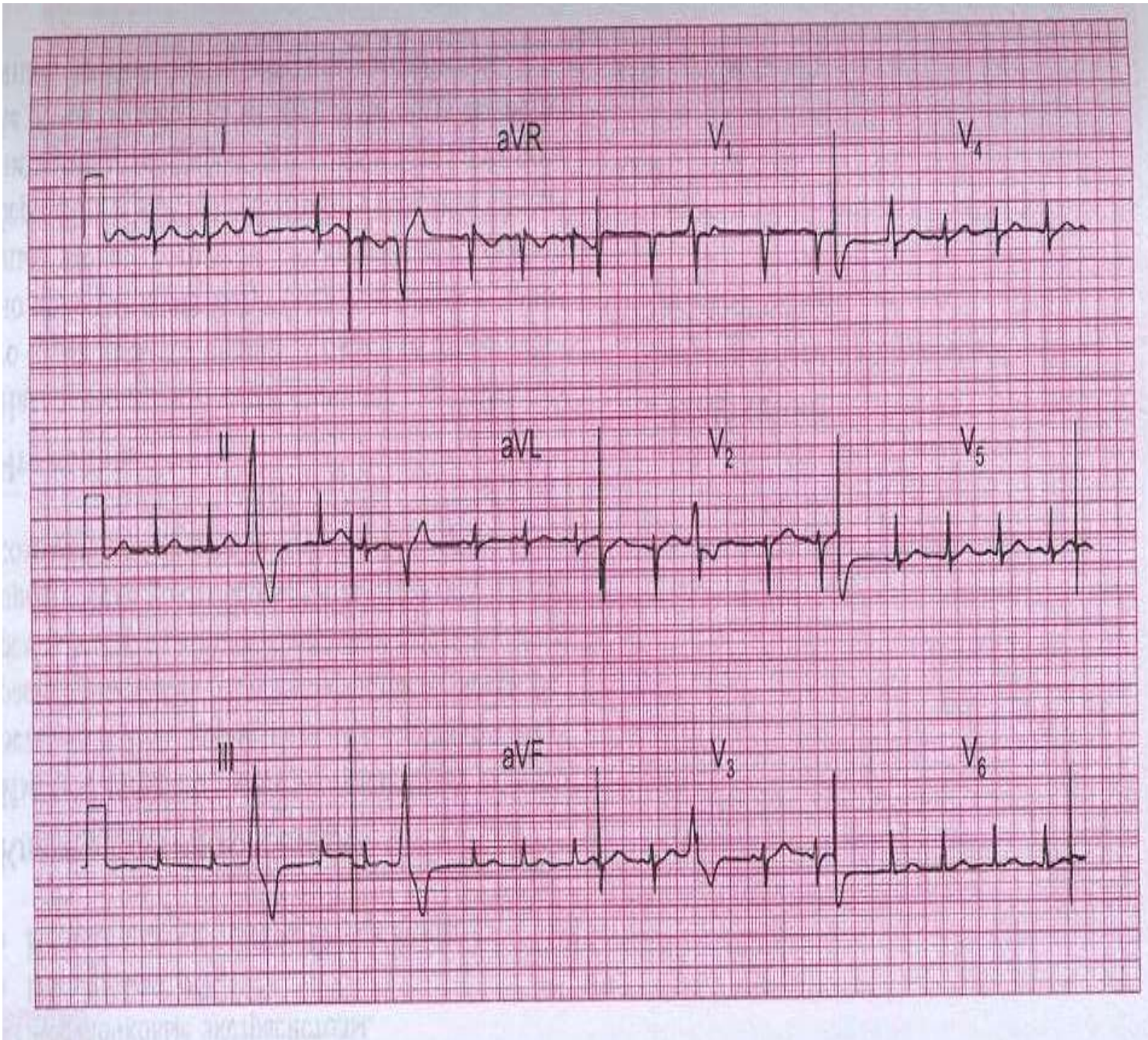
2.Дополнительные литературы

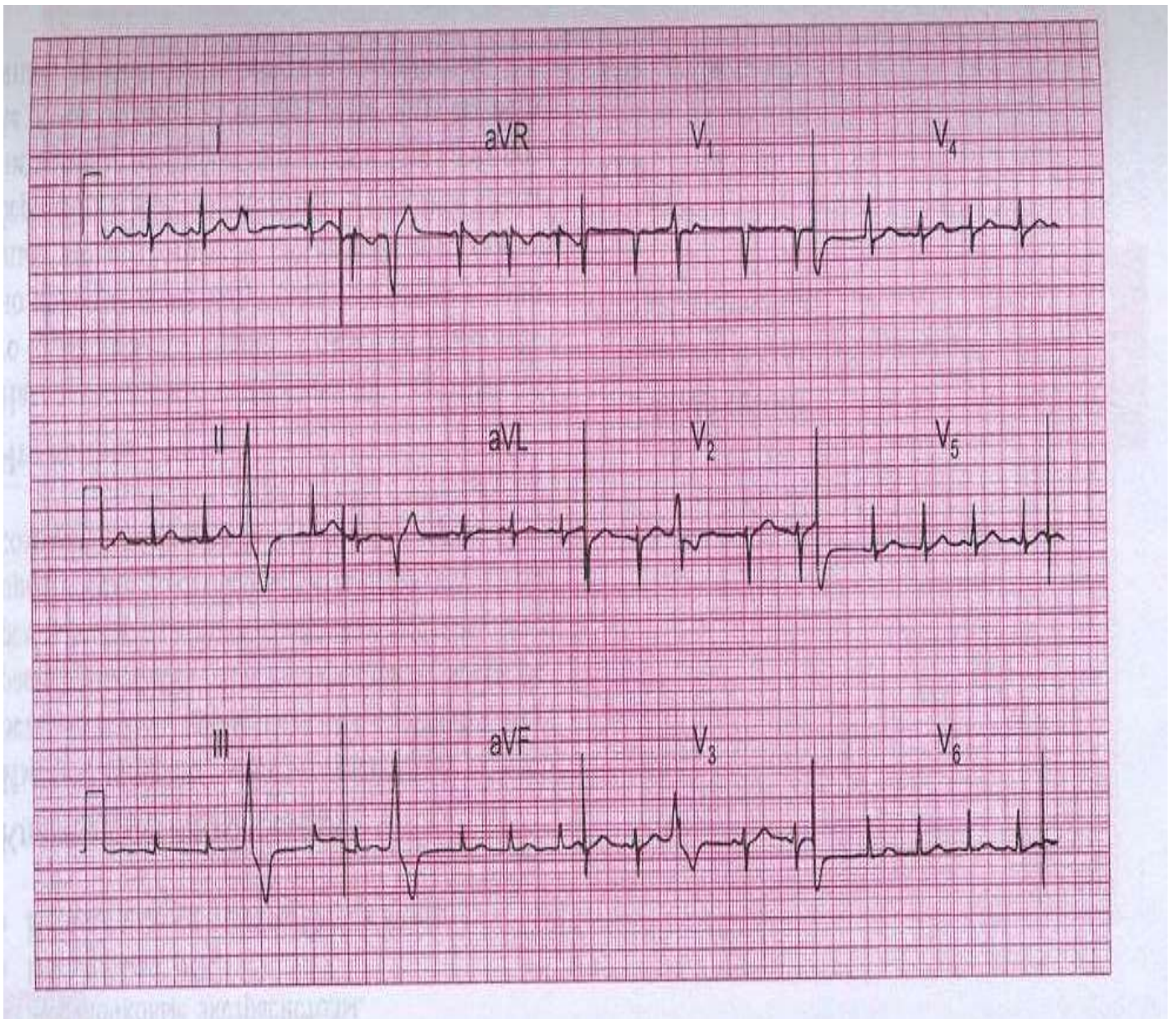
11. Ички касалликлар Шарапов У.Ф. Т:ИбнСино, 2003
12. Ички касалликлар Бобожанов С. Т:Янгиасравлод, 2008
13. Диагностика болезней внутренних органов. Огороков А.Н. Все томы.2005.
14. Лечение болезней внутренних органов. Огороков А.Н. Все томы.2005.
15. Клинические рекомендации для практикующих врачей Под ред. И.Н. Денисова и др. М.:ГЭОТАР-Медиа,2002
16. Внутренние болезни: учебник.- в 2-х т. (1т) Под ред. Мартынова и др. М.: ГЭОТАР-Медиа , 2005:
17. Внутренние болезни: учебник.- в 2-х т.(2 т.) Под ред. Мартынова и др. М.: ГЭОТАР-Медиа , 2005:
- 18.Секреты гастроэнтерологии. МакНелли П.Р. М.:Бином – СПб.: Невский диалект, 2001
- 19.Секреты ревматологии. Вест С.Дж. М.:Бином – СПб.: Невский диалект, 2001.
20. Дифференциальный диагноз внутренних болезней. Виноградов А.В. М.: Медицинское информационное агенство, 2009.
21. Внутренние болезни в вопросах и ответах. Ред.Ю.Р.Ковалев. СПб.:ФОЛИАНТ, 2004.
22. Пищеварительная система. Тешаев О.Р. Т.:Тафаккур бустони, 2011
23. Респираторная система. Тешаев О.Р. Т.:Тафаккур бустони, 2011
24. Методическое пособие по реализации образовательного стандарта по подготовке ВОП Часть 1 2011. Ташкент
25. Амалий электрокардиография (Тиббиёт олий таълим муассасалари 6-7 курс талабалари ва умумий амалиёт шифокорлари учун услубий кулланма Тошкент 2011)
26. Аритмии и их лечение (Методическое пособие для врачей и студентов медицинских ВУЗов)Ташкент, 2011
27. Грипп и ОРВИ в практике врача общей практики (Методическое пособие для студентов 6-7 курсов медицинских ВУЗов и врачей общей практики)Ташкент 2011
28. Handbook of Interpretation of Diagnostic Tests Jacques Wallach. 1998
29. Manual of cardiovascular diagnosis and therapy Joseph S. Alpert

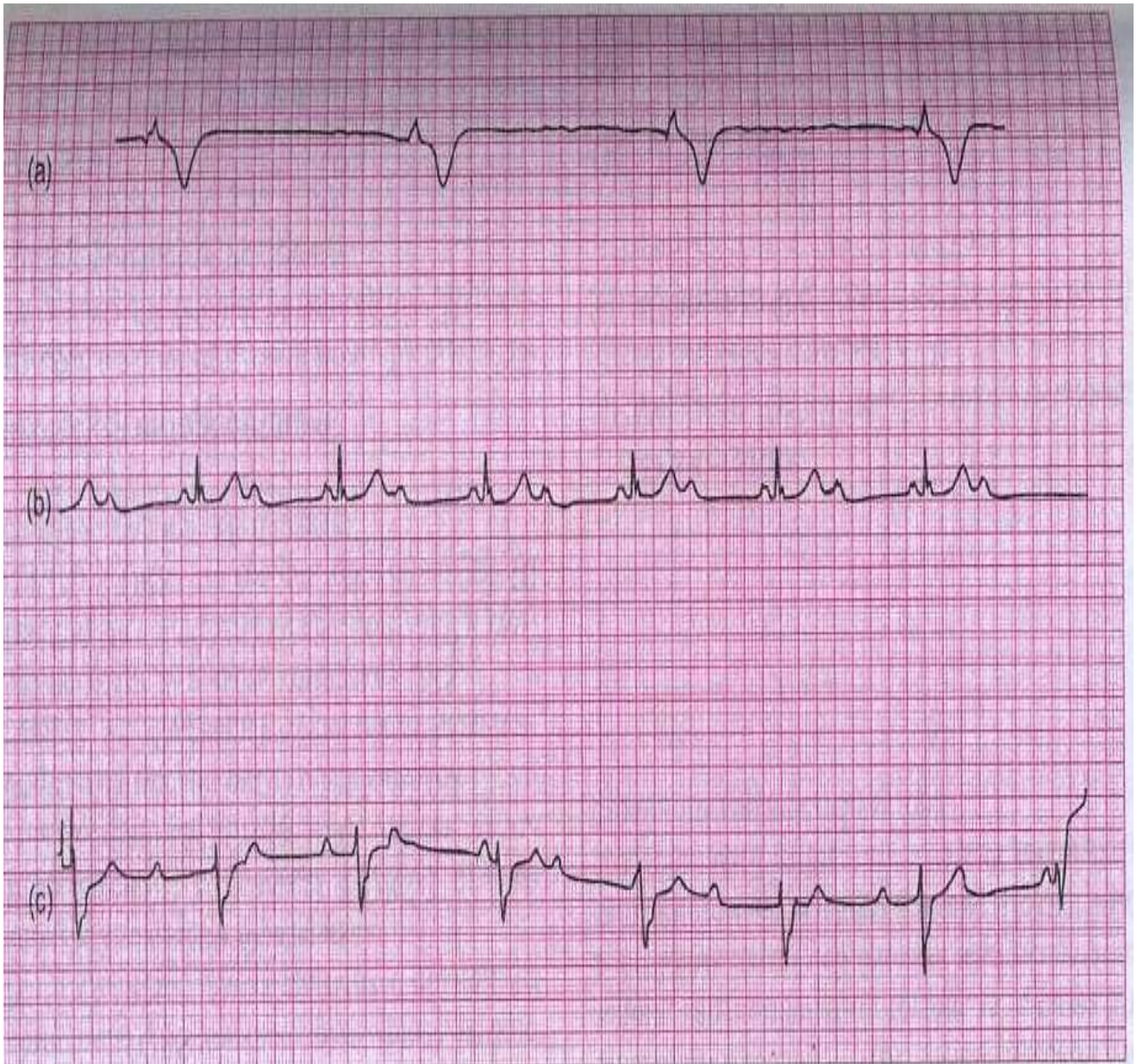
Интернет медицина сайтлари:

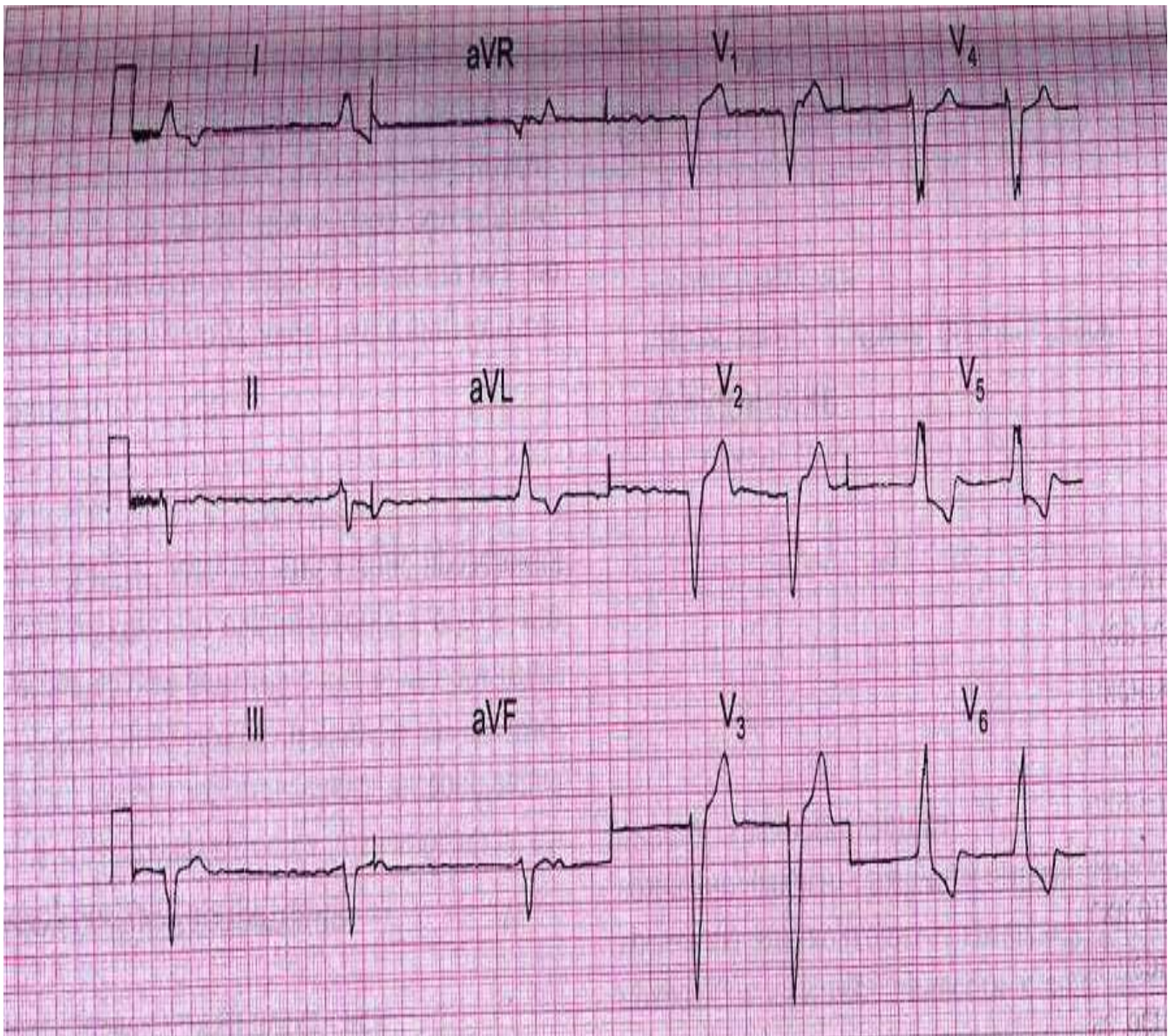
- 20.www.bsmi.uz
- 21.Med.-site.narod.ru
- 22.www.medlook.ru
- 23.www.medtext.ru
- 24.www.medkniga.ru











ДНЕВНИК

ЭТАПОВ МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА И КУРАЦИИ У ПОСТЕЛИ БОЛЬНОГО *(для студентов УІ курса)*

Ф.И.О.студента _____

г. Бухара – 2018

2. ДНЕВНИК САМОКОНТРОЛЯ СТУДЕНТА УІ КУРСА

Фамилия _____

Имя _____ Отчество (СТУДЕНТА) _____

Дата рождения, возраст _____

Домашний адрес _____

Телефон _____

Факультет, группа _____

Отделение, в котором находится курируемый пациент _____

Ф.И.О. лечащего врача _____

Занятия по программе медицинского осмотра пациента ведут преподаватели кафедры (Ф.И.О. и подпись преподавателя):

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

Заведующий кафедрой, доцент Ахмедов Х.С. _____

ГРАФИК ОСМОТРА КУРИРУЕМЫХ БОЛЬНЫХ

№ палаты	Дата поступления и выписки пациента	Ф.И.О. больного	Окончательный диагноз

3. СТРУКТУРИРОВАННЫЕ ЭТАПЫ МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА У ПОСТЕЛИ БОЛЬНОГО

(для студентов VI курса)

Этап	Необходимый комплекс выполняемых действий
1-й блок (1 ПОСЕЩЕНИЕ) дата:	
1	Определил цели и задачи, выполнение которых необходимо для получения <i>знаний, умений и навыков</i> в процессе ведения соответствующего больного. Пришел к курируемому пациенту в палату с объяснением причины визита, соблюдая и применяя навыки межличностного общения.
2	Оценил сознание и положение в постели, а также обратил внимание на психологическое состояние больного (<i>если пациент не в состоянии общаться визит нужно отложить на другое время или другой день</i>).
3	Поинтересовался у пациента о причине госпитализации в данную клинику (отделение, больницу). Тщательно собрал жалобы с применением открытых и проверочных вопросов (<i>определил основные и сопутствующие</i>).
Критерии оценки (для преподавателя): <i>После первичного общения студент должен определить объем и содержание последующих комплексных действий, согласно жалобам и выявленным причинам госпитализации данного пациента (оценить в баллах).</i>	
2-й блок (2 ПОСЕЩЕНИЕ) дата:	
4	Тщательно собрал историю настоящего заболевания (<i>anamnesis morbi</i>), выясняя наиболее значимые данные в возникновении и развитии заболевания.
5	Тщательно собрал историю жизни (<i>anamnesis vitae</i>), выясняя наиболее значимые данные в жизни пациента.
6	Выявил и определил факторы риска (<i>управляемые и неуправляемые</i>), имеющиеся у пациента, учитывая жалобы, анамнез и имеющиеся антропометрические данные. Определил проблемы пациента (<i>основную, сопутствующую</i>).
Критерии оценки (для преподавателя): <i>Исходя из выполненных выше этапов, студент должен усовершенствовать и структурировать объективный осмотр согласно выявленному синдрому и вытекающему из него проблем у соответствующего пациента (оценить в баллах).</i>	
3-й блок (3 ПОСЕЩЕНИЕ) дата:	
7	Приступил к объективному осмотру (<i>студент должен продемонстрировать комплексное и последовательное обследование состояния пациента с соответствующим синдромом и проблемой</i>).
8	Оформил и обосновал предварительный диагноз с указанием категории услуг заболевания и информированием пациента о его состоянии.
Критерии оценки (для преподавателя): <i>После комплексного объективного осмотра и оформления предварительного диагноза студент должен провести анализ полученных субъективных и объективных данных, при этом определяя, в каких лабораторно-инструментальных исследованиях и манипуляциях нуждается данный пациент? Нуждается ли пациент в консультации узких специалистов, каких? Повторить нормальные показатели планируемых исследований и ожидаемые результаты при данной патологии (оценить в баллах).</i>	
4-й блок (4 ПОСЕЩЕНИЕ) дата:	
9	Составил план обследования данного пациента с обоснованием планируемых

	лабораторно-инструментальных исследований, манипуляций и осмотра узких специалистов, если в этом есть необходимость.
10	Определил, какие лабораторно-инструментальные исследования, возможно, провести немедленно с предварительным обоснованием и объяснением пациенту цели проводимых исследований. Какие из них можно провести в плановом порядке с учетом состояния пациента.
11	При консультировании узким специалистом студент координирует проведенную диагностику (заключение проведенного осмотра и назначенной тактики лечения).
Критерии оценки (для преподавателя): <i>После проведенных этапов по определению необходимых исследований студент должен владеть навыком составления плана обследования пациентов с учетом его проблем, возможностей и ожидаемых результатов. Освоить и довести до автоматизма инструментальные исследования, необходимые для ведения данного пациента (оценить в баллах).</i>	
5-й блок (5 ПОСЕЩЕНИЕ) дата:	
12	Самостоятельно организовал и выполнил необходимый объем исследований согласно категории 3.1 медицинской помощи оказываемой ВОП у постели больного, соблюдая показания и все этапы проведения.
13	Студент интегрирует и демонстрирует знания по интерпретации полученных объективных и лабораторно-инструментальных данных у постели больного. Одновременно информирует курируемого пациента о результатах обследования применяя простой и понятный язык.
Критерии оценки (для преподавателя): <i>После проведенных этапов студент должен уметь грамотно, технически быстро выполнять ряд исследований (манипуляций) и владеть навыком интерпретации полученных объективных и лабораторно-инструментальных данных согласно категории 3.1. КВХ ВОП. Повторить знания по заболеваниям и состояниям, похожие на выявленную патологию (оценить в баллах).</i>	
6-й блок (6 ПОСЕЩЕНИЕ) дата:	
14	Проводит дифференциальную диагностику сначала с похожими заболеваниями и состояниями, угрожающими жизни пациента, а затем с заболеваниями и состояниями, не угрожающими жизни пациента.
15	Оформляет окончательный диагноз с обоснованием <i>основного, сопутствующего и осложнений</i> выявленного заболевания с определением категории услуг КВХ ВОП.
Критерии оценки (для преподавателя): <i>Студент должен уметь проводить дифференциальную диагностику с часто встречающимися заболеваниями и похожими состояниями, применяя умения и навыки пропедевтики внутренних болезней за относительно короткое время, при этом демонстрируя и интерпретируя выявленные данные. Грамотно оформить окончательный диагноз с учетом формы болезни, фазы активности, течения на основании полученных объективных, лабораторно-инструментальных данных и заключения узких специалистов (оценить в баллах).</i>	
7-й блок (7 ПОСЕЩЕНИЕ) дата:	
16	Определил, в каком виде профилактики нуждается данный пациент? <i>Студент должен владеть теоретическими знаниями по данному виду профилактики и уметь объяснить пациенту практические шаги запланированных мероприятий.</i>
17	Определил немедикаментозные рекомендации с демонстрацией и объяснением по пунктам пациенту. Назначил по показаниям и объяснил пациенту медикаментозное лечение с указанием дозы, кратности и длительности приема назначенного лекарственного препарата.
18	Провел обратную связь у постели больного по назначенным рекомендациям, определив длительность лечения пациента в стационаре для повторной оценки состояния и контроля эффективности назначенного лечения.
Критерии оценки (для преподавателя): <i>После проведенной тактики студент должен</i>	

владеть основательными знаниями по всем видам профилактики и уметь объяснить пациенту практические шаги профилактических мероприятий относительно данного пациента. После рекомендованного лечения студент должен владеть навыком назначения немедикаментозного и патогенетического лечения (название препарата и его группы; показания, противопоказания и побочные действия; форма выпуска, доза, кратность и длительность приема назначенных лекарственных средств), а также симптоматического лечения, если в этом есть необходимость *(оценить в баллах)*.

8-й блок (8 ПОСЕЩЕНИЕ перед выпиской пациента) дата:

19	<p>Предварительно объяснив пациенту, определил группу диспансерного наблюдения (после выписки из стационара больной в обязательном порядке в ближайшие дни должен посетить своего ВОП) с целью:</p> <ul style="list-style-type: none"> • взятия пациента на «Д» учет; • проведения повторной оценки состояния пациента (оформления окончательного диагноза с учетом формы болезни, фазы активности, течения на основании выписного эпикриза); • анализа данных по назначенным немедикаментозным рекомендациям и проведенному лечению лекарственными средствами; • по показаниям выполнение или повторение ряда лабораторно-инструментальных исследований с целью определения дальнейшей тактики ведения и наблюдения.
20	<p>За день перед выпиской из стационара студент должен подготовить рекомендации по дальнейшей тактике ведения и лечения больного с объяснением пациенту и получением обратной связи.</p>

Критерии оценки (для преподавателя): После данного этапа курации больного студент должен владеть навыком определения группы диспансерного наблюдения больных на уровне первичного звена здравоохранения и организацией 6 этапов диспансеризации относительно данного пациента *(оценить в баллах)*.

4. РЕЗУЛЬТАТЫ МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА И КУРАЦИИ ПАЦИЕНТА

_____, ____ лет

Этап	Необходимый комплекс выполняемых действий
1-й блок (1 ПОСЕЩЕНИЕ)	
1	Определил цели и задачи:
2	Оценил сознание и положение в постели: <ul style="list-style-type: none"> • Сознание: ясное, помутненное (<i>подчеркнуть или округлить</i>). • Положение больного: активное, пассивное, вынужденное (<i>подчеркнуть</i>) другое _____
3	Поинтересовался у пациента о причине госпитализации и тщательно собрал жалобы: <u>Основные жалобы:</u> _____ _____ <u>Сопутствующие жалобы</u> _____ _____
2-й блок (2 ПОСЕЩЕНИЕ)	
4	<u>Anamnesis morbi:</u> Начало _____ заболевание _____ Первые признаки _____ С _____ чем _____ связывает _____ причину _____ заболевание _____ Последующие _____ проявления _____ _____ _____ _____ _____ _____
5	<u>Anamnesis vitae:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Перенесенные _____ заболевания: • Профессия и условия труда: _____ • Вредные привычки: курит, сколько штук в день ____; длительность курения _____, • индекс курильщика _____. • Спиртные напитки: употребляемое количество _____, длительность _____

	<p>употребления _____</p> <ul style="list-style-type: none"> • Употребление НАСА: если да, то сколько раз в день ___; длительность употребления _____, • Питание _____ <p>_____</p> <ul style="list-style-type: none"> • Физическая активность _____ • Источники опасности для жизни и здоровья _____ <p>_____</p>		
6	<p>Выявил и определил факторы риска и определил проблемы пациента:</p> <table border="1" data-bbox="181 568 1382 1084"> <tr> <td data-bbox="181 568 651 1084"> <p><u>Факторы риска:</u> <u>Неуправляемые</u> 1. _____ 2. _____ 3. _____</p> <p><u>Управляемые</u> 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____</p> </td> <td data-bbox="651 568 1382 1084"> <p><u>Проблемы пациента</u> Основные: _____ _____ _____</p> <p>Сопутствующие: _____ _____ _____</p> <p>Социальные _____ _____ _____</p> </td> </tr> </table>	<p><u>Факторы риска:</u> <u>Неуправляемые</u> 1. _____ 2. _____ 3. _____</p> <p><u>Управляемые</u> 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____</p>	<p><u>Проблемы пациента</u> Основные: _____ _____ _____</p> <p>Сопутствующие: _____ _____ _____</p> <p>Социальные _____ _____ _____</p>
<p><u>Факторы риска:</u> <u>Неуправляемые</u> 1. _____ 2. _____ 3. _____</p> <p><u>Управляемые</u> 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____</p>	<p><u>Проблемы пациента</u> Основные: _____ _____ _____</p> <p>Сопутствующие: _____ _____ _____</p> <p>Социальные _____ _____ _____</p>		
3-й блок (3 ПОСЕЩЕНИЕ)			
7	<p><u>Приступил к объективному осмотру:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Кожные покровы:</u> обычной окраски, бледность, цианоз губ наличие высыпаний, уплотнений, телеангиоэктазии, гипер-, - депигментации (нужное подчеркнуть) • <u>Голова:</u> очаговые или диффузные участки выпадение волос (нужное подчеркнуть) • Наличие подкожных узелков, кальцинозов, тофусов (нужное подчеркнуть) • <u>Осмотр рта:</u> наличие сухости, язвенный стоматита и глоссита (нужное подчеркнуть) • Осмотр суставов _____ _____ _____ • Осмотр позвоночника: наличие физиологического или патологического кифоза и лордоза, деформации, искривлений (нужное подчеркнуть); Где _____ тесты на наличие симптомов Отто ____, Кушелевского ____, Шобера ____, «подбородок-грудина» ____ («+» или «-«). • Костная система _____ _____ _____ <p>- Перкуссия легких: везикулярное дыхание ; ослабление везикулярного дыхания _____;</p> <p>- хрипы _____</p> <p>- _____</p> <p>- Пальпация области сердца, верхушечный толчок:</p> <p>- правая отн. тупость сердца: _____</p>		

	<p>-левая отн.тупость сердца: _____</p> <p>-верхняя отн .тупость _____</p> <p>-Аускультация сердца</p> <p>Пульс ___ в 1 мин.</p> <p>АД _____</p> <p>Пальпация живота:</p> <p>Границе печени по Курлову: 1размер ____; 2 размер ____; 3 –размер _____</p> <p>Офтальмоскопия:</p> <p>Пикфлуметрия _____ %</p>
8	Оформил и обосновал предварительный диагноз с указанием категории услуг:
4-й блок (4 ПОСЕЩЕНИЕ)	
9	Составил план обследования данного пациента: 3.1. 3.2.
10	Определил, какие лабораторно-инструментальные исследования, возможно, провести немедленно:
11	При консультировании узким специалистом студент координирует проведенную диагностику:
5-й блок (5 ПОСЕЩЕНИЕ)	
12	Самостоятельно организовал и выполнил необходимый объем исследований

	согласно категории 3.1:	
13	Студент интегрирует и демонстрирует знания по интерпретации полученных объективных и лабораторно-инструментальных данных:	
6-й блок (6 ПОСЕЩЕНИЕ)		
14	Проводит дифференциальную диагностику:	
15	Оформляет окончательный диагноз:	
7-й блок (7 ПОСЕЩЕНИЕ)		
16	Определил, в каком виде профилактики нуждается данный пациент? <i>Первичная вторичная третичная (подчеркнуть)</i>	
17	Определил немедикаментозные рекомендации и медикаментозное лечение:	
	<i>Немедикаментозные рекомендации:</i> 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ 6. _____ 7. _____ 8. _____ 9. _____ 10. _____	<i>Медикаментозное лечение</i> 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ 6. _____ 7. _____ 8. _____ 9. _____ 10. _____
18	Провел обратную связь у постели больного по назначенным рекомендациям:	
8-й блок (8 ПОСЕЩЕНИЕ перед выпиской пациента)		
19	Определил группу диспансерного наблюдения:	

20	<p>За день перед выпиской из стационара студент должен подготовить рекомендации по дальнейшей тактике ведения и лечения больного с объяснением пациенту и получением обратной связи:</p> <p>Немедикаментозные рекомендации:</p> <p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p> <p>4. _____</p> <p>5. _____</p> <p>6. _____</p> <p>7. _____</p> <p>8. _____</p> <p>9. _____</p> <p style="text-align: right;">Медикаментозное лечение</p>
----	---

№	5. Практические навыки, которыми овладел студент за время курации данного пациента
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	

№	6. Использованная литература:
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	

<i>необходимых исследований студент должен владеть навыком составления плана обследования пациентов с учетом его проблем, возможностей и ожидаемых результатов. Освоить и довести до автоматизма инструментальные исследования, необходимые для ведения данного пациента (оценить в баллах).</i>						
5-й блок (5 ПОСЕЩЕНИЕ) ДАТА:						
12	0	3	6	9	12	15
13	0	3	6	9	12	15
Ф.И.О. и подпись преподавателя:					Итого набранных баллов:	
Критерии оценки (для преподавателя): <i>После проведенных этапов студент должен уметь грамотно, технически быстро выполнять ряд исследований (манипуляций) и владеть навыком интерпретации полученных объективных и лабораторно-инструментальных данных согласно категории 3.1. КВХ ВОП. Повторить знания по заболеваниям и состояниям, похожие на выявленную патологию (оценить в баллах).</i>						
6-й блок (6 ПОСЕЩЕНИЕ) ДАТА:						
14	0	1	5	10	15	20
15	0	2	4	6	8	10
Ф.И.О. и подпись преподавателя:					Итого набранных баллов:	
Критерии оценки (для преподавателя): <i>Студент должен уметь проводить дифференциальную диагностику с часто встречающимися заболеваниями и похожими состояниями, применяя умения и навыки преемственности внутренних болезней за относительно короткое время, при этом демонстрируя и интерпретируя выявленные данные. Грамотно оформить окончательный диагноз с учетом формы болезни, фазы активности, течения на основании полученных объективных, лабораторно-инструментальных данных и заключения узких специалистов (оценить в баллах).</i>						
7-й блок (7 ПОСЕЩЕНИЕ) ДАТА:						
16	0	1	2	4	6	8
17	0	1	4	8	12	16
18	0	2	3	4	5	6
Ф.И.О. и подпись преподавателя:					Итого набранных баллов:	
Критерии оценки (для преподавателя): <i>После проведенной тактики студент должен владеть основательными знаниями по всем видам профилактики и уметь объяснить пациенту практические шаги профилактических мероприятий относительно данного пациента. После рекомендованного лечения студент должен владеть навыком назначения немедикаментозного и патогенетического лечения (название препарата и его группы; показания, противопоказания и побочные действия; форма выпуска, доза, кратность и длительность приема назначенных лекарственных средств), а также симптоматического лечения, если в этом есть необходимость (оценить в баллах).</i>						
8-й блок (8 ПОСЕЩЕНИЕ перед выпиской пациента) ДАТА:						
19	0	3	6	9	12	15
20	0	3	6	9	12	15
Ф.И.О. и подпись преподавателя:					Итого набранных баллов:	
Критерии оценки (для преподавателя): <i>После данного этапа курации больного студент должен владеть навыком определения группы диспансерного наблюдения больных на уровне первичного звена здравоохранения и организацией 6 этапов диспансеризации относительно данного пациента (оценить в баллах).</i>						
Всего						240

ИТОГО набранных баллов _____

Ф.И.О. преподавателя _____ подпись _____

Органайзер дифференциальной диагностики почечно-паренхиматозных САГ

Виды САГ	Почечно-паренхиматозная САГ	
Заболевания	Хронический пиелонефрит	Хронический гломерулонефрит
Патогенез развитие АГ	<p>Вследствие нарушения почечной ауторегуляции повышение системного АД сопровождается возрастанием давления в капиллярах клубочков. Долгосрочное повышение АД также обеспечивается гиперактивацией РААС и дисфункция эндотелия в следствии уменьшения синтеза азота оксида в сосудах почек , а также подавлением почечной калликринин-кининовой депрессорной системы. Закрепление АГ реализуется через повышения ОПСС, увеличение сердечного выброса и ОЦК.</p>	
Характерный симптомокомплекс	<p>АГ на фоне болей в поясничной области, дизурических расстройств, лихорадки, озноба, головных болей. При объективном осмотре выявляются положительный симптом поколачивания, может быть нефроптоз, гипертрофия левого желудочка</p>	<p>При гипертонической форме ХГН наряду с повышением АД, головной болью, нарушение зрения, боли в прекардеальной области выявляются ГЛЖ, изменения глазного дна и мочевой синдром. При смешанной форме добавляются симптомы нефротического синдрома: массивные отеки, выраженная протеинурия и др.</p>
Стандартные методы диагностики	<p>ОАМ, проба Реберга, Зимницкого, Нечипоренко, расчет СКФ, ЭКГ, ЭхоКГ, УЗИ почек, R-исследования органов грудной клетки.</p>	

Специальные (информативные) методы диагностики	Посев мочи, экскреторная урография, биопсия почек, радиоизотопная ренография	Биопсия почек (решающий метод диагностики ХГН)
Результаты исследования (интерпретация)	Мочевой синдром: лейкоцитурия, протеинурия, умеренная гематурия, бактериурия. Проба Зимницкого-умеренная полиурия и гипостенурия. УЗИ-конкременты, аномалия почек, нефроптоз, гидронефроз и уплотнения паренхимы	Мочевой синдром: протеинурия, эритроцитурия, цилиндрурия. В крови характерна гипопроотеинемия, диспротеинемия, гиперлипидемия.
Тактика медикаментозной коррекции АГ Консультация узкого специалиста	Петлевые диуретики, иАПФ, АРАП, антагонисты кальция, альфа-адреноблокаторы при резистентной АГ. Не следует назначать НПВС, калий-сберегающие диуретики и препараты калия.	
Профилактика	Своевременная ликвидация очагов инфекции, выявление бактериурии при периодическом обследовании и своевременное лечения урологических заболеваний. Устранения причин, приводящих к нарушению оттока мочи.	Закаливание, повышение иммунитета лечения очагов инфекции, использования вакцин и сывороток строго по показаниям. Соблюдения режима, диеты, борьбе с инфекциями, систематически наблюдения врачом с контролем анализов. Профилактика острых и хронических осложнений, качественная реабилитация имеющих осложнения.
Диспансеризация	Частота наблюдений у ВОП 4 раза в год. Каждый раз проводится ОАК, ОАМ, анализ по Нечипаренко, посев мочи. 2 раза в год БАК и ЭКГ, 1 раз в год экскреторная урография, УЗИ почек. Консультация уролога, кардиолога, окулиста –	Больные наблюдаются пожизненно: при гипертонической форме – 2 раза в год. Исследования ОАК, ОАМ 2 раза в год. БАК (общий белок, белковые фракции, холестерин, мочевины, креатинин) и ЭКГ - 2 раз в год. Консультация гинеколога, уролога, ЛОР,

	<p>1 раз в год. Составляется последовательный план лечебно-оздоровительных мероприятий на соответствующий год .</p>	<p>кардиолога, офтальмолога - 1 раз в год. Составляется последовательный план лечебно-оздоровительных мероприятий на соответствующий год.</p>
--	---	---

Органайзер дифференциальной диагностики эндокринных САГ

Виды САГ	Эндокринная САГ	
	Феохромоцитома	Тиреотоксикоз
Заболевания		
Патогенез развитие АГ	<p>Воздействие избытка вырабатываемых опухолью катехоламинов в первую очередь на сердечно-сосудистую систему (увеличение сердечного выброса и повышение ОПСС), а также другие органы и системы.</p>	<p>Вследствие повышенного уровня гормонов щитовидной железы Т3 и Т4, увеличивается сердечный выброс и ЧСС, а также нарушается метаболизм в кардиомиоцитах.</p>
Характерный симптомо комплекс	<p>Кризовой характер АГ с характерными особенностями кризов, сопровождаемых дрожью, потливостью, резкой слабостью, головокружением, пульсирующими головными болями, нарушением зрения, сердцебиением, болями в области сердца. Вне кризов АД может быть и в пределах нормы. Объективно похудание больного тахикардия,</p>	<p>Систолическая АГ на фоне раздражительностью, потливостью, сердцебиения, боли в области сердца, повышенный аппетит, похудание, мышечная слабость, диарея. При осмотре влажная и теплая кожа, тахикардия, громкие тоны сердца, систолический шум на верхушки, тремор и характерные глазные симптомы</p>

	потливость.	
Стандартные методы диагностики	Анализ крови с обязательным определением лейкоцитов и глюкозы крови в момент криза.	ЭхоКГ, ЭКГ
Специальные методы диагностики	Суточная экскреция метанефринов (>1,3мг), уровень катехоломинов в плазме, КТ, МРТ, сцинтиграфия с I^{131} , селективная ангиография.	Определения уровней гормонов Т3,Т4,ТТГ и антител к рецепторам ТТГ, сцинтиграфия и УЗИ щитовидной железы, КТ и МРТ
Результаты исследования (интерпретация)	Во время криза лейкоцитоз в крови с эозинофилиозом и лимфоцитозом, гипергликемия. В суточной моче (в день криза) увеличения экскреции адреналина(>30 мкг), норадреналина(>100мкг) и их метаболита ванилилминдальной кислоты(>6 мг).	Повышения уровня гормонов щитовидной железы Т3 и Т4, а также снижения уровня ТТГ. Увеличения размеров щитовидной железы и мерцательная аритмия на ЭКГ.
Тактика медикаментозной коррекции АГ Консультация узкого специалиста	Консультация эндокринолога, сосудистого хирурга. Радикальный метод лечения-хирургическоеудалениео пухоли. Для купирования криза в/в введения фентоламина по 2-4 мг, повторно через 10 мин до купирования криза. ПрипостояннойАГальфа-адреноблокаторы:	Консультация эндокринолога. Для коррекции АГ – бета адреноблокаторы. Базисное лечения тиреостатики – меркаптоимидазол, пропилтиоурацил и радиоактивный йод. Хирургическое: субтотальная резекция щитовидной железы.

	доксазозин, празозин. Также эффективен альфа-метилпаратирозин	
--	---	--

Органайзер дифференциальной диагностики гемодинамических САГ

Виды САГ	Гемодинамическая САГ	
Заболевания	Болезнь Такаясу	Коарктация аорты
Патогенез развитие АГ	Вследствие воспалительными и деструктивными изменениями в стенке дуги аорты и её ветвей, сопровождающимися их стенозированием и ишемией кровоснабжаемых органов. В результате ишемии почек на стороне поражения активация РААС системы.	Стойкой АГ вследствие повышение артериального давления в артериях выше место сужения, а также значительный градиент систолического и среднего давления между верхними и нижними конечностями приводит к
Характерный симптомокомплекс	Жалобы на усталость в верхних и нижних конечностях, перемежающаяся хромота при нагрузках, боли по ходу артерии, нарушения зрения, обмороки, боли в области сердца. Характерна асимметрия пульса и АД, отсутствие пульса и ли сосудистые шумы над артериями	Стойкая АГ, возможны жалобы на похолодания стоп и перемежающуюся хромоту. При осмотре определяется хорошее физическое развитие верхней половины туловища, тогда как нижние конечности гипотрофированы и бледные. АД на руках выше, чем на ногах и определяется различия величины пульса на руках и ногах.
Стандартные методы диагностики	Острофазные пробы, проба Реберга, Зимницкого, Нечипоренко, расчет СКФ, ЭКГ, ЭхоКГ, УЗИ почек	Рентгенологическое исследования органов грудной клетки

Специальные методы диагностики	Каптоприловая проба (оценка активности ренина плазмы), изотопная ренография, почечная ангиография	Аортография, доплерография и КТ, МРТ аорты
Результаты исследования (интерпретация)	В крови повышается СОЭ, характерен лейкоцитоз, повышение IgG и IgA. На рентгене органов грудной клетки – расширение тени аорты, кальцификация, нечеткость контуров ребер. При ангиографии – стенозированные почечные артерии.	Рентгенологически отмечается выраженная пульсация аорты выше места сужения, постстенотическое расширение аорты, аортальная конфигурация сердца, узурация ребер.
Консультация узкого специалиста. Тактика медикаментозной коррекции АГ	Консультация сосудистого хирурга Радикальный метод лечения – хирургические реконструктивные вмешательства. Медикаментозное: диуретики, антагонисты кальция, альфа-адреноблокаторы	Консультация сосудистого хирурга Хирургическая коррекция – ангиопластика. Из гипотензивных препаратов целесообразно использовать ингибиторы АПФ, антагонисты кальция.

1 ФК	Больной хорошо переносит обычные физические нагрузки, приступы стенокардии наступают при нагрузках высокой интенсивности.	Нитроглицерин 0,5 мг под язык или 1-2 впрыскивания Изокет-спрей при приступе. Возможно профилактическое применение короткодействующих нитратов перед интенсивной нагрузкой. Активное выявление и устранение факторов риска ИБС – курение (отказ), гиперлипопропротеидемия (диета), сахарный диабет (диета), у лиц с высоким риском СС осложнений (семейный анамнез ИБС, жизненноопасные аритмии, риск тромбоэмболических осложнений и др.) может проводиться профилактическая терапия с применением аспирина, бета-блокаторов, статинов.
2 ФК	Приступы возникают при ходьбе более 500 метров, при подъеме более чем на 1 этаж. Вероятность возникновения приступа увеличивается при ходьбе в холодную погоду, против ветра, при эмоциональном	Возможна монотерапия антиангинальными препаратами: бета-блокаторы, нитраты, антагонисты кальция, в зависимости от исходной гемодинамики, наличия сопутствующих заболеваний. Активное выявление и устранение факторов риска ИБС –

	возбуждении или в первые часы пробуждения	курение (отказ), гиперлипидемия (диета), сахарный диабет (диета), у лиц с высоким риском СС осложнений (семейный анамнез ИБС, жизненноопасные аритмии, риск тромбозомболических осложнений и др.) может проводиться профилактическая терапия с применением аспирина, бета-блокаторов, статинов.
3 ФК	Больной вынужденно ограничивает обычную физическую нагрузку. Приступы возникают при ходьбе в нормальном темпе по ровному месту на расстояние 100-500 м, при подъеме на 1 этаж.	Лечение комбинациями антиангинальных препаратов. Оптимальные бета-блокаторы+нитраты, бета-блокаторы+антагонисты кальция, По показаниям антиагреганты, статины. Коронарография для выявления возможности оперативного лечения.
4 ФК	Стенокардия возникает при небольших физических нагрузках, ходьбе по ровному месту на расстояние 100 м. Характерно возникновение приступов стенокардии в покое, обусловленных, как и приступы стенокардии напряжения повышением метаболических потребностей миокарда (повышение АД, тахикардия, увеличение венозного притока к сердцу в горизонтальном положении). Редкие приступы стенокардии в покое не являются обязательным критерием 4 ФК.	Лечение с применением всех групп антиангинальных препаратов, антиагрегантов, статинов. Коронарография и оперативное лечение.

Стандарт неотложной помощи при стенокардии.

		Полный ответ	Непол- ный ответ	Нет ответ а
1	При ангинозном приступе: — удобно усадить больного с опущенными ногами; — нитроглицерин таблетки или аэрозоль по 0,4—0,5 мг под язык трижды через 3 мин (при непереносимости нитроглицерина — проба Вальсальвы или массаж каротидного синуса); — физический и эмоциональный покой; — коррекция артериального давления и сердечного ритма.	20	10	0
2	При сохраняющемся приступе стенокардии: — оксигенотерапия; — при стенокардии напряжения — анаприлин 10-40 мг под язык, при вариантной стенокардии — нифедипин 10 мг под язык или в каплях внутрь; — гепарин 10 000 ЕД внутривенно; — дать разжевать 0,25 г ацетилсалициловой кислоты.	20	10	0

3	В зависимости от степени выраженности боли, возраста, состояния (не затягивая приступ!): — фентанил (0,05-0,1 мг) или промедол (10-20 мг), или буторфанол (1-2 мг), или анальгин (2,5 г) с 2,5-5 мг дроперидола внутривенно медленно или дробно.	20	10	0
4	При желудочковых экстрасистолах 3-5-й градаций: — лидокаин внутривенно медленно 1-1,5 мг/кг и каждые 5 мин по 0,5-0,75 мг/кг до получения эффекта или достижения суммарной дозы 3 мг/кг. Для продления полученного эффекта — лидокаин до 5 мг/кг внутримышечно	20	10	0
5	При нестабильной стенокардии или подозрении на инфаркт миокарда — госпитализировать после возможной стабилизации состояния.	20	10	0

Максимальный балл – 100 баллов

Шаги лечения стабильной стенокардии напряжения.

		Полный ответ	Непол ный ответ	Нет ответа
1	Лечение антиангинальными средствами. Нитраты; β-адреноблокаторы; антагонисты кальция; активаторы калиевых каналов.	9.1	4.55	0
2	Лечение антиагрегантами.	9.1	4.55	0
3	Коррекция липидного состава плазмы крови.	9.1	4.55	0
4	Психофармакологические воздействия.	9.1	4.55	0
5	Экстракорпоральная терапия и лечение иммуномодуляторами.	9.1	4.55	0
6	Физиотерапевтическое лечение.	9.1	4.55	0
7	Хирургическое лечение.	9.1	4.55	0
8	Санаторно-курортное лечение.	9.1	4.55	0
9	Физические тренировки.	9.1	4.55	0
10	Устранение факторов риска, перестройка образа жизни.	9.1	4.55	0

11	Метаболическая терапия.	9.1	4.55	0
----	-------------------------	-----	------	---

Максимальный балл – 100 баллов.

Стандарт неотложной помощи при внезапной смерти

		Пол- ный ответ	Непол- ный ответ	Нет ответа
1	При невозможности немедленной дефибрилляции: —прекардиальный удар; —нет эффекта — немедленно начать СЛР, как можно быстрее обеспечить возможность проведения дефибрилляции.	7.1	3.55	0
2	Закрытый массаж сердца проводить с частотой 90 в 1 мин с соотношением компрессии-декомпрессии 1:1; более эффективен метод активной компрессии-декомпрессии (с помощью кардиопампа).	7.1	3.55	0
3	ИВЛ доступным способом (соотношение массажных движений и дыхания 5:1, а при работе одного врача – 15 : 2), обеспечить проходимость дыхательных путей (запрокинуть голову, выдвинуть нижнюю челюсть, ввести воздуховод, по показаниям — санировать дыхательные пути); —использовать 100 % кислород; —интубировать трахею (не более чем за 30 с); —не прерывать массаж сердца и ИВЛ более чем на 30 с.	7.1	3.55	0
4	Катетеризировать центральную или периферическую вену.	7.1	3.55	0
5	Адреналин по 1 мг каждые 3-5 мин проведения СЛР (способ введения здесь и далее — см. примечание).	7.1	3.55	0
6	Как можно раньше – дефибрилляция 200 Дж; —нет эффекта — дефибрилляция 300 Дж; —нет эффекта — дефибрилляция 360 Дж; —нет эффекта — действовать по п. 7.	7.1	3.55	0
7	Действовать по схеме: лекарство — массаж сердца и ИВЛ, через 30-60 с — дефибрилляция 360 Дж; —лидокаин 1,5 мг/кг – дефибрилляция 360 Дж; —нет эффекта – через 3-5 мин повторить инъекцию лидокаина в той же дозе и дефибрилляцию 360 Дж; —нет эффекта - орнид 5 мг/кг — дефибрилляция 360 Дж; —нет эффекта — через 5 мин повторить инъекцию орнида в дозе 10 мг/кг — дефибрилляция 360 Дж; ---нет эффекта — новокаиномид 1 г (до 17 мг/кг) — дефибрилляция 360 Дж;	7.1	3.55	0

	<p>—нет эффекта – магния сульфат 2 г — дефибрилляция 360 Дж;</p> <p>— в паузах между разрядами проводить закрытый массаж сердца и ИВ Л.</p>			
8	<p>При асистолии:</p> <p>— если невозможно точно оценить электрическую активность сердца (не исключить атоническую стадию фибрилляции желудочков, не подключить быстро электрокардиограф или кардиомонитор и т. п.) — действовать, как при фибрилляции желудочков (пп. 1-7);</p> <p>— если асистолия подтверждена в двух отведениях ЭКГ —выполнить пп. 2-5;</p> <p>— нет эффекта — атропин через 3-5 мин по 1 мг до получения эффекта или достижения общей дозы 0,04 мг/кг;</p> <p>— ЭКС как можно раньше;</p> <p>— корректировать возможную причину (гипоксия, гипо или гиперкалиемия, ацидоз, передозировка лекарств и др.);</p> <p>— может быть эффективно введение 240-480 мг эуфиллина.</p>	7.1	3.55	0
9	<p>При электромеханической диссоциации:</p> <p>— выполнить пп. 2-5;</p> <p>— установить и корректировать возможную причину (массивная ТЭЛА — см. соответствующий стандарт, тампонада сердца — перикардиоцентез, гиповолемиа — инфузионная терапия и т. д.).</p>	7.1	3.55	0
10	Мониторировать жизненно важные функции (кардиомонитор, пульсоксиметр).	7.1	3.55	0
11	Госпитализировать после возможной стабилизации состояния.	7.1	3.55	0
12	После фибрилляции желудочков — специальные меры по вторичной профилактике рецидивов.	7.1	3.55	0
13	<p>СЛР можно прекратить:</p> <p>— если по ходу проведения выяснилось, что СЛР не показана;</p> <p>— наблюдаются стойкая асистолия, не поддающаяся медикаментозному воздействию, или многократные эпизоды асистолии;</p> <p>— при использовании всех доступных методов нет признаков эффективности СЛР в течение 30 мин.</p>	7.1	3.55	0

14	СЛР можно не начинать: — в терминальной стадии неизлечимого заболевания (если бесперспективность СЛР заранее зафиксирована документально); — если с момента прекращения кровообращения прошло больше 30 мин; — при предварительно документированном отказе больного от СЛР.	7.1	3.55	0
----	--	-----	------	---

Максимальный балл – 100 баллов

Стандарт неотложной помощи при пароксизме наджелудочковой тахикардии.

		Пол- ный ответ	Непол- ный ответ	Нет ответа
1	массаж каротидного синуса (или другие вагусные приемы);	14.3	7.15	0
2	нет эффекта — ввести АТФ 10 мг внутривенно толчком;	14.3	7.15	0
3	нет эффекта, через 2 мин — АТФ 20 мг внутривенно толчком;	14.3	7.15	0
4	нет эффекта, через 2 мин — верапамил 2,5-5 мг внутривенно;	14.3	7.15	0
5	нет эффекта, через 15 мин — верапамил 5-10 мг внутривенно;	14.3	7.15	0
6	может быть эффективно сочетание введения АТФ или верапамила с вагусными приемами;	14.3	7.15	0
7	нет эффекта, через 20 мин — новокаиномид 1000 мг (до 17 мг/кг) внутривенно со скоростью 50-100 мг/мин (при тенденции к артериальной гипотензии — в одном шприце с 0,25-0,5 мл 1 % раствора мезатона или 0,1-0,2 мл 0,2 % раствора норадреналина).	14.3	7.15	0

Максимальный балл – 100 баллов.

Стандарт неотложной помощи при инфаркте миокарда

		Пол- ный ответ	Непол- ный ответ	Нет ответа
1	Показаны: — физический и эмоциональный покой; — нитроглицерин, таблетки или аэрозоль по 0,4-0,5 мг сублингвально, повторно; — оксигенотерапия; — коррекция артериального давления и сердечного ритма; — анаприлин 10-40 мг сублингвально.	14.3	7.15	0
2	Для обезболивания (в зависимости от выраженности боли, возраста, состояния): — морфин до 10 мг либо нейролептаналгезия: фентанил 0,05-0,1 мг, либо промедол 10-20 мг, либо буторфанол 1-2 мг с2,5-5 мг дроперидола внутривенно медленно дробно; ---и недостаточной аналгезии — внутривенно 2,5 г анальгина, на фоне повышенного артериального давления — 0,1 мг клонидина	14.3	7.15	0
3	Для восстановления коронарного кровотока: — как можно раньше (в первые 6, а при рецидивирующей боли до 12 ч от начала заболевания) — стрептокиназа 1 500 000 БД внутривенно капельно за 30 мин после струйного введения 30 мг преднизолона; — если не вводили стрептокиназу — гепарин 10 000 БД внутривенно струйно, затем 1000 ЕД/ч внутривенно капельно; — ацетилсалициловая кислота 0,25 г, разжевать.	14.3	7.15	0
4	По показаниям — специальные меры профилактики фибрилляции желудочков: — лидокаин 1 мг/кг внутривенно и до 5 мг/кг внутримышечно; — при противопоказаниях к лидокаину — анаприлин 20-40 мг сублингвально либо магния сульфат 2-2,5 г внутривенно медленно или капельно.	14.3	7.15	0
5	При осложнениях — соответствующее лечение.	14.3	7.15	0
6	Постоянно контролировать сердечный ритм и проводимость.	14.3	7.15	0
7	Постоянно контролировать сердечный ритм и проводимость.	14.3	7.15	0

--	--	--	--	--

Максимальный балл – 100 баллов.

Стандарт неотложной помощи при кардиогенном шоке

		Пол- ный ответ	Непол- ный ответ	Нет ответа
1	<ul style="list-style-type: none"> — При отсутствии выраженного застоя в легких: уложить больного с приподнятыми под углом 20° нижними конечностями —оксигенотерапия; —боли — полноценное обезболивание; —коррекция ЧСС (пароксизмальная тахикардия с ЧСЖ более 150 в 1 мин — абсолютное показание к ЭИТ, острая брадикардия с ЧСЖ менее 50 в 1 мин — к ЭКС); *- гепарин 10 000 ЕД внутривенно струйно. 	20	10	0
2	<ul style="list-style-type: none"> При отсутствии выраженного застоя в легких и признаков высокого ЦВД: —200 мл 0,9 % раствора натрия хлорида внутривенно капельно за 10 мин под контролем за артериальным давлением, частотой дыхания, ЧСС, аускультативной картиной легких и сердца (при повышении артериального давления и отсутствии признаков трансфузионной гиперволемии — повторить введение жидкости по тем же критериям). 	20	10	0

3	Дофамин 200 мг в 400 мл реополиглюкина или 5 % раствор глюкозы внутривенно капельно, увеличивать скорость вливания с 5 мкг/(кг-мин) до достижения минимально возможного уровня АД; —нет эффекта — дополнительно назначить норадреналин гидротартрат 2-4 мг в 400 мл 5 % раствора глюкозы внутривенно капельно, постепенно повышать скорость инфузии с 4 мкг/мин до достижения минимально возможного уровня артериального давления.	20	10	0
4	Мониторировать жизненно важные функции (кардиомонитор, пульсоксиметр).	20	10	0
5	Госпитализировать после возможной стабилизации состояния.	20	10	0

Максимальный балл – 100 баллов.

Стандарт неотложной помощи при отеке легких

		Полный ответ	Неполный ответ	Нет ответа
1	Усадить больного, чтобы уменьшить венозный возврат.	11.1	5.55	0
2	Назначить 100% кислород через маску для достижения $PaO_2 > 60$ мм.рт.ст.	11.1	5.55	0
3	Внутривенно ввести петлевые диуретики (фуросемид 40-100мг или буметанид 1мг); можно применить меньшие дозы, если больной не принимал диуретики регулярно.	11.1	5.55	0
4	Морфин 2-5мг внутривенно повторно; часто применяют для снижения АД и уменьшения одышки; под рукой должен быть налоксан для нейтрализации действия морфина.	11.1	5.55	0
5	Снизить постнагрузку (внутривенно натрия нитропруссид 20-300мкг/мин., если систолическое АД > 100 мм.рт.ст. наладить прямое измерение АД.	11.1	5.55	0
6	При отсутствии быстрого улучшения требуется дополнительная терапия. Если больной не получал дигиталис регулярно, 75% полной терапевтической дозы вводят внутривенно;	11.1	5.55	0

7	Аминофиллин бмг/кг внутривенно в течении 20 минут, затем 0.2-0.5мг/(кг х час); уменьшает бронхоспазм, повышает сократимость миокарда и диурез; может быть на начальном этапе вместо морфина, если неясно вызвано ли нарушение дыхания отеком легких ил выраженным обструктивным заболеванием (до рентгенографии грудной клетки).	11.1	5.55	0
8	Если назначение мочегонных не вызвало быстрого диуреза, можно снизить ОЦК эксфузией венозной крови (250мл из локтевой вены) или путем наложения венозных жгутов на конечности.	11.1	5.55	0
9	При сохранении гипоксемии и гиперкапнии производят интубацию трахеи.	11.1	5.55	0

Максимальный балл – 100 баллов.

Стандарт неотложной помощи при тромбоэмболии легочной артерии.

		Полный ответ	Неполный ответ	Нет ответа
1	При прекращении кровообращения — сердечно-легочная реанимация. Дополнительно показано назначение гепарина (см. п. 2).	20	10	0
2	При выраженной артериальной гипотензии: —оксигенотерапия; —катетеризация центральной или периферической вены; —норадреналин гидротартрат 4 мг в 400 мл 5 % раствора глюкозы внутривенно капельно; повышать скорость введения с 2 мкг/мин до стабилизации артериального давления; —реополиглюкин 400 мл внутривенно капельно; —гепарин 10 000 ЕД внутривенно струйно; —стрептокиназа 250000ЕД внутривенно капельно за 30 мин после струйного введения 30 мг преднизолона, затем 1 250 000 ЕД внутривенно капельно со скоростью ЮОЮЮЮЕД/ч. —если не проводилась тромболитическая терапия— гепарин внутривенно капельно со скоростью 1000 ЕД/ч; —ацетилсалициловая кислота 0,25 г внутрь.	20	10	0

3	При относительно стабильном состоянии и артериальном давлении: —оксигенотерапия; —катетеризация периферической вены; —гепарин 10 000 ЕД внутривенно струйно, затем капельно со скоростью 1000 ЕД/ч или подкожно по 5000-10 000 ЕД; —ацетилсалициловая кислота 0,25 г внутрь; —при бронхоспазме — эуфиллин 240 мг внутривенно.	20	10	0
4	Мониторировать жизненно важные функции (кардиомонитор, пульсоксиметр).	20	10	0
5	Госпитализировать после возможной стабилизации состояния.	20	10	0

Максимальный балл – 100 баллов.

Показания к проведению холтеровского мониторирования

		Полный ответ	Непол ный ответ	Нет ответа
1	Диагностика не выявленных ранее аритмий	20	10	0
2	Диагностика ишемии миокарда	20	10	0
3	Оценка эффективности лечения	20	10	0
4	Профилактическое наблюдение за больными с возможными угрожающими аритмиями и ишемиями	20	10	0
5	Проведение холтеровского мониторирования с целью прогноза заболевания	20	10	0

Максимальный балл – 100 баллов.

Проведение холтеровское мониторирование ЭКГ

		Полный ответ	Непол ный ответ	Нет ответа
1	Обработать кожу пациента семидесяти пяти процентным этиловым спиртом	16.6	8.3	0
2	Установка электродов по Франку. Диаметр электрода для взрослого человека должен быть не менее 1см, а круга крепления - не менее 5см.	16.6	8.3	0

3	Провода от электродов рекомендуется располагать на коже пациента в виде петли и закреплять лейкопластырем	16.6	8.3	0
4	Проведение функциональной пробы: выведение ЭКГ на экран дисплея компьютера при различных позициях тела пациента: лежа, стоя, сидя, а также во время глубокого дыхания.	16.6	8.3	0
5	Ведение дневника пациента. Описывается род занятий в течение всего времени мониторинга и физиологическое состояние: сон, физическое упражнения, ходьба, бег, вождение автомобиля, эмоциональные стрессы. По времени отмечаются жалобы, в связи с которыми проводится мониторинг: И прочие субъективные ощущения. Слабость, головокружение, сдавление в груди, удушье, сердцебиение, недомогание и т.д.	16.6	8.3	0
6	Анализ холтеровской записи ЭКГ на дешифраторе	16.6	8.3	0

Максимальный балл – 100 баллов.

Методика выполнения велоэргометрии

		Полный ответ	Непол- ный ответ	Нет ответа
1	Сбор анамнеза, проведение объективных и физикальных исследований.	12.5	6.25	0
2	Наложение электродов. Для этого электрод от правой руки устанавливают в область правой лопатки, от левой руки – в область левой лопатки, от правой ноги – в поясничной области справа, от левой ноги – в поясничной области слева.	12.5	6.25	0
3	Регистрирование ЭКГ в покое. ЭКГ регистрируют в модифицированных стандартных и усиленных отведениях от конечностей, и в 6 грудных отведениях.	12.5	6.25	0
4	Начать пробу в положении сидя на велоэргометре с частотой «педалирования» 60 оборотов в 1 мин.	12.5	6.25	0
5	Ступенчатое повышение мощности физической нагрузки.	12.5	6.25	0
6	Регистрирование ЭКГ в каждую минуту.	12.5	6.25	0
7	Регистрирование артериального давления в каждую минуту.	12.5	6.25	0
8	Оценка результатов ВЭМ пробы.	12.5	6.25	0

Максимальный балл – 100 баллов.

Методика проведения чреспищеводной электрокардиостимуляции

		Полный ответ	Непол ный ответ	Нет ответа
1	Запись исходной ЭКГ.	10	5	0
2	Проведение анестезии слизистой оболочки носоглотки путем орошения ее 2мл – 2% раствором лидокаина.	10	5	0
3	В положении больного сидя или лежа стерильный электрод вводится в пищевод через нос, при этом дистальный полюс электрода проводится в пищевод на глубину 40-50см.	10	5	0
4	Присоединение электрода к электрокардиографу как грудное отведение и подсоединить осциллоскоп.	10	5	0
5	Подключение катода кардиостимулятора к полюсу электрода регистрирующему электрическую активность предсердий, анода к другому полюсу.	10	5	0
6	Установление частотой на 10-20 ударов превышающий частоту сердечного ритма обследуемого, затем постепенно повышают амплитуду электрических импульсов (от 0 до 28mA) и навязывают стабильный искусственный ритм сердца.	10	5	0
7	Начинать стимуляцию с частотой 100мин ⁻¹ . Постепенно увеличивается частота искусственного ритма сердца ступенеобразно на 20мин ⁻¹ до достижения ЧСС 160мин ⁻¹ .	10	5	0
8	Запись ЭКГ в 12 отведениях проводят в конце каждой ступени нагрузки и сразу после отключения кардиостимулятора.	10	5	0
9	Артериальное давление измеряется сразу после установки электрода в пищевод, при частоте 130мин ⁻¹ , в конце последней минуты стимуляции и после прекращения ЧПЭС.	10	5	0
10	Оценка результатов ЧПЭС.	10	5	0

Максимальный балл – 100 баллов.

Методика выполнения тредмил-тест

		Полный ответ	Непол ный ответ	Нет ответа
1	Сбор анамнеза, проведение объективных и физикальных исследований.	12.5	6.25	0
2	Наложение электродов. Для этого электрод от правой руки устанавливают в область правой лопатки, от левой руки – в область левой лопатки, от правой ноги – в поясничной области справа, от левой ноги – в поясничной области слева.	12.5	6.25	0
3	Регистрирование ЭКГ в покое. ЭКГ регистрируют в модифицированных стандартных и усиленных отведениях от конечностей, и в 6 грудных отведениях.	12.5	6.25	0

4	Начать пробу в движущей дорожке тредмила.	12.5	6.25	0
5	Постепенное увеличение скорости движения дорожки.	12.5	6.25	0
6	Регистрирование ЭКГ в каждую минуту.	12.5	6.25	0
7	Регистрирование артериальное давление в каждую минуту.	12.5	6.25	0
8	Оценка результатов пробы тредмил-тест.	12.5	6.25	0

Максимальный балл – 100 баллов.

Методика дипиридамоловой стресс-эхокардиографии

		Полный ответ	Непол ный ответ	Нет ответа
1	Приготовление больного: за 24-48ч до проведения пробы отмена β -адреноблокаторов, сердечных гликозидов, антагонистов кальция и нитратов; за 12ч прекращение употребление чая, кофе, кока-колы, которые содержащие теofilлин и кофеин – антагонисты аденозина.	12.5	6.25	0
2	Клиническое исследование пациента.	12.5	6.25	0
3	Запись ЭКГ в 12 отведениях.	12.5	6.25	0
4	Проведение эхокардиографии.	12.5	6.25	0
5	Внутривенное введение дипиридамола в дозе 0.56мг/кг за первые 4мин. Далее делается пауза на 4мин. И вводится внутривенно в дозе 0.28мг/кг за две минуты.	12.5	6.25	0
6	Запись ЭКГ и АД на каждой минуте исследования.	12.5	6.25	0
7	Регистрирование эхокардиограммы каждую минуту.	12.5	6.25	0
8	Оценка результатов исследования.	12.5	6.25	0

Максимальный балл – 100 баллов.

Методика стресс- эхокардиографии с добутамином.

		Полный ответ	Непол ный ответ	Нет ответа
1	Приготовление больного: за 24ч до проведения пробы отмена β-адреноблокаторов.	12.5	6.25	0
2	Клиническое исследование пациента.	12.5	6.25	0
3	Запись ЭКГ в 12 отведениях.	12.5	6.25	0
4	Проведение эхокардиографии.	12.5	6.25	0
5	Внутривенное капельное введение допутамина со скоростью 5мкг/кг/мин в течение 3мин и затем увеличивают скорость введения на 5мкг/кг/мин каждые 3мин до максимальной скорости 40мкг/кг/мин.	12.5	6.25	0
6	Запись ЭКГ и АД на каждой минуте исследования.	12.5	6.25	0
7	Регистрирование эхокардиограммы каждую минуту.	12.5	6.25	0
8	Оценка результатов исследования.	12.5	6.25	0

Максимальный балл – 100 баллов.

Методика проведения дефибрилляции.

		Полный ответ	Непол ный ответ	Нет ответа
1	Электрический разряд. Энергия первого электрического разряда – 200 Дж. Если ФЖ после первого разряда сохраняется, энергия повторных разрядов – от 200 до 300 Дж.	7.7	3.85	0
2	Интубация трахеи и обеспечение венозного доступа. Если ФЖ сохраняется после третьего разряда, необходимо возобновить основные реанимационные мероприятия, попытаться интубировать трахею, обеспечить венозный доступ и мониторинг ЭКГ.	7.7	3.85	0
3	Адреналин. Стандартные дозы адреналина – 1мг в/в вводят по меньшей мере один-два раза (можно повторять каждые 3-5 мин). В отсутствие венозного доступа адреналин вводят эндотрахеально(2-2.5мг).	7.7	3.85	0
4	Электрический разряд. (360 Дж)	7.7	3.85	0
5	Лидокаин. Доза для насыщающего в/в введения – 1.5мг/кг струйно. Одновременно начинают инфузию лидокаина в поддерживающей дозе 2мг/мин.	7.7	3.85	0
6	Электрический разряд. (360 Дж)	7.7	3.85	0

7	Искать устранимую причину ФЖ. Метаболические нарушения (диабетический кетоацидоз, гиперкалиемия), гипотермия, гиповолемия, отравление или передозировка (кокаин, трициклические антидепрессанты, наркотические анальгетики), осложнения СЛР (клапанный пневмоторакс, тампонада сердца).	7.7	3.85	0
8	Высокие дозы адреналина. Вводить в/в с интервалом не более 3-5мин. Без ограничений.	7.7	3.85	0
9	Бикарбонат натрия. Через 10-15мин после начало реанимации можно эмпирически ввести бикарбонат натрия – 1мэкв/кг в/в.	7.7	3.85	0
10	Второе струйное введение лидокаина. Если ФЖ сохраняется, можно второй раз ввести лидокаин в/в струйно 1.5мг/кг.	7.7	3.85	0
11	Повторные электрические разряды. (360 Дж)	7.7	3.85	0
12	Дополнительные антифибрилляторные мероприятия. Сульфат магния, бретилий, бета-адреноблокаторы, амиодарон.	7.7	3.85	0
13	После устранения ФЖ немедленно начинают профилактическое антиаритмическое лечение (лидокаин, бретилий, амиодарон).	7.7	3.85	0

**Оформление квалифицированного заключения по данным УЗС –
исследования сердца с доплеровской сердца**

		Пол- ный отве т	Непо- л ный ответ	Нет ответа
1	Вид исследования: М-модальное исследование, двумерное исследование, импульсное доплеровское исследование, цветное доплеровское сканирование, стресс-эхокардиография и т.д.	8.3	4.15	0
2	Исследование проводилось: В лаборатории эхокардиографии; у постели больного; в операционной.	8.3	4.15	0
3	Левый желудочек: Нарушении структуры и функции; размеры полости; глобальная сократимость; толщина стенок; фракция выброса; конечно-диастолический объем; индекс конечно-диастолического объема; масса миокарда; индекс массы миокарда; ударный объем; минутный объем кровотока; максимальный внутривентрикулярный градиент давления.	8.3	4.15	0
4	Правый желудочек: Нарушение структуры и функции; размеры полости; глобальная сократимость; толщина стенок.	8.3	4.15	0

5	Левое предсердие: Нарушение структуры и функции; размеры полости; максимальный (конечно-систолический) объем; индекс объема; межпредсердная перегородка.	8.3	4.15	0
6	Правое предсердие: Нарушение структуры и функции; размеры полости; максимальный (конечно-систолический) объем; индекс объема; межпредсердная перегородка.	8.3	4.15	0
7	Митральный клапан: Нарушение структуры и функции; патологические изменения; площадь отверстия; утолщение створок; подвижность створок; кальциноз митрального кольца; митральная регургитация; переднее-систолическое движение створок; состояния хорд.	8.3	4.15	0
8	Аортальный клапан: Нарушение структуры и функции; патологические изменения; площадь отверстия; утолщение створок; подвижность створок; степень выраженности недостаточности; аортальная регургитация.	8.3	4.15	0
9	Трехстворчатый клапан: Нарушение структуры и функции; патологические изменения; площадь отверстия; утолщение створок; подвижность створок; трикуспидальная регургитация.	8.3	4.15	0
10	Клапан легочной артерии: Нарушение структуры и функции; патологические изменения; площадь отверстия; утолщение створок; подвижность створок; интеграл линейной скорости кровотока; признаки легочной гипертензии; диастолическое давление.	8.3	4.15	0
11	Перикард: Выпот в полости; объем жидкости; утолщение листков перикарда; слипание листков перикарда; участки адгезии.	8.3	4.15	0
12	Формулировка заключения эхокардиографического исследования.	8.3	4.15	0

Максимальный балл – 100 баллов.

Оформление квалифицированного заключения по данным доплерографии крупных сосудов

		Полный ответ	Неполный ответ	Нет ответа
1	Вид исследования: М-модальное исследование , двумерное исследование , импульсное доплеровское исследование , цветное доплеровское сканирование, стресс-эхокардиография и т.д.	20	10	0
2	Исследование проводилось: В лаборатории эхокардиографии; у постели больного; в операционной.	20	10	0

3	Корень, восходящий отдел, дуга и нисходящий отдел аорты, брюшная аорта: патологические изменения; амплитуда движения; уплотнение и кальциноз; расширения; аневризмы; образования (атеросклеротические бляшки).	20	10	0
4	Легочная артерия: патологические изменения; дилатация и стеноз; образования (тромбоэмболии).	20	10	0
5	Формулировка заключения эхокардиографического исследования.	20	10	0

Максимальный балл – 100 баллов.

Шаги лечения нестабильной стенокардии

		Полный ответ	Неполный ответ	Нет ответа
1	Купирование боли.	25	12.5	0
2	Устранение ишемии миокарда с помощью антиангинальных средств (нитратов, β -адреноблокаторов, антагонистов кальция).	25	12.5	0
3	Уменьшение риска развития острого инфаркта миокарда и смертности с помощью антикоагулянта гепарина и антиагрегантов (аспирин, тиклопидин).	25	12.5	0
4	Баллонная коронарная ангиопластика и аорто-коронарное шунтирование.	25	12.5	0

Максимальный балл – 100 баллов.

Шаги лечения острого инфаркта миокарда

		Полный ответ	Неполный ответ	Нет ответа
1	Купирование боли.	11.1	5.55	0
2	Оксигенотерапия.	11.1	5.55	0
3	Восстановление магистрального коронарного кровотока и предотвращение дальнейшего тромбообразования.	11.1	5.55	0
4	Предупреждение опасных для жизни аритмий сердца.	11.1	5.55	0
5	Ранняя реваскуляризация и ограничение размеров инфаркта миокарда.	11.1	5.55	0
6	Лечение метаболическими кардиопротекторами.	11.1	5.55	0
7	Нормализация функционального состояния ЦНС.	11.1	5.55	0
8	Режим.	11.1	5.55	0
9	Лечебное питание.	11.1	5.55	0

Максимальный балл – 100 баллов.

Шаги лечения хронической недостаточности кровообращения

		Полный ответ	Неполный ответ	Нет ответа
1	Лечение основного заболевания (этиологическое лечение)	9.1	4.55	0
2	Рациональный лечебный режим.	9.1	4.55	0

3	Лечебное питание.	9.1	4.55	0
4	Усиление сниженной сократительной способности миокарда левого желудочка (лечение сердечными гликозидами и негликозидными инотропными средствами).	9.1	4.55	0
5	Устранение отеочного синдрома (диуретики, ультрафильтрация крови).	9.1	4.55	0
6	Уменьшение пост- и преднагрузки на левый желудочек (лечение периферическими вазодилататорами).	9.1	4.55	0
7	Снижение повышенной активности симпатoadреналовой системы (β -адреноблокаторы).	9.1	4.55	0
8	Метаболическая и антиоксидантная терапия, применение антигипоксантов.	9.1	4.55	0
9	Оптимальный кислородный режим.	9.1	4.55	0
10	Лечебная физкультура, массаж.	9.1	4.55	0
11	Санаторно-курортное лечение.	9.1	4.55	0

Максимальный балл – 100 баллов.

Лечение синусовой брадикардии при отсутствии пульса

		Полный ответ	Непол ный ответ	Нет ответа
1	Основные реанимационные мероприятия. Обеспечение проходимости дыхательных путей, ИВЛ и непрямой массаж сердца.	25	12,5	0
2	Адреналин. Первоначально вводят стандартную дозу адреналина (1мг в/в), затем повторяют ее каждые 3-5 мин. Если венозный доступ не налажен, адреналин (2-2.5мг) вводят эндотрахеально. В отсутствие эффекта доза адреналина увеличивают.	25	12,5	0
3	Выявление устранимой причины электромеханической диссоциации (неадекватная вентиляция, гемодинамические нарушения, метаболические нарушения).	25	12,5	0
4	Дополнительные мероприятия. - введение жидкости; - атропин; - бикарбонат натрия; - электрокардиостимуляция.	25	12,5	0

Максимальный балл – 100 баллов.

Лечение синусовой брадикардии при наличии пульса и сниженном АД

		Полный ответ	Непол ный ответ	Нет ответа
1	Основные реанимационные мероприятия. Обеспечение проходимости дыхательных путей, ИВЛ и непрямой массаж сердца.	16,6	8,3	0
2	Адреналин. Первоначально вводят стандартную дозу адреналина (1мг в/в), затем повторяют ее каждые 3-5 мин. Если венозный доступ не налажен, адреналин (2-2.5мг) вводят эндотрахеально. В отсутствие эффекта доза адреналина увеличивают.	16,6	8,3	0
3	Атропин. Начальная доза 1.0мг в/в, инъекция повторяют каждые 3-5 мин. До достижения эффекта или общей дозы 0.04мг/кг (до3мг).	16,6	8,3	0
4	Электрокардиостимуляция.	16,6	8,3	0
5	Бикарбонат натрия.	16,6	8,3	0
6	Аминофиллин. 250мг в/в струйно в течении 1-2мин.	16,6	8,3	0

Максимальный балл – 100 баллов.

Лечение АВ блокады при наличии пульса и сниженном АД

		Полный ответ	Непол ный ответ	Нет ответа
1	Основные реанимационные мероприятия. Обеспечение проходимости дыхательных путей, ИВЛ и непрямой массаж сердца.	20	10	0
2	Атропин. Начальная доза 0.5мг в/в, инъекция повторяют каждые 3-5 мин. До достижения эффекта или общей дозы 0.04мг/кг.	20	10	0
3	Электрокардиостимуляция.	20	10	0
4	Инфузионные растворы	20	10	0
5	Поддерживающая терапия. Дофамин 200мг разводят в 250мл 5% глюкозы и начинают со скоростью 15-30мл/час. В дальнейшем ее постепенно увеличивают до 20мкг/кг/мин. Адреналин в начале применяют в дозе 1мкг/мин., затем скорость введения постепенно увеличивают до 2-10мкг/мин.	20	10	0

Максимальный балл – 100 баллов.

Неотложная помощь при асистолии

		Полный ответ	Непол ный ответ	Нет ответа
1	Основные реанимационные мероприятия. Обеспечение проходимости дыхательных путей, ИВЛ и непрямой массаж сердца.	20	10	0
2	Атропин. Начальная доза 0.5мг в/в, инъекция повторяют каждые 3-5 мин. До достижения эффекта или общей дозы 0.04мг/кг.	20	10	0
3	Электрокардиостимуляция.	20	10	0
4	Инфузионные растворы	20	10	0
5	Поддерживающая терапия. Дофамин 200мг разводят в 250мл 5% глюкозы и начинают со скоростью 15-30мл/час. В дальнейшем ее постепенно увеличивают до 20мкг/кг/мин. Адреналин в начале применяют в дозе 1мкг/мин., затем скорость введения постепенно увеличивают до 2-10мкг/мин.	20	10	0

Максимальный балл – 100 баллов.

Лечение пароксизмальной наджелудочковой тахикардии

		Полный ответ	Непол ный ответ	Нет ответа
1	Вагусные пробы. Массаж каротидного синуса, проба Вальсальвы, возбуждение рвотного рефлекса, погружение лица в ледяную воду, надавливание на глазные яблоки, пальцевой массаж прямой кишки, приседание на корточках.	16,6	8,3	0
2	Аденозин. Начальная доза 6мг; ее вводят в/в струйно. Если в течение 1-2мин. Ритм не восстановился, можно ввести вторую дозу (12мг), а при необходимости еще через 1-2мин. 12мг.	16,6	8,3	0
3	Верапамил. Начальная доза 2.5-5мг.: ее вводят в/в в течение 2мин. Если через 15-30мин. Реакция на введение верапамила отсутствует, можно ввести 5-10мг. Спустя несколько минут повторить вагусные пробы	16,6	8,3	0
4	Спустя несколько минут повторяют вагусные пробы.	16,6	8,3	0
5	После восстановления синусового ритма назначают верапамил внутрь 80мг. Затем повторяют прием в этой же дозе каждые 8 часов.	16,6	8,3	0

6	Седативные средства. - триазолам 0.125-0.25мг; - альпразолам 0.25мг; - лоразепам 1.0мг.	16,6	8,3	0
---	--	------	-----	---

Максимальный балл – 100баллов.

Неотложная помощь при мерцании и трепетании предсердий

		Полный ответ	Непол ный ответ	Нет ответа
1	Дигоксин.(0.25 -0,5 мг в\в).После этого переходят к поддерживающим дозам (0,125 – 0,25 мг в\в каждые 2-6 ч в зависимости от ЧСС); общая доза составляет 0,75 – 1,5 мг.	20	10	0
2	Верапамил. Начальная доза 2.5-5мг.: ее вводят в\в в течение 2мин. Если через 15-30мин. Реакция на введение верапамила отсутствует, можно ввести 5-10мг.	20	10	0
3	Дилтиазем Начальная доза больных среднего роста и веса составляет 15-20 мг (0,25 мг\кг); эту дозу вводят в\в струйно в течение 2 мин.Если на протяжении 15 мин эффект не наступил, дозу можно увеличить , повторно введя в\в струйно до 25 мг (0,35 мг\кг).	20	10	0
4	Бета – адреноблокаторы При отсутствии эффекта вводят пропранолол или эсмолол через 20-30 мин после введения дилтиазема или верапамила	20	10	0
5	Синхронизированная кардиоверсия При неэффективности медикаментозной терапии или появление геодинамических нарушений показана немедленная кардиоверсия	20	10	0

Максимальный балл – 10 баллов.

Лечение неревматического миокардита

		Полный ответ	Непол ный ответ	Нет ответа
1	Этиологическое лечение. Противовирусные средства, антибактериальные средства.	10	50	0
2	Лечебный режим. Постельный режим, ограничение физических нагрузок.	10	50	0
3	Лечебное питание. Стол №10 и 10а.	10	50	0

4	Медикаментозное патогенетическое лечение: - нестероидные противовоспалительные средства (индометацин, ибупрофен, вольтарен 4-6 недель); - глюкокортикоиды (преднизолон 2-5 недель, делагил 4-8 мес.); - антиагреганты (тиклопидин, трентал, агапурин в течение курса лечения); - ангиопротекторы и антикининовые средства (теоникол, пармидин в течение 1 мес.); - антиоксиданты (вит.Е, эссенциале в течение месяца); - гепарин (под контролем коагулограммы).	10	50	0
5	Метаболическая терапия. Рибоксин, натрия аденозинтрифосфат, фосфаден, кокарбоксилаза, панангин, анаболические препараты, цитохром, неотон.	10	50	0
6	Симптоматическая терапия. При застойной недостаточности кровообращения назначается диуретики, периферические вазодилататоры, негликозидные инотропные средства; при появлении аритмий антиаритмические средства; при тромбоэмболических осложнениях тромболитики, гепарин, антиагреганты.	10	50	0
7	Лечебная физкультура.	10	50	0
8	Санаторно-курортное лечение.	10	50	0
9	Временная нетрудоспособность. При неосложненном течении миокардита 1.5-2мес., при длительном рецидивирующем течении 3-4мес. При тяжелом неблагоприятном течении больные могут получить II группу инвалидности. Больные с легким течением нетрудоспособны в течение 3 недель.	10	50	0
10	Диспансерное наблюдение (в течение 1 года). Больной посещает врача 1 раз в 3-4 месяца.	10	50	0

Максимальный балл – 100 баллов.

Стандартные лечебные мероприятия при асистолии

		Полный ответ	Неполный ответ	Нет ответа
1	Основные реанимационные мероприятия, интубация трахеи, обеспечение венозного доступа.	16,6	8,3	0
2	Подтверждение асистолии более чем в одном мониторинговом отведении ЭКГ.	16,6	8,3	0

3	Поиск устранимых причин асистолии.	16,6	8,3	0
4	Оценка необходимости наружной кардиостимуляции.	16,6	8,3	0
5	Введение лекарственных средств (адреналина и атропина).	16,6	8,3	0
6	Оценка целесообразности введения бикарбоната натрия.	16,6	8,3	0

Максимальный балл – 100 баллов.

Методика проведения непрямого массажа сердца

		Полный ответ	Непол ный ответ	Нет ответа
1	Немедленно положить больного лицом вверх на жесткое ложе с приподнятыми ногами (это увеличивает возврат крови к сердцу), с запрокинутой головой.	10	5	0
2	Необходимо встать сбоку от больного и положить руки ладонями одна на другую «крест-накрест» в области нижней трети грудины.	10	5	0
3	Давление должно производиться только проксимальной частью ладони в точке, расположенной на два поперечных пальца выше мечевидного отростка.	10	5	0
4	Затем следует наклониться вперед так, чтобы плечи врача оказались почти над грудью больного. Руки должны быть прямыми.	10	5	0
5	Производить надавливание на грудную клетку выступом (проксимальной частью) ладоней, но не пальцами, строго по направлению к позвоночнику на глубину 4-5 см.	10	5	0
6	В этом положении следует оставаться приблизительно 0.5 с, после чего давление прекращается, затем производится снова. При проведении массажа используется не только сила рук, но и вся тяжесть тела.	10	5	0
7	Рекомендуемая частота массажа — 60-80 надавливаний в минуту. При частоте менее 60 надавливаний в минуту не создается эффективного кровотока.	10	5	0
8	В промежутках между надавливаниями руки с грудины нельзя приподнимать или снимать. Во время массажа пальцы остаются приподнятыми и не должны касаться ребер. Во избежание перелома ребер нельзя давить на боковую часть грудной клетки.	10	5	0

9	Прекращать ритмичное сдавливание грудины можно лишь на несколько секунд (фактически на время, необходимое для выполнения дыхания «изо рта в рот», если реанимацию производит один врач), так как создаваемый наружным массажем кровотоков составляет всего 20-40% нормального.	10	5	0
10	Если больного реанимирует один врач, то после 15 массажных движений производятся 2 быстрых вдоха «изо рта в рот». Если реанимацию осуществляют два врача, то после 5 массажных движений производится 1 быстрый вдох «изо рта в рот».	10	50	0

Максимальный балл – 100 баллов.

Методика проведения электрической дефибрилляции

		Полный ответ	Непол ный ответ	Нет ответа
1	Электроды дефибриллятора смачиваются изотоническим раствором натрия хлорида.	12,5	6,25	0
2	Один электрод устанавливается в области верхнего правого края грудины под ключицей, другой — латеральнее левого соска по срединной подмышечной линии. В. В. Руксин (1994) указывает, что один электрод можно установить над зоной сердечной тупости, второй — под правой ключицей, а если электрод спинной — то под левой лопаткой.	12,5	6,25	0
3	Дефибриллятор заряжается до 4.5 кВ (200 Дж).	12,5	6,25	0
4	Отсоединяется кабель пациента от электрокардиографа (электрокардиограф из сети не выключается).	12,5	6,25	0
5	Выполняющий дефибрилляцию дает команду всем участвующим в реанимации не прикасаться к больному. Убедившись, что никто не прикасается к больному или его кровати, врач дает команду «Разряд!» и нажимает кнопку «Разряд» дефибриллятора	12,5	6.25	0
6	Продолжаются закрытый массаж сердца и искусственная вентиляция легких способом «изо рта в рот» или с помощью мешка Амбу, дыхательных аппаратов.	12,5	6.25	0
7	Присоединяется кабель пациента к электрокардиографу, прекращается массаж на 8-10 с и записывается ЭКГ во II стандартном отведении.	12,5	6,25	0
8	Если первый электрический разряд (200 Дж) не восстанавливает синусового ритма, то незамедлительно наносят второй разряд, а при необходимости и третий (300 и 360 Дж соответственно).	12,5	6,25	0

Максимальный балл – 100 баллов.

Методика проведения внутрисердечной инъекции

		Полный ответ	Непол ный ответ	Нет ответа
1	Положить больного лицом вверх на жесткое ложе.	25	12.5	0
2	Внутрисердечная инъекция производится слева от грудины между четвертым и пятым ребрами. Используют иглу длиной 9 см.	25	12.5	0
3	Инъекцию делают под углом к поверхности сердца, а не перпендикулярно.	25	12.5	0
4	Иглу продвигают до ощущения проваливания и появления в шприце крови. Это указывает на то, что игла находится в полости сердца.	25	12.5	0

Максимальный балл – 100 баллов.

Методика проведения пункции перикарда

		Полный ответ	Непол ный ответ	Нет ответа
1	Положение больного: лежа на спине с головным концом кровати, приподнятым на 30° для обеспечения скопления перикардиального выпота в необходимом для аспирации месте.	8.3	4.15	0
2	Пункция перикарда производится иглой длиной не менее 15 см, диаметром 1.2-1.5 мм.	8.3	4.15	0
3	За 20-30 мин. До пункции больному подкожно вводят 1 мл 2% раствора промедола и 0.5 мл 0.1% раствора атропина. Последний применяется для купирования возможных побочных действий промедола.	8.3	4.15	0
4	Обработайте антисептическим раствором и отграничьте салфетками участок кожи в области мечевидного отростка грудины.	8.3	4.15	0
5	Определите точку введения иглы на 0.5 см левее верхушки мечевидного отростка.	8.3	4.15	0
6	Введите 1% раствор лидокаина с помощью иглы 25 калибра в кожу и подкожную клетчатку этой области, обязательно подтягивая поршень к себе перед введением анестетика.	8.3	4.15	0
7	Введите длинную (7.5 см) иглу 25 калибра, присоединенную к шприцу, через анестезированную кожу в точке на 0.5 см левее верхушки мечевидного отростка.	8.3	4.15	0
8	Для мониторинга ЭКГ присоедините провод грудного отведения электрокардиографа к игле с помощью зажима типа «аллигатор».	8.3	4.15	0

9	Продвиньте иглу вглубь грудной клетки под углом 45° к поверхности грудной клетки, направляя ее кзади, в сторону левого плечевого сустава. Постоянно поддерживайте разрежение в шприце.	8.3	4.15	0
10	Появление на ЭКГ негативных комплексов QRS свидетельствует о контакте иглы с эпикардом	8.3	4.15	0
11	Продвиньте иглу на несколько сантиметров глубже через эпикард в полость перикарда. При аспирации может быть получена кровь без сгустков или выпот. Подъем сегмента ST на ЭКГ свидетельствует о контакте иглы с миокардом. В этом случае верните иглу в полость перикарда, о чем будет свидетельствовать исчезновение подъема ST.	8.3	4.15	0
12	Полностью аспирируйте жидкое содержимое полости перикарда.	8.3	4.15	0

Максимальный балл – 100 баллов.

Лечение гипертонической болезни

		Полный ответ	Неполный ответ	Нет ответа
1	Устранение отрицательных психоэмоциональных и психосоциальных стрессовых ситуаций.	14.3	7.15	0
2	Немедикаментозные методы лечения. Лечебное питание, нормализация веса, ограничение алкоголя и курения, регулярные физнагрузки, психотерапия, физиотерапия, фитотерапия.	14.3	7.15	0
3	Медикаментозная гипотензивная терапия. В-адреноблокаторы, диуретики, антагонисты кальция, ингибиторы АПФ, антагонисты рец. ангиотензина II.	14.3	7.15	0
4	Улучшение церебрального кровотока (лечение цереброангиопротекторами).	14.3	7.15	0
5	Лечение осложнений: купирование гипертонических кризов, церебральных нарушений, левожелудочковой недостаточности, хронической почечной недостаточности, застойной недостаточности кровообращения).	14.3	7.15	0
6	Экстракорпоральная терапия. Плазмаферез, низкообъемная гемофильтрация, изолированная ультрафильтрация крови.	14.3	7.15	0
7	Санаторно-курортное лечение.	14.3	7.15	0

Максимальный балл – 100 баллов.

Методика регистрации электрокардиограммы.

	Полный ответ	Неполный ответ	Нет ответа

1	Запись ЭКГ проводится обычно в положении больного лежа на спине в кушетке. Больной должен быть раздет до пояса, голени должны быть также освобождены от одежды.	10	5	0
2	На внутреннюю поверхность голеней и предплечий в нижней их трети с помощью резиновых лент накладывают 4 пластинчатых электрода, а на грудь устанавливают один или несколько грудных электродов, используя резиновую грушу-присоску.	10	5	0
3	Предварительно обезжирить кожу спиртом в местах наложения электродов; под электроды подложить марлевые прокладки, смоченные 5-10% раствором хлорида натрия, или покрыть электроды слоем специальной токопроводящей пасты.	10	5	0
4	Для записи стандартных отведений электроды накладывают на правой руке (красная), на левой руке (желтая) и на левой ноге (зеленая). Четвертый электрод устанавливают на правую ногу для подключения заземляющего провода (черная).	10	5	0
5	Грудные отведения устанавливают: V_1 – в четвертом межреберье по правому краю грудины; V_2 – в четвертом межреберье по левому краю грудины; V_3 – между второй и четвертой позвонковой линией, примерно на уровне IV ребра по левой парастернальной линии; V_4 – в пятом межреберье по левой срединно-ключичной линии; V_5 – в пятом межреберье по левой передней подмышечной линии; V_6 – в пятом межреберье по левой средней подмышечной линии.	10	5	0
6	Прежде чем начинать запись ЭКГ, на всех каналах электрокардиографа необходимо установить одинаковое усиление электрического сигнала. Для этого в каждом электрокардиографе предусмотрено возможность подачи на гальванометр стандартного калибровочного напряжения, равного 1mV.	10	5	0
7	Запись ЭКГ осуществляют при спокойном дыхании. Вначале записывают ЭКГ в стандартных отведениях (I, II, III), затем в усиленных отведениях от конечностей (aVR, aVL, aVF) и грудных отведениях ($V_1 - V_6$).	10	5	0
8	В каждом отведении записывают не менее 4 сердечных циклов PQRST.	10	5	0
9	ЭКГ регистрируют, как правило, при скорости движения бумаги $50\text{мм}\cdot\text{с}^{-1}$ или $25\text{мм}\cdot\text{с}^{-1}$	10	5	0
10	Сразу после окончания исследования на бумажной ленте записывают фамилию, имя и отчество пациента, его возраст, дату и время исследования, номер истории болезни.	10	5	0

Максимальный балл – 100 баллов.

Схема расшифровки ЭКГ.

	Полный ответ	Непол ный ответ	Нет ответа
--	-----------------	-----------------------	---------------

1	Анализ сердечного ритма и проводимости: Оценка регулярности сердечных сокращений; подсчет ЧСС; определение источника возбуждения; оценка функции проводимости.	20	10	0
2	Определение поворотов сердца вокруг переднезадней, продольной и поперечной осей: определение положения ЭОС во фронтальной плоскости; определение поворотов сердца вокруг продольной оси; определение поворотов сердца вокруг поперечной оси.	20	10	0
3	Анализ предсердного зубца Р.	20	10	0
4	Анализ желудочкового комплекса QRST: анализ комплекса QRS; анализ сегмента RS-T; анализ зубцаТ; анализ интервала Q-T.	20	10	0
5	Электрокардиографическое заключение.	20	10	0

Максимальный балл – 100 баллов.

Обзорная рентгенография грудной клетки.

		Полный ответ	Непол ный ответ	Нет ответа
	Анализ формы сердца и его полостей во фронтальной плоскости по левому краю средостения (или сердца):	11,1	5,55	0
1	Первый, или верхний, сегмент образуется латеральным краем дистальной части дуги аорты.	11,1	5,55	0
2	Второй сегмент, формируется краем легочного ствола.	11,1	5,55	0
3	Третий сегмент образуется ушком левого предсердия.	11,1	5,55	0
4	Четвёртый сегмент образован желудочками.	11,1	5,55	0
	Анализ формы сердца и его полостей во фронтальной плоскости по правому краю средостения (или сердца):	11,1	5,55	0
5	Верхний сегмент обычно представлен латеральной частью поверхности верхней полой вены.	11,1	5,55	0
6	Нижний выпуклый сегмент образован латеральным контуром правого предсердия.	11,1	5,55	0
	Анализ формы сердца и его полостей в боковой	11,1	5,55	0
7	Измерение и сравнение боковых размеров и контуров средостения и сердца.	11,1	5,55	0

	Оценка рентгенологической картины легочных	11,1	5,55	0
8	Конфигурация крупных сосудов.	11,1	5,55	0
9	Изменение сосудистого рисунка лёгких	11,2	5,56	0

Максимальный балл – 100 баллов.

Перфузионная сцинтиграфия миокарда в сочетании с фармакологическими пробами.

		Полный ответ	Неполный ответ	Нет ответа
1	Для проведения проб используются Дипиридамо́л и Аденозин.	16,5	8,25	0
2	Положение больного лёжа на спине.	16,5	8,25	0
3	В/в медленно вводят Дипиридамо́л в течение 4 мин.	16,5	8,25	0
4	Радиофармпрепарат вводят в/в до достижения критериев прекращения пробы.	16,5	8,25	0
5	Побочные эффекты могут возникать в течение 30 мин после введения дипиридамо́ла.	16,5	8,25	0
6	Противопоказания к проведению: бронхоспазм в анамнезе, заболевания лёгких, выраженная гипотония, тяжёлый клапанный порок сердца.	17,5	8,75	0

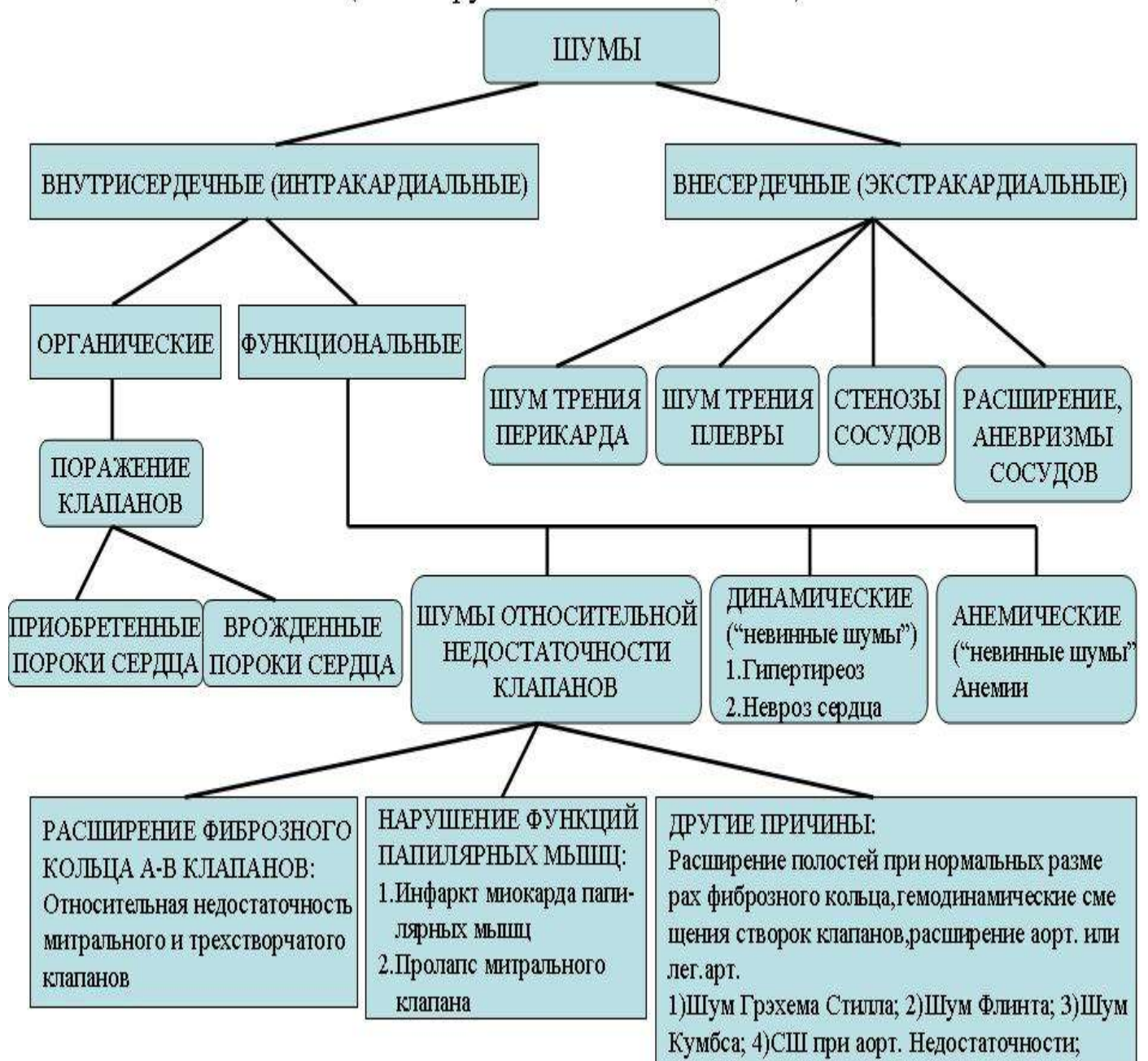
Максимальный балл – 100 баллов.

Позитронно-эмиссионная томография.

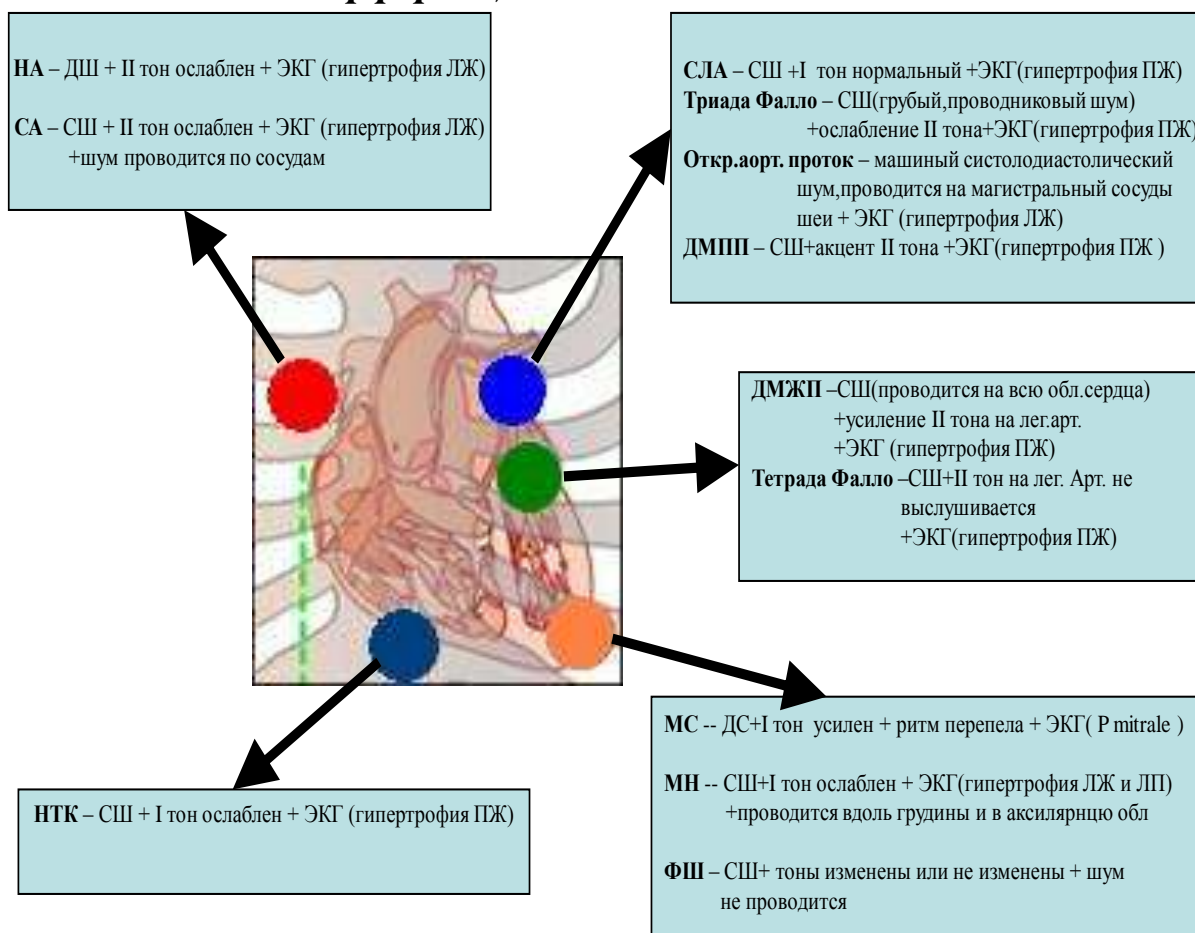
		Полный ответ	Неполный ответ	Нет ответа
1	Демонстрация метаболической активности миокарда in-situ.	20	10	0
2	Оценка метаболизма жирных кислот.	20	10	0
3	Регионарное потребление миокардом глюкозы.	20	10	0
4	Оценка регионарного кровотока.	20	10	0

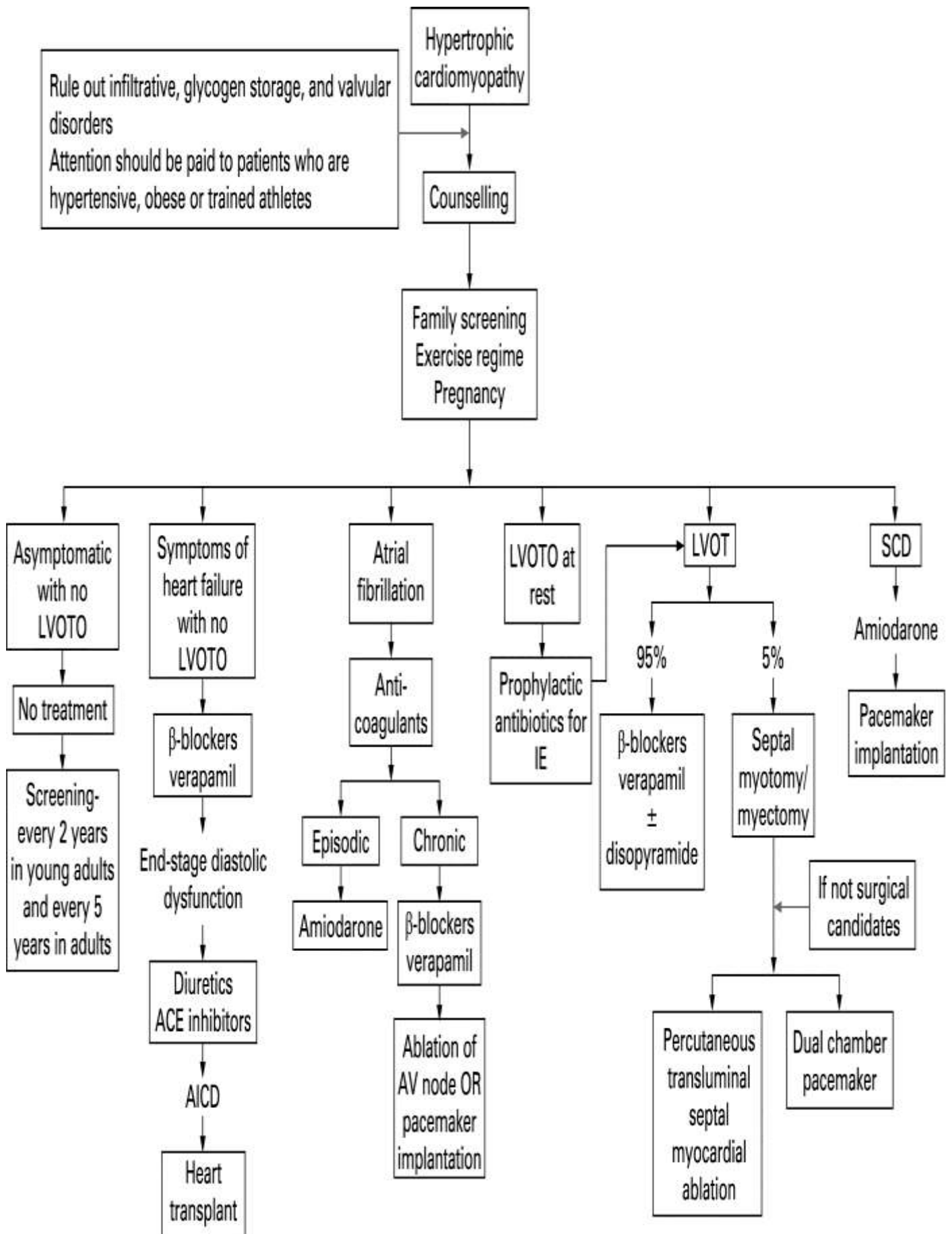
5	Идентификация жизнеспособного миокарда.	20	10	0
---	---	----	----	---

Классификация шумов сердца (А.В.Струтынский с соавт., 2004)



Синдром шумов в области сердца- дифференциальная диагностика.





АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ГКМП

(ACC/ESC Expert consensus document)

БОЛЬНЫЕ ГКМП



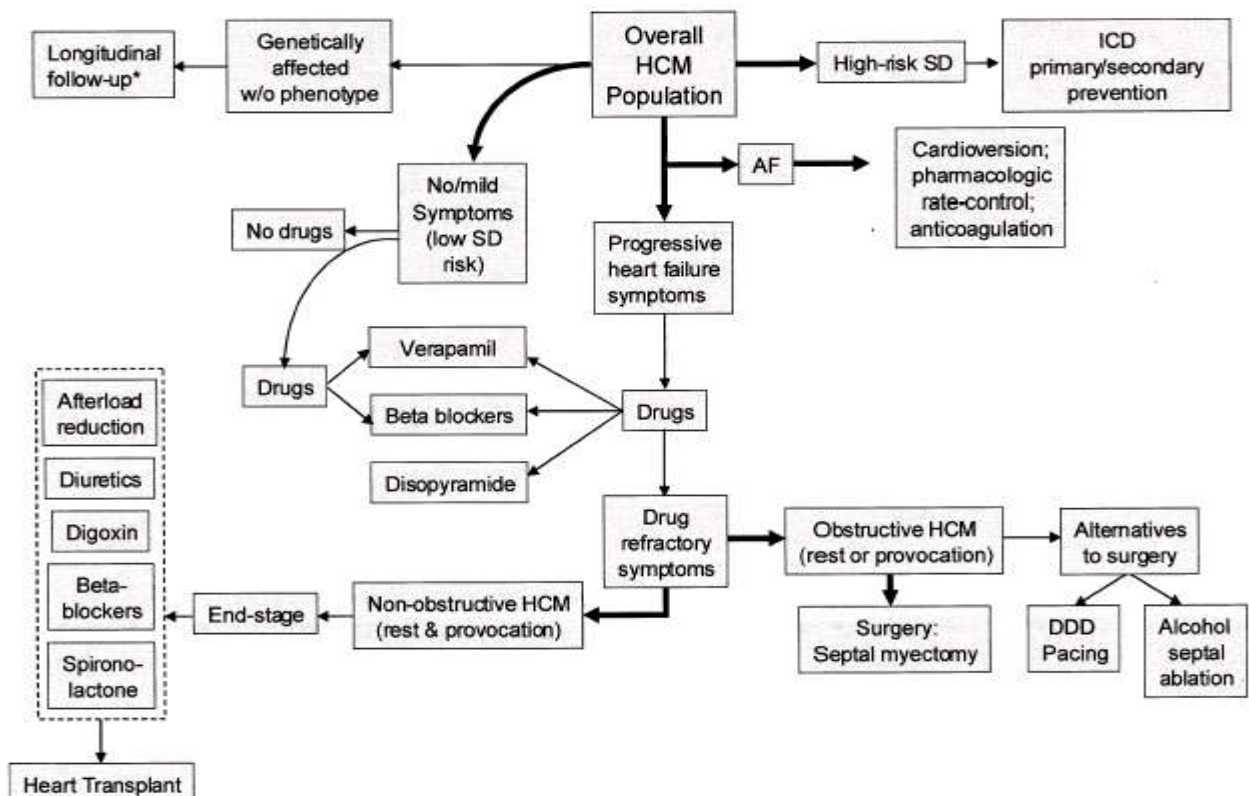
Рис. Алгоритм ведения больных ГКМП

JACC Vol. 42, No. 9, 2003
 November 5, 2003:000-000


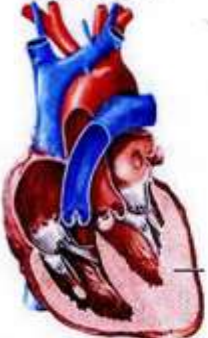
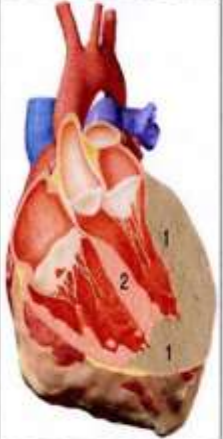
ACC/ESC Expert Consensus Document on Hypertrophic Cardiomyopathy

Maron and McKenna *et al.*

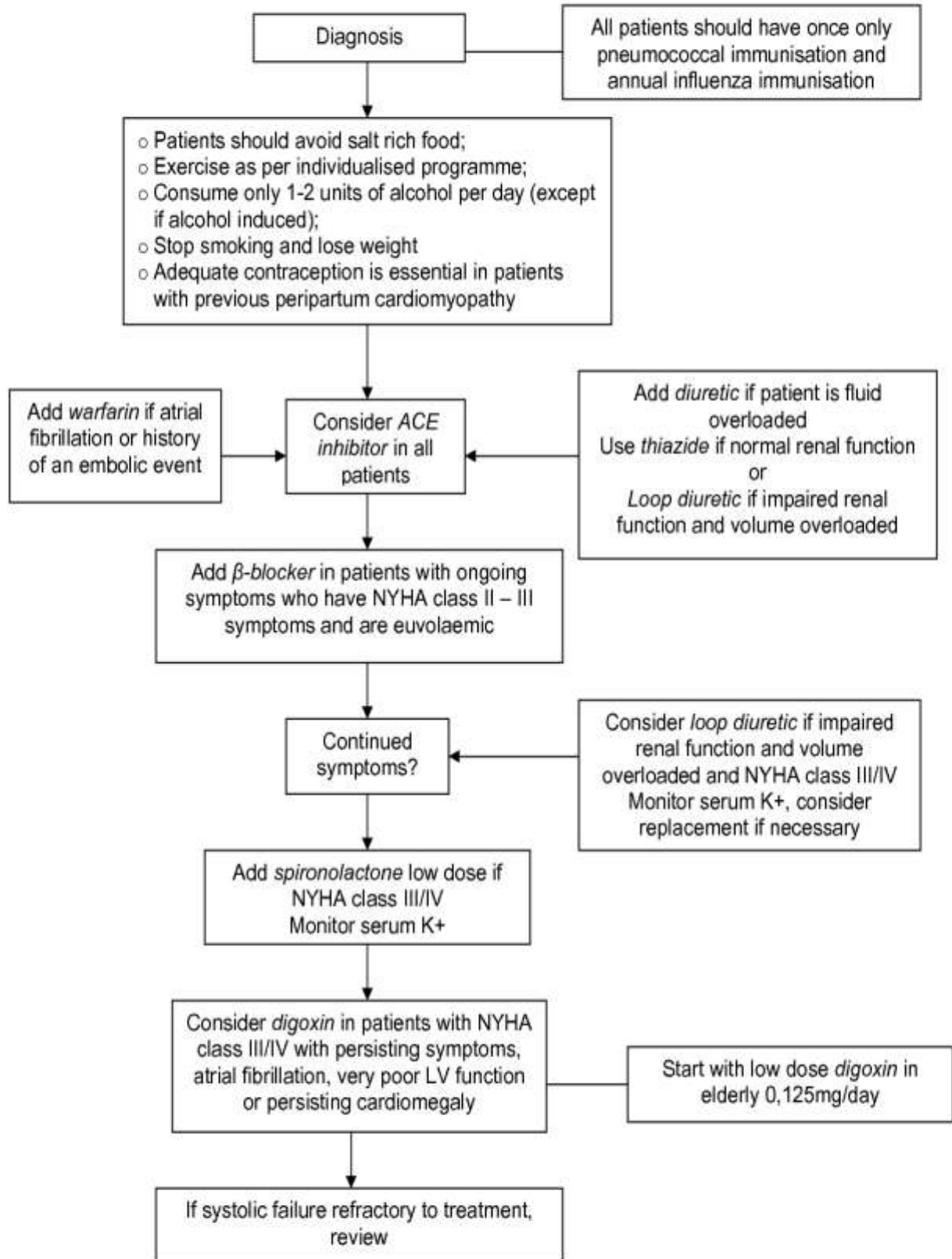
7



Cardiomyopathy

Dx	Etio/Path	S/Sx	Dx/Tx	Misc
Cardiomyopathy	<ul style="list-style-type: none"> Primary – idiopathic Secondary – ischemia, inf, toxins, metabolic disorders, nutritional deficiencies 	<ul style="list-style-type: none"> Affect both systolic & diastolic fnx #1 reason for transplants RT bi-ventricular failure 	<ul style="list-style-type: none"> Echo – wall motion & EF EKG, CXR Hemodynamics, perfusion scan, heart cath, biopsy 	<ul style="list-style-type: none"> Will see ↑ PA pressures & ↑ wedge pressures W/o definitive tx, all will end up in end stage CHF
Dilated  <p>Enlarged left and right ventricles</p>	<ul style="list-style-type: none"> Most common Heart chambers dilate & contraction is impaired & => ↓ EF LV dilation prominent, LV hypertrophy minimal, RV may be enlarged RT cocaine & ETOH abuse, pregnancy, chemo, HTN, genetic Prognosis poor 	<ul style="list-style-type: none"> Dysrhythmias common – SVT, A-fib, VT Vent contraction impaired End diastolic & systolic volumes ↑ => ↓ EF Compresses on lungs & liver, RF thrombi DOE, PND, weakness, peripheral edema, orthopnea, ascites S3 & S4 heard w/ murmur 	Management of heart failure <ul style="list-style-type: none"> ACE inhibitors Vasodilators Dig B Blockers w/ caution Anticoags RT RF thrombi VAD until transplant Transplant 	Nsg Dx (for all) <ul style="list-style-type: none"> ↓ CO Fatigue Ineffective breathing pattern Fear Ineffective role performance Anticipatory grieving
Hypertrophic 	<ul style="list-style-type: none"> Genetic (aka IHSS or HOCM) May be ST HTN ↓ compliance of LV & hypertrophy of vent muscle mass => impaired ventricular filling => small EDV's & ↓ CO Septum gets big causing ↑ resistance 	<ul style="list-style-type: none"> Develop during or after physical activity Sudden cardiac death may be 1st!!! Dyspnea, angina, syncope 	<ul style="list-style-type: none"> B Blockers - DOC Ca channel blockers Antidysrhythmics agents ICD Dual chamber pacer Excision of part of ventricular septum 	Neg Inotropic effects of B Blockers & CCB ↓'s contractility ↓ ing obstruction of outflow tract & ↓ HR & ventricular compliance ↑ ing diastolic filling time & CO
Restrictive 	<ul style="list-style-type: none"> Least common Usually ST amyloidosis, radiation or myocardial fibrosis Excessive rigidity of ventricular walls restricts diastolic filling ↓ vent compliance impairs filling w/ ↓ ventricular size, elevated end-diastolic pressures & ↓ CO 	<ul style="list-style-type: none"> Just like heart failure & ↓ tissue perfusion Dyspnea Fatigue JVD RHF S3 & S4 Murmur 	Management of heart failure <ul style="list-style-type: none"> ACE inhibitors Vasodilators Dig B Blockers w/ caution Anticoags RT RF thrombi Exercise restriction 	<ul style="list-style-type: none"> Myocardial contractility remains normal as well as EF Problem is it just can't fill Most pts die w/in 3 years Transplant not an option DT underlying process

CARDIOMYOPATHY



NOTE: If patient truly intolerant to ACE inhibitor, consider *hydralazine* & *isosorbide dinitrate* combination therapy



Отеки при ДОО



Хроническая
венозная
недостаточность



Лимфатические
отеки



Липедема



Венозные
отеки



Отёки при хронической сердечной недостаточности



Напряжённый асцит.



Гипопротеинемические отёки.



Венозный тромбоз



Хроническая венозная недостаточность левой ноги. Отёки расположены на нижней части голени.



Первичная лимфедема. Местные отеки.



Отек Квинке.

Кашель – одна из частых жалоб, с которыми больные обращаются к врачу [1]. Поводом для обращения, как правило, служат мучительный кашель, нарушающий качество жизни пациентов, или появление вместе с кашлем

других беспокоящих больного симптомов, например кровохарканья. Кашель – сложный рефлекс с афферентными путями от кашлевых рецепторов чувствительных окончаний тройничного, языкоглоточного, верхнего гортанного и блуждающего нервов к «кашлевому центру» в стволе головного мозга и эфферентным звеном рефлекса, включающим возвратный, гортанный нерв и спинномозговые (С1 и С4) нервы. Кашель, возникающий в результате воспалительного, химического и термического раздражения кашлевых рецепторов бронхов, может быть первым симптомом различных по тяжести течения заболеваний бронхолегочной системы, но может возникать и у здоровых людей в ответ на воздействие частиц различных поллютантов окружающей среды.

Механизм кашля. По своей природе кашель – это резкий толчок воздуха из легких сквозь открывающуюся голосовую щель. Кашель начинается с глубокого вдоха, после которого закрывается голосовая щель и сокращаются дыхательные мышцы. За счет синхронного напряжения дыхательной и вспомогательной мускулатуры при закрытии голосовой щели нарастает внутригрудное давление, суживаются трахея и бронхи. При открытии голосовой щели резкий перепад давления создает в суженных дыхательных путях стремительный поток воздуха, увлекающий за собой слизь, инородные частицы и стимулирующий таким образом очищение бронхов. Это особенно важно при нарушении естественного механизма очищения, например у курящих людей.

По характеру кашель может быть продуктивным (влажным, с выделением мокроты) и непродуктивным (сухим). По продолжительности он подразделяется на острый, подострый и хронический.

Острый кашель длится не более 3 нед. Одной из главных причин острого кашля является острый трахеобронхит – заболевание, осложняющее течение острых респираторных заболеваний (ОРЗ), поражающее верхние дыхательные пути.

Подострый кашель часто называют «затяжным», так как он может длиться от 3 нед до 3 мес и чаще бывает обусловлен постинфекционным состоянием – результатом вирусного поражения дыхательных путей; он проходит по мере выхода больного из астенического состояния, вызванного вирусной инфекцией.

Хронический кашель длится 3 мес и более и служит менее тревожным симптомом. Однако надо помнить, что этот кашель всегда является признаком болезни, сопутствуя самым различным заболеваниям, причем далеко не все из них относятся к патологии органов дыхания [5]. В таких случаях кашель превращается в сложную диагностическую проблему, так как нозологический спектр, лежащий в его основе, весьма широк и включает не только заболевания легких, но и внелегочные патологические процессы.

Причинами кашля могут быть: - вдыхание различных раздражающих (газы, пыль, но прежде всего – табачный дым) веществ;

- патология ЛОР-органов (ринит, сопровождающийся стеканием отделяемого носа по задней стенке глотки, – postnasal drip syndrome (синдром назального «затекания» – СНЗ), синусит, фарингит, аденоидит, ларингит, рак гортани) а также серная пробка в ухе и длинная увуля;

- патология системы дыхания (острые респираторные вирусные инфекции – ОРВИ, коклюш и паракоклюш, поражение бронхов и паренхимы легких, включая острый и хронический бронхит, бронхиальную астму, хроническую обструктивную болезнь легких – ХОБЛ, интерстициальные заболевания легких, рак, туберкулез и др.);

- патология сердечно-сосудистой системы, сопровождающаяся развитием сердечной недостаточности, расслаивающая аневризма аорты, ТЭЛА;

- патология желудочно-кишечного тракта, главным образом гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ);
- нежелательные эффекты при приеме лекарственных веществ (ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента – ИАПФ, амиодарона и др.), вдыхании порошковых форм лекарственных препаратов, кислорода;
- психоэмоциональные расстройства, в том числе психогенный (привычный) кашель.

У курящего человека главной причиной кашля служат хронический бронхит и ХОБЛ. У курильщиков с малопродуктивным кашлем (возможно, с прожилками крови) следует подозревать бронхогенный рак. Кашель в таких случаях может приобретать более мучительный характер. Для установления причины такого кашля требуется проведение диагностической бронхоскопии, а при необходимости – биопсии.

Наиболее частыми причинами хронического кашля у некурящих являются СНЗ, бронхиальная астма, ГЭРБ. Анализ причин длительного кашля у взрослых пациентов показал, что в 29% случаев это синусит, в 26% – бронхиальная астма, в 18% – сочетание бронхиальной астмы и синусита, в 12% – хронический бронхит, в 10% – ГЭРБ и лишь в 5% – другие причины.

Следует особо остановиться на респираторных проявлениях ГЭРБ. К ним относятся: утреннее першение в горле при пробуждении; персистирующий кашель; свистящее дыхание ночью и (или) при пробуждении; ларингоспазм; эпизоды апноэ; ощущение сдавливания в области яремных вен; проявления гипервентиляции.

Для выяснения причины кашля и дифференциальной диагностики применяют следующие лабораторно-инструментальные методы исследования: анамнез, ОАК, микроскопия и высеивание мокроты, проверить мокроту на БК и атипичные клетки, определение ФВД (функцию внешнего дыхания), рентгенография и КТ грудной клетки, бронхография и бронхоскопия, вентиляционно-перфузионная скintiграфия легких, кожные аллергические пробы, биопсия легкого.

Заболевания, протекающие с кашлем: очаговая пневмония, туберкулома, абсцесс лёгких, опухоль лёгких, эхиноккок легких. Пневмонии разной этиологии (бактериальная, вирусная, микоплазменная), дифференциальная диагностика при диффузной диссеминации. Очаговая пневмония, гематогенно-диссеминированная форма ТБК легких, пневмокоциоз, метастазы рака.

Пневмония – острое инфекционно-воспалительное заболевание преимущественно бактериальной этиологии с вовлечением в воспалительный процесс респираторных отделов легких, обязательной альвеолярной экссудацией, которая распространяется на расположенные рядом бронхи, сосуды, плевру.

Социально-медицинская значимость пневмоний: заболеваемость составляет 10-15/1000 населения в год;

Длительность пневмонии:

- при легком течении – 2-3 недели;
- при среднетяжелом течении – 4-5 недель;
- при тяжелом течении – 6-8 недель;

Классификация пневмоний (1995):

1. По этиологии: бактериальные, микоплазменные, хламидийные, вирусные, грибковые, паразитарные, смешанной этиологии, неуточненной этиологии.

Среди бактериальной флоры преобладают: грам+: пневмококк, золотистый стафилококк, гноеродный стрептококк группы А, энтерококк и др.; анаэробные грам+: пептококки, пептострептококки и др.; грам–: палочка Фридлендера (*Klebsiella pneumoniae*), *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosae*, *Legionella* (внутриклеточно), протей и др.; анаэробные грам–: бактероиды, фузобактерии, *Branchamella catarrhalis*, *Moraxella catarrhalis*.

2. По условиям возникновения:

1. внебольничные,
2. госпитальные (спустя 48-72 часа после госпитализации),
3. атипичные,
4. аспирационные,
5. у больных с иммунодефицитами,

Преимущественные возбудители внебольничных пневмоний: пневмококк, *Haemophilus influenzae*, *Legionella*; внутрибольничных – *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae*, *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosae*, *Proteus*, *Bacteroides*. Выделяют вентиляторно-ассоциированные пневмонии – на ИВЛ (чаще *St.aureus* и др.).

3. По локализации и протяженности: право-, лево-, двусторонняя, тотальная, долевая, сегментарная, центральная («прикорневая»).

4. По степени тяжести: тяжелое течение; среднетяжелое течение; легкое течение.

5. По наличию осложнений (легочных и внелегочных).

6. По фазе заболевания (разгар, разрешение, реконвалесценция, затяжное течение).

Затяжная пневмония – это острое инфекционно-воспалительное заболевание легких, при котором пневмонический инфильтрат разрешается не в обычные сроки (до 4 недель), а медленнее, в течение 5-8 недель, и заканчивается, как правило, выздоровлением.

Атипичная пневмония – это пневмония, которая вызывается микроорганизмами, размножившимися внутриклеточно: легионеллами, хламидиями, микоплазмами. Такие пневмонии протекают без типичной клинических и рентгенологических (инфильтративных) проявлений, по патогенезу – преимущественно вторичные, плохо поддаются лечению антибиотиками пенициллинового и цефалоспоринового ряда.

КЛИНИКА

Характерные синдромы:

- синдром острой интоксикации (слабость, снижение аппетита, головная боль, миалгии, одышка, сердцебиение, бледность и падение АД, расстройства сознания);
- синдром воспаления легочной ткани (локальный бронхит, уплотнение легочной ткани, вовлечение плевры);
- синдром общих клинических воспалительных проявлений (повышение температуры, озноб, выраженная ночная потливость);

- изменения острофазовых показателей (лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево, ускорение СОЭ, повышение уровня α_2 -глобулинов более 10%, появление СРБ).

Основные рентгенологические проявления: очаговые тени, обусловлены выпотом экссудата в альвеолы, небольших размеров (до 12-15 мм), округлые; могут сливаться (очагово-сливные тени);

По форме: округлые (с четкими контурами); облаковидные (с нечеткими контурами); в виде лобита (долевые); в виде перисцисурита (со стороны междолевой щели контур четкий, со стороны паренхимы – нечеткий).

Второстепенные рентгенологические проявления - синдром патологических изменений легочного рисунка (уплотнение интерстициальной ткани, ее изменение, усиление, обогащение, деформация, нечеткость); расширение корня легкого на стороне поражения (2-4 межреберья); увеличение лимфатических узлов (хотя обычно его нет); реакция плевры (утолщение, спайки, шварты, осумкованный парапневмонический плеврит).

Первые 2 дня на рентгенограмме видны только изменения легочного рисунка (сосуды), а очаг инфекции появляется через 2-3 дня, сохраняется 5-7-10 дней, после чего остаются лишь изменения легочного рисунка, размеров корня, постепенно появляются пневмофиброз, пневмосклероз, карнификация (организация фибринозного экссудата в альвеолах), плевральные наложения.

Зависимость от этиологии:

- долевая и многодолевая инфекция – чаще пневмококк, реже легионелла, анаэробы;
- очаговая и очагово-сливная – пневмококк, стафилококк, легионелла;
- милиарная – грибы, микобактерия туберкулеза;
- множественные перибронхиальные абсцессы – стафилококк;
- один круглый абсцесс в верхней доле – палочка Фридендера;
- с целью этиологического поиска желательно производить посев мокроты, а при тяжелой пневмонии – посев крови на стерильность.

Дифференциальная диагностика: острый бронхит (или обострение хронического); экссудативные плевриты другой этиологии; туберкулез легких; рак легкого или (чаще) метастазы в легкие; инфаркт легкого; легочный эозинофильный инфильтрат; ателектаз легкого; застойные изменения.

Инструментальная диагностика: рентгенография и КТ, биопсия.

ЛЕЧЕНИЕ

Дезинтоксикационная терапия направлена против экзо- и эндотоксинов. Она является и основой иммунокорректирующей терапии. Проводятся инфузии реополиглюкина, гемодеза, неогемодеза, полидеза 2-4 мл/кг/сутки, внутривенно капельно 3-4 дня подряд. Нативная донорская плазма (при отсутствии синдрома бронхообструкции) 3-5 трансфузий (там иммуноглобулины), антистафилококковая плазма (200-300 мл), антистафилококковый полиглобулин (50-70 мл внутривенно капельно через день). Применяются и ЭМД (гемосорбция 1-2 сеанса с интервалом 1-3 дня).

При затяжном течении:

тимоген 100 мкг внутримышечно ежедневно (с 10-14 дня болезни) 5-10 инъекций;

тималин 20 мг внутримышечно;

антиоксиданты: аскорбиновая кислота в/в 50 мг/кг + рутин внутрь 2 мг/кг; токоферол 60 мг/кг/сут.

Улучшение дренажной функции бронхов: алтей, корень солодки; амброксол 30 мг (1 таблетка) 3 раза в день;

АЦЦ 20% раствор 3 мл/ингаляция, как минимум 2 ингаляции в день;

теотард (0,2 г 1 таблетка 2 раза в сутки) или эуфиллин в/в при затяжном течении.

Антибактериальная терапия - во всех случаях антибиотикотерапия должна продолжаться не менее 5 дней и до тех пор, пока не удастся добиться нормализации температуры на протяжении 48 часов. Антибиотик может быть отменен на 3-4 день субфебрильного состояния при условии нормализации уровня лейкоцитов и лейкоцитарной формулы. При легком и среднетяжелом течении редко используется более 10 дней (ЦФ, ПЦ, макролиды);

НПВС (например, диклофенак) ускоряют рассасывание безмикробных инфильтратов (после антибиотикотерапии)

Колипневмонии чаще осложняют течение сахарного диабета, опухолевых процессов, болезней почек, а также возникают на фоне длительного приема гормональных препаратов, антибактериальных средств (колипневмонию в данных случаях расценивают как проявление дисбактериоза). Капсульные формы кишечной формы наиболее вирулентны и вызывают изменения, напоминающие крупозную П. Колипневмонии протекают тяжело, сопровождаются выраженной интоксикацией с частым поражением ц.н.с., Как правило, эти П. сливные, нередко двусторонние, осложняются формированием абсцесса легкого.

Пневмония, вызванная гемофильной палочкой, чаще возникает у лиц, страдающих хроническими заболеваниями легких. Воспалительные изменения обычно локализуются в нижних долях легких: единичные очаги, быстро сливаясь, могут захватывать всю долю легкого. Нередко отмечается затяжное течение. Возможно этому способствует наличие у гемофильной палочки общих антигенов с легочной тканью. П. часто сопровождается ларинготрахеобронхитом (Ларинготрахеобронхит острый стенозирующий). Заканчивается практически всегда благоприятно. Возможен исход в хроническую пневмонию

Пневмония, вызванная протеем, начинается незаметно, протекает с умеренной лихорадкой, незначительным лейкоцитозом, но часто сопровождается абсцедированием.

Пневмония, вызванная синегнойной палочкой, возникает преимущественно у ослабленных больных, после операций на сердце и легких, при длительном лечении антибиотиками. Характеризуется тяжелым течением, склонностью к диссеминации процесса и абсцедированию, нередко осложняется пневмотораксом. Подобное течение можно объяснить тем, что синегнойная палочка вырабатывает высокотоксичные экзотоксины и гемолизины.

Пневмонии, вызванные хламидиями, могут развиваться как самостоятельное заболевание (первичная хламидийная П., обусловленная *Chlamydia pneumoniae*) или как проявление зоонозных хламидиозов, например Орнитозом, возбудителем которого является *Chlamydia psittaci*. Они характеризуются разнообразным течением. Чаще отмечаются выраженные признаки интоксикации скудные и непостоянные физикальные изменения и отчетливые рентгенологические признаки. Вначале преобладают изменения межплевральной ткани, затем в процесс вовлекается паренхима. Важным симптомом является увеличение печени, селезенки. Характерна очень высокая СОЭ — до 60 мм в 1 час.

Застойная пневмония чаще локализуется в нижних долях легких, преимущественно в правом легком, нередко развиваются на фоне гидроторакса. Течение их вялое, затяжное, без выраженных признаков интоксикации и высокой лихорадки. Физикальные признаки на фоне застойных изменений в легких выявить сложно, и решающим диагностическим методом является рентгенологический.

При очаговой пневмонии очаги воспаления в пораженных сегментах находятся в разной стадии развития, этим можно объяснить постепенное (в ряде случаев) развитие болезни, волнообразное ее течение со сменой периодов улучшения и ухудшения состояния больного, непостоянство лихорадки, вариабельность физикальных изменений и их мозаичность, обусловленную наличием рядом с пораженными участками легких нормально функционирующей или эмфизематозной ткани. При поражении верхних долей легких процесс чаще захватывает задний, верхушечный и язычковый бронхолегочные сегменты. В нижних долях чаще вовлекается верхушечный (верхний), латеральный базальный и задний базальный сегменты. При расположении инфекционных очагов на глубине более 4 см от поверхности легкого и при центральном их расположении могут не определяться притупление перкуторного звука и усиление голосового дрожания. Наиболее постоянными симптомами очаговых пневмоний являются жесткое дыхание, влажные хрипы (как правило, мелкопузырчатые, звучные). Более постоянны для очаговых пневмоний симптомы поражения бронхиального дерева: сухие и влажные (средне- и крупнопузырчатые) хрипы. Плевра не всегда вовлекается в процесс.

Рак легкого.

Достаточно редко выявляется случайно, например, при прохождении профилактической флюорографии. Всего около 15-20 процентов от всех случаев этого заболевания выявляются таким образом

Клиническая картина рака легкого зависит от расположения опухоли, от ее размеров. Если она располагается в крупных бронхах (так называемый центральный рак легкого), симптомы проявляются раньше. Примерно у 80-90 процентов больных бывает сухой, надсадный кашель. Позднее, когда опухоль начнет перекрывать просвет бронха, присоединяется выделение слизистой или слизисто-гнойной мокроты. Кровохарканье наблюдается примерно у 50 процентов больных центральным раком легкого. Вначале оно выглядит как прожилки алой крови в мокроте, с течением заболевания и ростом опухоли отхаркиваемая мокрота может приобретать вид «малинового желе». В связи с тем, что в процессе своего роста опухоль перекрывает просвет бронха, примерно 30-40 процентов больных испытывают одышку. Могут наблюдаться боли в соответствующей расположению опухоли половине грудной клетки. Правда, они появляются достаточно поздно, когда опухоль достигает больших размеров и прорастает или сдавливает окружающие органы и ткани. Боли могут различаться по интенсивности, от незначительных, до умеренных ноющих.

Если же опухоль легкого располагается далеко от крупных бронхов, на периферии органа (так называемый периферический рак легкого), то он долгое время протекает без каких-либо клинических проявлений, и, как правило, его выявляют случайно, при рентгенологическом исследовании легких. При периферическом раке легкого самыми ранними симптомами являются боли в соответствующей половине грудной клетки и одышка. Позднее могут присоединяться кровохарканье и кашель, но это уже свидетельствует о далеко зашедшей форме опухоли, потому что является признаком прорастания нервных стволов и/или крупных бронхов.

Кроме вышеописанных признаков, рак легкого может проявляться симптомами так называемой опухолевой интоксикации – это слабость, быстрая утомляемость, снижение переносимости физических нагрузок, похудание, отсутствие аппетита. Эти признаки наиболее часто являются свидетельством больших размеров опухоли. При осмотре могут быть выявлены

увеличенные лимфатические узлы (чаще всего они располагаются в надключичных, реже в подмышечных областях), при поражении костей скелета могут быть боли в костях или развиваться патологические переломы. При поражении печени появляются ноющие боли в правом подреберье, может быть желтуха. Эту стадию заболевания, как правило, сопровождают и более выраженные общие проявления – выраженное похудание вплоть до истощения (кахексии), прогрессирующая слабость, отсутствие аппетита, быстрая утомляемость.

Следовательно, рак легкого почти всегда протекает с клиническими проявлениями. Процент случаев этого заболевания, выявленных на ранней стадии развития и ничем себя не проявляющих – очень низок. Одних жалоб не достаточно для точной постановки диагноза, так как они могут быть вызваны разными заболеваниями, но наличие их в обязательном порядке должно быть поводом для тщательного обследования легких для уточнения диагноза и исключения рака легкого.

Тактика ВОП:

1. Поставить диагноз.
2. Определить основное заболевание.
3. Обеспечение дренажа бронхов.
4. При кашле со скудной мокротой:
 - Разжижающие мокроту: трава термопсиса, корень алиай, мукалтин, корень солодки, ликвиритон, глицирам, альянток, бромгексин.
 - бронхолитики: трипсин, химотрипсин.
5. При сухом кашле – противокашлевые препараты: кодеин, дионин, гидрокодон, текодин.
 - препараты опиоя - терпингидрат, натрий бензоат (угнетают центр дыхания)
 - муколитики: ацетилцистеин, бромгексин.

Кровохарканье – выделение вместе с мокротой бледно-красного цвета при кашле из дыхательных путей. Кровохарканье – типичный диагностический признак при патологии легких и заболеваниях верхних дыхательных путей.

Кровохарканье встречается при таких заболеваниях, как: инфаркте легкого, раке легкого, ТБЗ, БЭБ, митральном стенозе, ВПС, пороке межжелудочковой перегородки, острой пневмонии, гриппе, грибковом актиномикозе, паразитарных заболеваниях, коклюш, корь, геморрагическая лихорадка, сифилитическое поражение легких, аневризме аорты, эхинококкозе, аскаридозе.

Клиника. Больные жалуются на кашель с выделением кровянистой мокроты. Иногда кровохарканье сопровождается болью в грудной клетке.

Диагностические лабораторно-инструментальные исследования проводимые при кровохарканье и кровотечениях из легких: кровавую мокроту окрашивают по Циль-Нильсону, определяют наличие микобактерий туберкулеза, эластические волокна, атипичные клетки, рентгенография и КТ легких и трахеи, бронхоскопия и бронхография, селективная ангиография, ЭКГ (ТЭЛА), радиоизотопное сканирование, ангиопульмонография

Лечебные мероприятия:

1. Госпитализация в отделение пульмонологии
2. Покой
3. Ингаляция кислородом.
4. Гемостаз
5. Лечение основного заболевания.

Прогноз: зависит от основного заболевания.



Описание:

Уменьшены объемы нижних долей обоих легких. Прозрачность их снижена за счет наличия уплотнения в паренхиме, полости распада легочной ткани справа и плевральных паракостальных наложений слева. Признаки наличия свободного газа наддиафрагмально. Корни с не совсем четкой структурой, уплотнены, правый расширен в хвосте. Костодиафрагмальные синусы справа свободны, слева не раскрываются. Тень сердца без особенностей.

Заключение:

Правосторонняя нижнедолевая деструктивная пневмония, левосторонняя нижнедолевая пневмония осложненная гидропневмотораксом.



Описание

Снижена прозрачность легочной ткани С9-10 справа за счет уплотнения паренхимы. Легочной рисунок обогащен за счет перибронхиальных и периваскулярных уплотнения, сгущен в нижних отделах справа.

Корни с не совсем четкой структурой, смещены книзу, с кальцинатами. Костодиафрагмальные синусы свободны.

Тень сердца без особенностей, аорта уплотнена, с кальцием в стенке.

Результаты проведенной **фибробронхоскопии** у больного:

Осмотрены просветы трахеи и бронхов до субсегментарных. Рельеф хрящевых колец прослеживается. Карина острая, бронхиальные шпоры эластичные. Слизистая трахеи и бронхов не равномерно гиперемирована, ветви нижнедолевого бронха справа деформированы. На стенках ветвей среднедолевого бронха следы свежей крови. Санация. Катетеризация бронхов. Взят материал на цитологию из ветвей среднедолевого и нижнедолевого бронхов справа



Описание:

У больного с данной картиной осумкованного плеврита были проведены исследования:

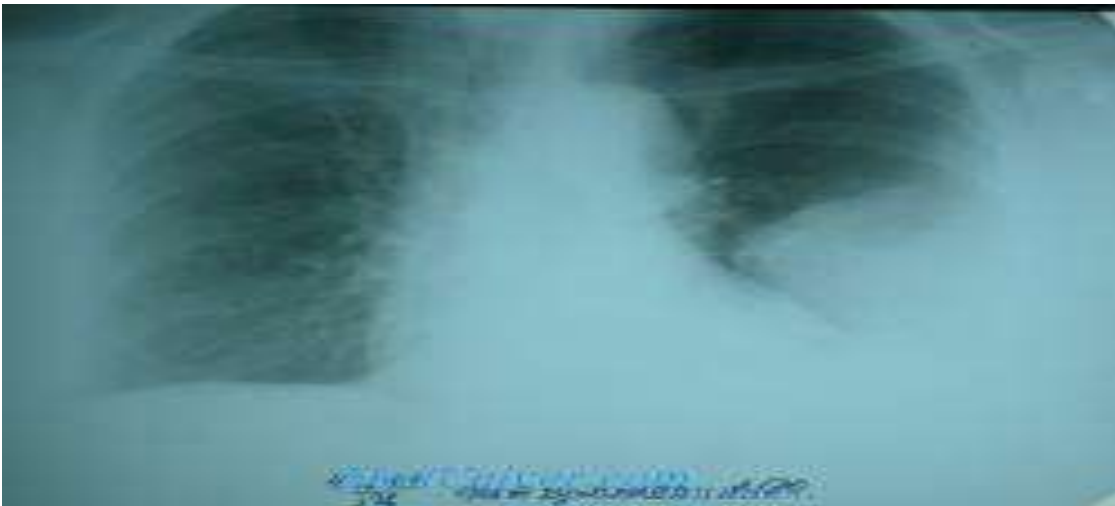
- Фибробронхоскопия.

Осмотрены просветы трахеи и бронхов до субсегментарных. Рельеф хрящевых колец прослеживается. Карина острая, бронхиальные шпоры эластичные. Слизистая трахеи и бронхов не равномерно гиперемирована, в просветах ветвей бронхов слизистая мокрота, наиболее выражена слева, в просвете В-6. Взят материал на цитологию из ветвей В-6, зоны тенеобразования.

- Бронхография слева (ультравист 370)

Контрастирование полное, достаточно глубокое, равномерное. Отмечается неровность контуров стенок бронхов. Ветви верхнедолевого бронха постепенно, не всегда равномерно, суживаются к периферии.

Ветви В-6,10 сдавлены наличием плевральных наложений. Ветви В-8,9 деформированы, сближены между собой, постепенно суживаясь к периферии.



Описание:

Снижена прозрачность нижней доли левого легкого за счет наличия осумкования в плевральной полости, по задней грудной стенке, на уровне угла лопатки. Легочный рисунок обогащен за счет приbronхиальных и периваскулярных уплотнений, сгущен в нижних отделах слева. Корни с не совсем четкой структурой, уплотнены, с кальцинатами. Костодиафрагмальные синусы справа свободны, слева не раскрываются (жидкость). Тень сердца несколько расширена влево, аорта уплотнена, с кальцием в стенке.

Заключение: Плеврит слева.



Описание:

Снижена прозрачность легочной ткани левого легкого за счет уплотнения паренхимы С-9, С-10 и плевральных паракостальных наложений. Линейная ткань субсегментарного ателектаза в проекции С-2. Корень с не совсем четкой структурой. Костодиафрагмальные синусы полностью не раскрываются передние.

Справа - горизонтальный уровень наддиафрагмально, в 4-м межреберье. Корень структурен. Костодиафрагмальные синусы не раскрываются наружные. Тень сердца расширена, аорта уплотнена, с кальцием в стенке, талия сглажена.

Рекомендовано:

проведение УЗИ плевральной полости справа.



Описание:

Уменьшены объемы нижних долей обоих легких. Прозрачность их снижена за счет наличия уплотнения в паренхиме, полости распада легочной ткани справа и плевральных паракостальных наложений слева. Признаки наличия свободного газа наддиафрагмально. Корни с не совсем четкой структурой, уплотнены, правый расширен в хвосте. Костодиафрагмальные синусы справа свободны, слева не раскрываются. Тень сердца без особенностей.

Заключение:

Правосторонняя нижнедолевая деструктивная пневмония, левосторонняя нижнедолевая пневмония осложненная гидропневмотораксом.

Признаки туберкулеза на рентгеновском снимке

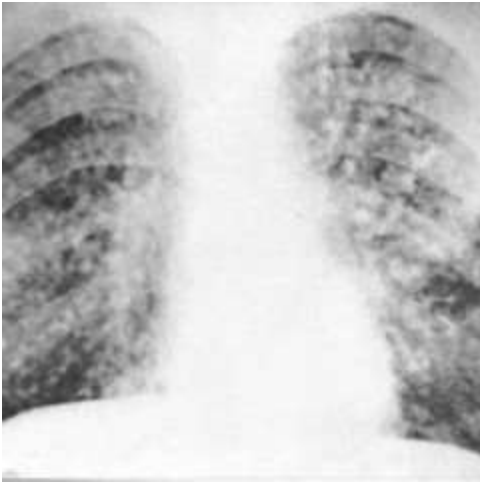
Существуют различные формы туберкулеза легких. Рассмотрим их рентгенологические признаки в соответствии с современной классификацией:

Туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов -признаки на рентгенограмме:



Расширением тени корня (корнем легкого обобщенно называются его главные сосуды и бронхи) на стороне поражения, размытием ее контуров, неоднородностью структуры: могут быть видны тяжи и перемычки из соединительной ткани, кальцинаты разных форм и размеров.

Кальцинаты – это участки ткани легкого, подвергшиеся обызвествлению – таким образом организм локализует инфекцию, заключая ее в твердую оболочку из органических веществ. Кальцинаты остаются и после клинического выздоровления.

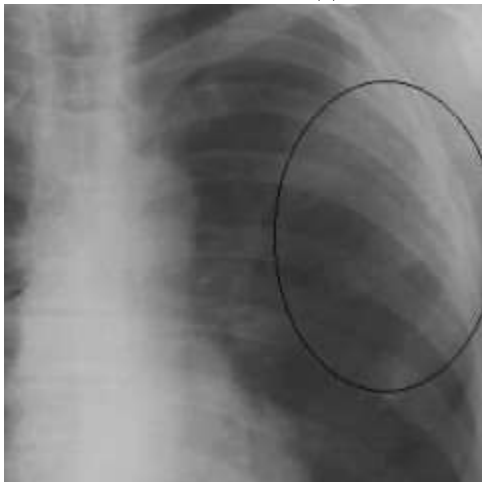


Диссеминированный туберкулез легких. На рентгеновском снимке отмечаются множественные мелкие очаги затемнения диаметром до 2 мм, имеющие четкие контуры, располагающиеся в значительных количествах по всему легочному полю. Очаги могут сливаться, образуя более крупные конгломераты.



Очаговый туберкулез легких. На рентгенограмме можно обнаружить один или несколько участков (очагов) затемнения диаметром 1-2 см. Форма их чаще всего округлая, реже – вытянутая или эллиптическая, интенсивность – низкая (более темные, чем костная ткань). Очаги склонны к слиянию.

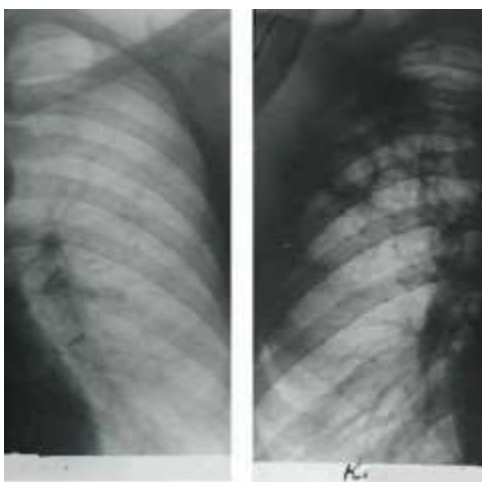
На снимке четко видны несколько очагов в правом и левом легочном поле сверху).



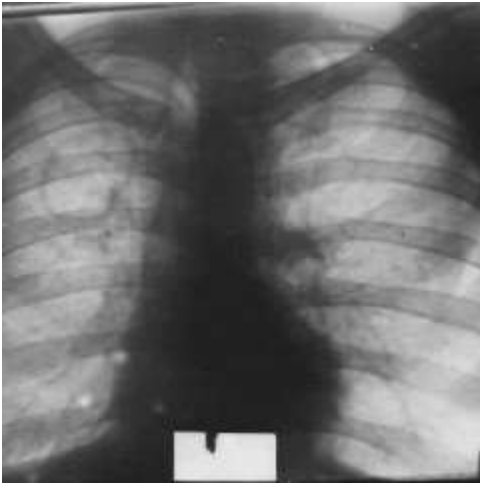
Инфильтративный туберкулез легких характеризуется наличием очагов инфильтрации, на рентгенограмме проявляющихся в виде очаговых или распространенных затемнений белесого цвета с неровными краями, приблизительно одинаковой консистенции. Наиболее «любимая» локализация инфильтратов туберкулезной природы – верхние доли легких. От участка затемнения можно проследить своеобразную тяжистую «дорожку», направленную к легочному корню.

На снимке участок инфильтрации (затемнение), не имеющий четких границ.

Казеозная пневмония – одна из наиболее тяжелых форм легочного туберкулеза. На снимке проявляется обширным затемнением целой доли (нескольких долей или всего легкого), которое вначале имеет однородную структуру, а затем (по мере распада) становится негомогенным – появляются очаги просветления и более интенсивного затемнения.



Кавернозный туберкулез легких. Главный рентгенологический признак, отражающий наличие каверны – полости распада – очаговое затемнение с четким просветлением в центре. В правом легочном поле ближе к периферии – каверна округлой формы. Прослеживается дорожка к корню. Второй снимок – обострение процесса через несколько месяцев).

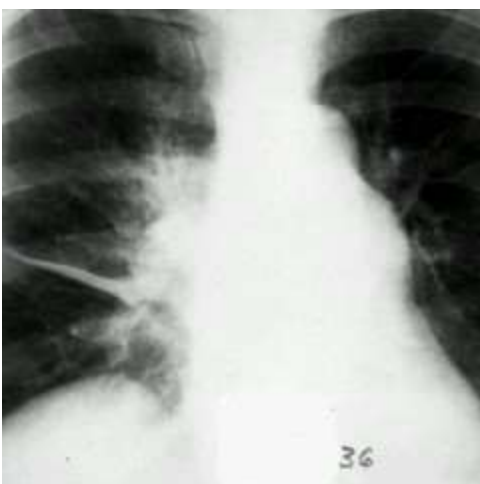


Фиброзно-кавернозный туберкулез легких. На снимке выявляются старые каверны, участки фиброза, деформация легочного рисунка, иногда – смещение средостенных органов в сторону поражения.

На снимке каверна в верхней доле справа, незначительные фиброзные изменения в легком.



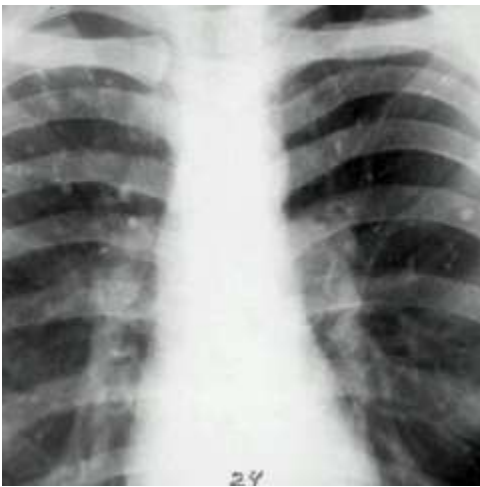
Цирротический туберкулез легких рентгенологически проявляется значительным затемнением доли (нескольких долей) легкого. Объем пораженной доли уменьшен, корень легкого подтянут кверху на стороне поражения.



Туберкулезный плеврит. Интенсивное затемнение в нижних отделах легких, имеющее четкую горизонтальную (либо косую) верхнюю границу – признак выпотного плеврита. Сухой же плеврит можно заподозрить лишь по незначительному

уменьшению прозрачности легочной ткани ближе к периферии.

Междолевый плеврит справа



Диссеминированный (милиарный) туберкулез

На представленной рентгенограмме (позитив) четко визуализируются многочисленные небольшие очаги с четкой границей, не сливающиеся друг с другом, средней интенсивности, диаметром 2-3 мм, приблизительно равномерно расположенные в области обоих легочных полей. Сосудистый рисунок легкого оценить невозможно из-за визуального наложения очагов.

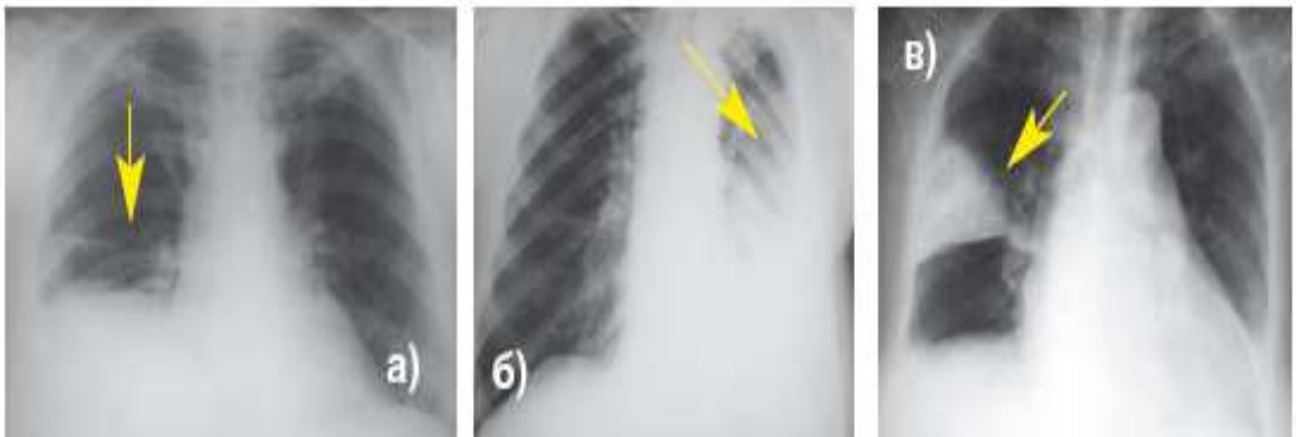
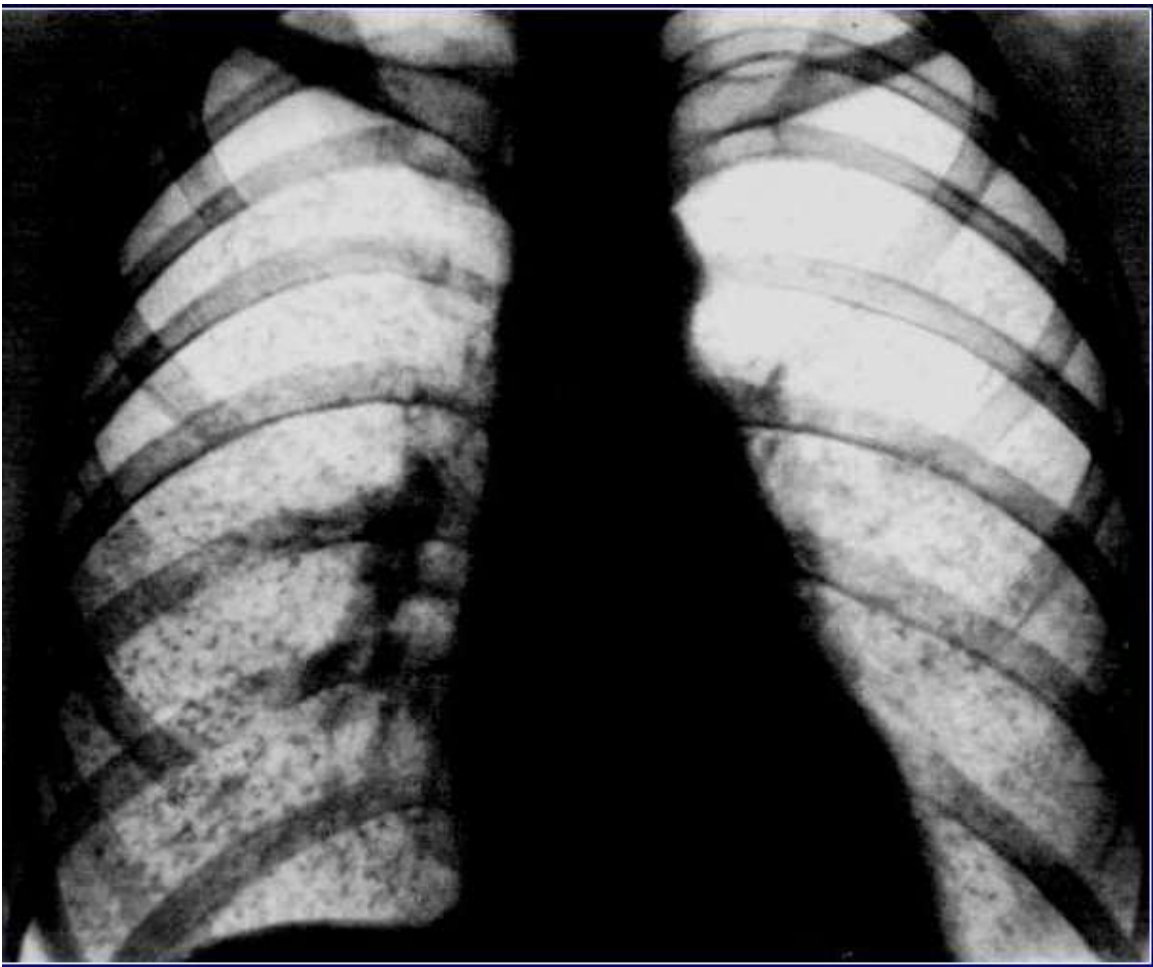


Рис. 1. Рентгенография ОГК: а) высокое стояние диафрагмы, дисковидный ателектаз справа; б) экссудативный плеврит слева; в) треугольная тень зоны инфаркт-пневмонии



Острая гематогенная диссеминация (милиарный туберкулез)



Очаговая пневмония



ТЕСТЫ ПО ТЕМАМ

1. Hb-70 г/л – какие изменения могут быть в сердце:

- A. миокардит
- B. миокардиодистрофия
- C. пороки
- D. инфекционный эндокардит

2. Какой из перечисленных признаков характерен для миокардита Абрамова-Фидлера:

- A. артериальная гипертензия
- B. гипертрофия левого желудочка
- C. недостаточность аортального клапана
- D. инфаркт миокарда

3. Один из основных клинических признаков миокардита:

- A. тахикардия

- В. потери сознания
 - С. стенокардитические боли
 - Д. эффект от нитратов
4. Основные принципы лечения миокардиодистрофии:
- А. хирургическое
 - В. гипотензивная терапия
 - С. лечение основного заболевания
 - Д. лечение нитратами
5. ЭКГ признаки при миокардите:
- А. Укорочение P-Q
 - В. Нарушение ритма и проводимости
 - С. Подъём сегмента S-T больше 3 мм
 - Д. Патологический QS
 - Е. Инверсия зубца Q
6. Укажите вид миокардиодистрофии:
- А. вазоспастическая
 - В. ишемическая
 - С. аллергическая
 - Д. тиреотоксическая
7. Назовите вид миокардиодистрофии:
- А. прогрессирующая
 - В. ишемическая
 - С. после инфаркта миокарда
 - Д. дисгормональная
8. Для алкогольной миокардиодистрофии характерно:
- А. кардиалгия, аритмия, синдром «праздничного стола»
 - В. артериальная гипертензия
 - С. очаговые изменения в миокарде
 - Д. поражение эндокарда и клапанов сердца
9. Назовите клинический признак миокардиодистрофии при гипотиреозе:
- А. влажность ладоней
 - В. брадикардия
 - С. потливость
 - Д. раздражительность
10. Назовите форму миокардитов:
- А. миокардиосклеротическая
 - В. дистрофическая
 - С. постишемическая
 - Д. токсико-аллергическая
11. По объёму поражения миокардит бывает:
- А. диффузный, локальный
 - В. диффузный, очаговый
 - С. частичный, субэндокардиальный
 - Д. субэндокардиальный, локальный
12. Укажите один из клинических проявлений миокардита:
- А. артериальная гипотензия
 - В. кардиалгия
 - С. артериальная гипертензия
 - Д. брадикардия
13. Принцип лечения неосложнённых миокардитов:
- А. Нитраты
 - В. Антибиотики

- C. В-адреноблокаторы
- D. Антагонисты кальция
- 14. ЭКГ изменения при миокардиодистрофиях:
 - A. Снижение вольтажа зубца T
 - B. Укорочение P-Q
 - C. Подъем сегмента S-T
 - D. Патологический QS
- 15. Назовите одну из причин развития миокардиодистрофий:
 - A. курение
 - B. алкоголь
 - C. стрессы
 - D. инсоляция
- 16. Принципы лечения миокардиодистрофии:
 - A. гипотензивная терапия
 - B. препараты раувольфия
 - C. метаболическая и симптоматическая терапия
 - D. ГКС
- 17. Укажите ЭКГ признаки миокардита:
 - A. уменьшение интервала P-Q
 - B. патологический зубец QS
 - C. подъем сегмента ST
 - D. Снижение сегмента ST
- 18. Какая из этиологических причин наименее вероятна при миокардитах
 - A. стафилококк
 - B. вирус Эпштейна –Бара
 - C. стрептококк
 - D. туберкулёз
- 19. Назовите механизм, не участвующий в поражении сердечной мышцы при миокардите
 - A. воздействие тироксина
 - B. прямое повреждающее действие этиологического фактора
 - C. токсическое воздействие
 - D. аллергизация и аутоиммунизация миокарда
- 20. Для тонзилотенной дистрофии миокарда характерно:
 - A. Увеличение щитовидной железы
 - B. Частые ангины
 - C. Экзофтальм
 - D. Тремор рук
- 21. Какие препараты входят в основную группу стандарта терапии ХСН:
 - A. антикоагулянты
 - B. транквилизаторы
 - C. ноотропы
 - D. в-адреноблокаторы
- 22. Что является противопоказанием при назначении сердечных гликозидов для лечения ХСН:
 - A. Мерцательная аритмия
 - B. Противопоказаний нет
 - C. ХСН II Б
 - D. АВблокады
- 23. Показание для назначения комбинации верошпирона и фуросемида:
 - A. ХСН I
 - B. ХСН II Б
 - C. ХСН IIА, Б
 - D. ХСН IIА

24. К какой группе препаратов относится верошпирон при лечении ХСН:
- А. дополнительная
 - В. вспомогательная
 - С. основная
 - Д. резервная
25. Какие объективные изменения характерны для ХСН II Б:
- А. отёки на ногах
 - В. теплый цианоз
 - С. экзофтальм
 - Д. анурия
26. Принципы лечения НЦД:
- А. антагонисты кальция
 - В. сердечные гликозиды
 - С. седативные препараты
 - Д. диуретики
27. При ХСН ФК IV (по NYHA) появление одышки характерно:
- А. при обычной физ. нагрузке
 - В. в покое
 - С. при подъёме на 2-й этаж
 - Д. при значительной физ. нагрузке
28. Какие изменения в сердце происходят при тиреотоксикозе:
- А. миокардиодистрофия
 - В. миокардит
 - С. ИБС
 - Д. выраженная брадикардия
29. Для каких состояний не характерно сердцебиение:
- А. НЦД
 - В. тиреотоксикоз
 - С. гипотиреоз
 - Д. анемия
30. Основными признаками синусовой тахикардии является увеличение ЧСС:
- А. до 60
 - В. 40-80
 - С. 120 и более
 - Д. 90 и более
31. Синусовая тахикардия обусловлена повышением автоматизма:
- А. синоатриального узла
 - В. атриовентрикулярного узла
 - С. пучка Кента
 - Д. пучка Гиса
32. ЭКГ признаком синусовой тахикардии является:
- А. удлинение интервала PQ
 - В. удлинение комплекса QRS
 - С. укорочение QRS
 - Д. правильный синусовый ритм
33. Укажите изменения на ЭКГ при синусовой тахикардии:
- А. ритм неправильный
 - В. укорочение R-R
 - С. удлинение интервала PQ
 - Д. удлинение комплекса QRS
34. Какой признак абсолютно исключает диагноз НЦД:
- А. тахикардия

- В. чувство тревоги
 - С. увеличение размеров сердца
 - Д.экстрасистолии
- 35.Какие изменения со стороны сердечно-сосудистой системы определяются при НЦД:
- А. диастолические шумы
 - В. мерцательная аритмия
 - С. лабильность пульса
 - Д. AV блокады
- 36.При НЦД на ЭКГ отмечается:
- А. f волны
 - В. отрицательный зубец Т (обратимый)
 - С. AV блокады
 - Д. QRS> 0.12 с.
- 37.Аускультативные изменения в сердце при анемии:
- А. расщепление 1 тона
 - В. расщепление 2 тона
 - С. систолический шум на верхушке
 - Д. грубый диастолический шум
- 38.Какие клинические признаки характерны для хронической сердечной недостаточности II Б:
- А. увеличение селезёнки
 - В. полиурия
 - С. гепатомегалия, отёки
 - Д. нормальные размеры сердца
- 39.Какая комбинация диуретиков предпочтительней при ХСН II Б:
- А. петлевые+Ка сберегающие
 - В. тиазидовые+тиазидоподобные
 - С. только тиазидоподобные
 - Д. только тиазидовые
- 40.Объективное изменение, наблюдаемое при сердечной недостаточности:
- А. диффузный цианоз
 - В. теплые конечности
 - С. акроцианоз
 - Д. экспираторная одышка
- 41.Укажите клинический признак, характерный для сердечной недостаточности:
- А.теплые конечности
 - В.без приподнятого изголовья
 - С. холодные конечности
 - Д. отёки на лице
- 42.К какой возрастной группе характерен НЦД:
- А. старческий
 - В. молодой
 - С. пожилой
 - Д. средний
- 43.При сердечной недостаточности жидкость в плевральной полости накапливается:
- А. накопление первоначально справа
 - В. накопление первоначально слева
 - С. одновременное в обеих плевральных полостях
 - Д. только справа
- 44.Для какого клинического синдрома НЦД характерна тахикардия
- А. иммуно-воспалительный
 - В. кардиалгический
 - С. инфекционно-токсический

D. отечный

45. Какое нарушение ритма сердца наиболее характерно для тиреотоксикоза:

A. Синдром ССУ

B. желудочковая экстрасистолия

C. мерцательная аритмия

D. брадикардия

46. К проявлениям артериальной гипертензии относятся:

A. боли в подложечной области

B. шум в голове

C. похудание

D. двоение в глазах

47. Экзогенные причины приводящие к гипертоническим кризам:

A. гормональные изменения при климаксе

B. прием гипотензивных препаратов

C. аденома простаты

D. избыточное потребление соли

48. Пациентам с гиперхолестеринемией целесообразно рекомендовать:

A. потребление яичных желтков

B. потребление растительного масла

C. потребление кофе, сладостей

D. потребление соленых продуктов

49. Заболевания, сопровождающиеся артериальной гипертензией:

A. феохромоцитомы и гломерулонефрит

B. язва двенадцатиперстной кишки

C. цирроз печени

D. миокардиодистрофия

50. Лекарственные препараты, вызывающие артериальную гипертензию:

A. 4-аминохинолины

B. H₂ - гистаминовые блокаторы

C. контрацептивные препараты

D. метаболики

51. Укажите препарат, приводящий к повышению АД:

A. антидепрессанты

B. метаболики

C. 4-аминохинолины

D. ГКС

52. В повышении артериального давления участвуют следующие механизмы:

A. выработка NO

B. задержка натрия

C. увеличение выработки сурфактанта

D. повышение венозного давления

53. При артериальной гипертензии наблюдается:

A. повышенная выработка катехоламинов

B. уменьшение активности ренина

C. повышение венозного давления

D. уменьшение выработки альдостерона

54. Причины вторичной артериальной гипертензии:

A. инфаркт миокарда

B. миокардиодистрофии

C. миокардиты

D. гломерулонефрит

- 55.Какой диетический стол рекомендуется больным с артериальной гипертензией:
- A. 2
 - B. 4
 - C. 10
 - D. 9
- 56.Укажите заболевания, сопровождающиеся повышением АД:
- A. цирроз печени
 - B. синдром Конна
 - C. инсулинома
 - D. миокардиты
- 57.Критерием II стадии гипертонической болезни является:
- A. признаки ХПН
 - B. стеноз аорты
 - C. признаки гипертрофии левого желудочка
 - D. инфаркт миокарда
- 58.Какое заболевание не сопровождается повышением артериального давления:
- A.феохромоцитома
 - B. первичный альдостеронизм
 - C. дилатационная кардиомиопатия
 - D. коарктация аорты
- 59.Виды гипертонических кризов:
- A. рефлекторный, ареактивный
 - B. осложнённый, неосложнённый
 - C. кардиопульмональный, нефрогенный
 - D. парадоксальный
- 60.Препарат первой помощи при гипертоническом кризе:
- A. бисопролол
 - B. аспирин
 - C. клофелин
 - D. амлодипин
- 61.Укажите препарат применяемый для быстрого снижения повышенного АД:
- A. амлонон
 - B. метапролол
 - C. каптоприл
 - D. нитросорбид
- 62.Какой антагонист кальция применяется для экстренной помощи при гипертоническом кризе:
- A. каптоприл
 - B. метапролол
 - C. нифедипин
 - D. фармадипин
- 63.Показатель диастолического давления при артериальной гипертензии II степени:
- A. 95-105
 - B. 100-109
 - C. 90-94
 - D. 110-119
- 64.Показатель систолического давления при артериальной гипертензии II степени:
- A. 140-149
 - B. 150-159
 - C. 180>
 - D. 160-179
- 65.Не входит в основную группу препаратов для лечения артериальной гипертензии:
- A. АПФ ингибиторы

- В. Антагонисты кальция
 - С. сердечные гликозиды
 - Д. бетта-адреноблокаторы
66. Укажите признак бронхиальной астмы:
- А. инспираторная одышка
 - В. влажные хрипы в нижней части легких
 - С. пенистая мокрота
 - Д. экспираторная одышка
67. Определите характер мокроты при бронхиальной астме:
- А. Мокрота с неприятным (зловонным) запахом в большом количестве
 - В. Серозно-гнойная мокрота
 - С. Трудно отделяемая, стекловидная мокрота
 - Д. "Ржавая" мокрота
68. Укажите жалобы больного при бронхиальной астме:
- А. Приступ удушья, кашель с трудно отделяемой мокротой
 - В. Лихорадка, боль в грудной клетке, кашель с слизисто-гнойной мокротой
 - С. Сухой, лающий кашель
 - Д. Кровохарканье
69. При каком сопутствующем заболевании вместе с бронхиальной астмой лечение системными кортикостероидами является противопоказанием:
- А. Артериальная гипотония
 - В. Остеопороз
 - С. Хронический гломерулонефрит
 - Д. Язвенная болезнь желудка и 12 п. Кишки
70. Индекс Тиффно это:
- А. Максимальная вентиляция легких по отношению к жизненному объёму
 - В. Объём резерва дыхания по отношению к резерву выдоха
 - С. Отношение ОФВ₁ к ЖЕЛ
 - Д. Отношение резервного объема выдоха к ёмкости выдоха
71. Укажите селективные агонисты β_2 -адренорецепторов
- А. Беротек
 - В. Интал
 - С. Задитен
 - Д. Вентолин
72. Определите болезнь, которая входит в аспириновую бронхиальную астму
- А. Поллиноз
 - В. Хронический обструктивный бронхит
 - С. Коклюш
 - Д. Хроническая пневмония
73. Определите муколитики:
- А. Анальгин
 - В. Либексин
 - С. Эуфиллин
 - Д. Ацетилцистеин
74. Назовите аускультативные изменения легких при 2-степени астматического статуса:
- А. Амфорическое дыхание
 - В. Крепитация
 - С. «Немое легкое»
 - Д. Мелкопузырчатые незвучные влажные хрипы
75. При каком заболевании встречается «немое легкое»:
- А. 2-степень развития астматического статуса
 - В. Ремиссия бронхиальной астмы

- С. Обычный приступ бронхиальной астмы
 D. Полное предотвращение приступа бронхиальной астмы
76. Кристаллы Шарко-Лейдена в мокроте характерны для:
 A. Острой пневмонии
 B. Бронхиальной астмы
 C. Хронического бронхита
 D. Туберкулеза
77. Назовите характерный признак бронхиальной астмы:
 A. Инспираторная одышка
 B. Эозинофилия в мокроте и крови
 C. Спирали Куршмана, кольца Кебота
 D. Тельца Жолли, кристаллы Шарко-Лейдена
78. Определите лекарственное средство противопоказанное для лечения астматического статуса:
 A. Сердечные гликозиды
 B. Бета-адреноблокаторы
 C. Кортикостероиды
 D. Эуфиллин
79. Укажите форму грудной клетки при эмфиземе легких:
 A. Рахитическая
 B. Бочкообразная
 C. Цилиндрическая
 D. Конусовидная
80. Дыхательная недостаточность развивается при:
 A. Пневмосклерозе
 B. Портальной гипертензии
 C. Циррозе печени
 D. Митральном стенозе
81. Характерные бронхографические признаки пневмосклероза
 A. Приближение и девиация бронхов
 B. Сужение и исчезновение крупного бронха
 C. Сужение бронхиол
 D. Укорочение бронхов
82. Диагностические методы пневмосклероза:
 A. ОАК, ОАМ
 B. Рентгенография легких, бронхография
 C. Пневмотахография, УЗИ
 D. Спирография
83. Назовите основные группы препаратов лечения пневмосклероза:
 A. Цитостатики
 B. Антибиотики
 C. Бронходилататоры
 D. Иммуномодуляторы
84. Характерные показатели средне-тяжелой персистирующей ступени бронхиальной астмы.
 A. Ночные приступы ежедневно, ПСВ 60-80%, суточное колебание больше 30%*
 B. Ночные приступы 1 раз в месяц, ПСВ 60-80%, суточное колебание 20-30%
 C. Ночные приступы 1 раз в неделю, ПСВ 60-80%, суточное колебание 20-30%
 D. Ночные приступы 1 раз в неделю, ПСВ больше 80%, суточное колебание меньше 20%
85. Определите перкуторный признак эмфиземы легких:
 A. Тимпанический звук
 B. Коробочный звук

- С. Расширение границы относительной тупости сердца
 D. Увеличение экскурсии нижней границы легких
86. Назовите признак первичной эмфиземы легких:
 A. Возраст больного выше 40 лет
 B. Быстро прогрессирующая гипоксемия и гиперкапния
 C. Интенсивное развитие признаков легочной сердца
 D. Отсутствуют признаки легочного сердца
87. Признаки вторичной эмфиземы легких:
 A. Болезнь начинается с одышки
 B. Первым признаком заболевания был кашель
 C. Молодой возраст
 D. Отсутствуют признаки легочного сердца
88. Какие следующие данные играют важную роль в определении активности ревматической лихорадки:
 A. Острофазные пробы и положительная HLAB-27.
 B. Степени лихорадки и положительный результат HLAB-27.
 C. Наличие ревматоидного фактора в крови
 D. Острофазные пробы и ускорение СОЭ
89. Митральный стеноз чаще встречается при:
 A. Атеросклерозе
 B. Инфекционном миокардите
 C. после ревматической лихорадки
 D. Осложненный инфаркт миокарда с порванной папилярной мышцей
90. Назовите наиболее часто встречающиеся ревматические пороки:
 A. Митральные пороки
 B. Пороки клапана легочной артерий
 C. Аортальная недостаточность
 D. Аортальный стеноз
91. Укажите характерный признак ревматического полиартрита:
 A. Стабильная деформация тазо-бедренного сустава
 B. Ульнарная девиация пальцев рук
 C. Ассоциация с урогенитальной инфекцией
 D. Повреждение коленного сустава
92. Какой препарат используется для лечения 3-степени активности ревматизма?
 A. Ципрофлоксацин
 B. Преднизолон
 C. Гентамицин
 D. Сульфасалазин
93. Назовите характерный признак ревматического полиартрита:
 A. Летучая суставная боль
 B. Симметричные поражения крупных суставов
 C. Деформация суставов
 D. "Сосискообразные" поражения пальцев кисти
94. Определите тактику при острой ревматической лихорадке:
 A. Препараты 4-аминохинолиновой группы в течение 1 недели
 B. Усиленная пенициллинотерапия в течение 5 часов, затем глюкокортикостероиды
 C. Цитостатики и пенициллины одновременно 6 месяцев
 D. Пенициллин в течение 10 дней, затем бициллин-5 круглогодично
95. ЭКГ признаки ревматического миокардита:
 A. Депрессия сегмента ST
 B. Интервал PQ больше 0,2 сек
 C. Отрицательный зубец T

D. Остроконечный зубец Р

96. Укажите признак суставного синдрома при ревматоидном артрите:

A. поражение только крупного сустава

B. асимметричное поражение

C. летучая боль

D. симметричное поражение

97. Ревматоидные узелки это:

A. твердый, безболезненный, беловатый узелок в ушной раковине

B. твердые, костные узелки в проксимальных межфаланговых суставов

C. безболезненные, подвижные образования на разгибательной поверхности предплечий

D. твердые, костные узелки в дистальных межфаланговых суставов

98. Наиболее часто при ревматоидном артрите поражаются:

A. проксимальные межфаланговые суставы

B. плечевой сустав

C. тазо-бедренный сустав

D. коленный сустав

99. Назовите рентгенологические изменения при ревматоидном артрите:

A. остеолит

B. наличие остеофита

C. остеосклероз

D. эрозивный – деструктивный процесс

100. Дифференциальная диагностика ревматоидного артрита с остеоартрозом:

A. “стартовые” боли в суставах

B. ночные боли

C. усиление боли после физической нагрузки

D. утренняя скованность

101. Для 2-степени функционального нарушения суставов (ФНС) при ревматоидном артрите характерно:

A. потеряна способность самообслуживания

B. профессиональная пригодность сохранена

C. профессиональная пригодность ограничена

D. профессиональная пригодность потеряна

102. Выберите препарат базисной терапии при ревматоидном артрите:

A. преднизолон

B. далагил

C. ортофен

D. румалон

103. Какой симптом играет важную роль в ранней диагностике ревматоидного артрита:

A. ревматоидные узелки

B. поражение шейного отдела позвоночника

C. утренняя скованность

D. ульнарная девиация

104. Укажите рентгенологические признаки ревматоидного артрита:

A. околосуставный остеопороз, узурация

B. периостит

C. субхондральный остеосклероз

D. кальцификат

105. Назовите рентгенологические признаки 2-степени ревматоидного артрита:

A. единичные узуры

B. множественные узуры

C. сужение суставной щели

D. околосуставный остеопороз

106. Укажите каким диагностическим методом определяется ревматоидный фактор в крови:
- A. Реакция Буже
 - B. Реакция Ваалера-Роза
 - C. Реакция Видаля
 - D. Реакция Райта-Хеддльсона
107. Олигоартрит это поражение:
- A. двух суставов
 - B. одного сустава
 - C. четырёх суставов
 - D. трёх суставов
108. Назовите клинический симптом ревматоидного артрита:
- A. Узелки Бушара
 - B. Узелки Гебердена
 - C. ревматоидные узелки
 - D. Узелки Рандю-Ослера
109. Укажите характерные поражения внутренних органов при ревматоидном артрите:
- A. гепатит, язвенная болезнь желудка
 - B. пневмонит, кардит
 - C. Легочная гипертензия, нефрит
 - D. Плеврит, перикардит, перитонит
110. Факторы риска развития идиопатического остеопороза:
- A. генетический фактор и семейный анамнез
 - B. гиподинамия, курение
 - C. алиментарные факторы
 - D. инфекционные фактор
111. Характерные клинические признаки остеопороза:
- A. боль в паравертебральных точках
 - B. миалгия
 - C. переломы костей
 - D. вывих ноги
112. Факторы риска развития первичного остеопороза:
- A. заболевание позвоночника
 - B. алиментарные факторы
 - C. инфекционные факторы
 - D. европеоидная и монголоидная расы
113. Факторы риска развития сенильного остеопороза:
- A. старение организма
 - B. генетический фактор и семейный анамнез
 - C. гиподинамия, курение
 - D. заболевание позвоночника
114. Причины первичного остеопороза:
- A. повышенное употребление молочных продуктов
 - B. гипердинамия, тяжелая физическая нагрузка
 - C. приём преднизолона
 - D. длительная лактация и большое количество беременностей
115. Причины вторичного остеопороза:
- A. повышенное употребление молочных продуктов
 - B. приём преднизолона
 - C. менопауза
 - D. длительная лактация ва большое количество беременностей
116. Укажите белок, который входит в состав межклеточного вещества костей

- А. гликозамингликан
 - В. кальцитонин
 - С. остеопротейн
 - Д. простогландиин Е
117. Первичная профилактика остеопороза включает:
- А. профилактика ожирения
 - В. бросать курение
 - С. употребление кальция с пищей
 - Д. приём бифосфонатов по схеме
118. Укажите принцип вторичной профилактики остеопороза:
- А. приём бифосфонатов по схеме
 - В. употребление алкоголя
 - С. употребление кальция с пищей
 - Д. сохранение интервала между беременностями
119. Укажите наследственное заболевание, которое способствует развитию остеопороза.
- А. Фенилкетонурия
 - В. Синдром Шершевского-Тернера
 - С. Синдром Дауна
 - Д. Синдром Клайнфельтера
120. Определите препарат, относящийся к бифосфонатам
- А. Кальций глюконат
 - В. спиронолактон
 - С. Витрум форте
 - Д. алендроновая кислота
121. Укажите схему применения алемакса (алендронат) с профилактической целью при остеопорозе
- А. 35 мг в неделю, в течении 6 месяцев
 - В. 10 мг в день, в течении 1 месяцев
 - С. 70 мг в день, в течении 3 месяцев
 - Д. 10 мг в неделю, в течении 3 месяцев
122. Назовите лекарственные препараты, вызывающие остеопороз
- А. антиконвульсанты
 - В. антагонисты кальция
 - С. НПВС
 - Д. ингибиторы протонного насоса
123. Противопоказанием к применению бифосфонатов является:
- А. бронхообструктивный синдром
 - В. атрофический гастрит
 - С. гипокальциемия
 - Д. гиперкалиемия
124. Чаще встречающееся осложнение остеопороза:
- А. деформация коленного сустава
 - В. перелом головки бедренной кости
 - С. перелом плечевой кости
 - Д. грыжа позвоночного диска
125. Основные причины остеопороза в северных холодных зонах:
- А. недостаточная солнечная инсоляция
 - В. большое количество беременностей
 - С. повышенное употребление кофе
 - Д. гиподинамия
126. Основные причины остеопороза в южных теплых зонах:
- А. ранняя менопауза

- В. недостаточность солнечная инсоляция
 - С. курение
 - Д. заболевания желудочно-кишечного тракта с нарушением всасывания
127. Диагностический метод, оценивающий минеральную плотность костей:
- А. МРТ
 - В. УЗИ костей
 - С. маркеры остеопороза
 - Д. УЗИ денситометрия
128. Назовите гормональный препарат, который применяется в терапии остеопороза:
- А. кальцитонин
 - В. паратгормон
 - С. инсулин
 - Д. остеогенон
129. Какое лекарственное средство содержит гидроксиапатит и оссеин
- А. кальцитонин
 - В. ралоксифен
 - С. Кальций-Д₃
 - Д. остеогенон
130. Какой препарат используется для профилактики побочного действия кальцитонина
- А. кальция глюконат
 - В. Витамин Д
 - С. паратгормон
 - Д. инсулин
131. Основной лечебный препарат в терапии остеопении у больных моложе 30 лет
- А. Кальций-Д₃
 - В. Остеомакс
 - С. резандронат натрия
 - Д. кальцитонин
132. В какой части кишечника чаще встречается рак толстого кишечника?
- А. сигмовидной, слепой и прямой кишки
 - В. восходящий кишечник
 - С. поперечный кишечник
 - Д. нисходящий кишечник
133. Методы лечения рака толстого кишечника:
- А. диета, прокинетики
 - В. химиотерапия и оперативное лечение
 - С. только оперативное лечение
 - Д. только химиотерапия
134. Изменения в ОАК у больных раком толстого кишечника:
- А. тромбоцитопения
 - В. лейкопения
 - С. анемии, ускоренное СОЭ
 - Д. лейкоцитоз
135. Признаки первой степени рака толстого кишечника:
- А. поражается слизистый и мышечный слой
 - В. при своевременном диагностировании в 50% случаев выздоровление
 - С. определяется метастазирование в другие органы
 - Д. опухоль определяется только в слизистом слое
136. Синдром раздраженного кишечника чаще встречается:
- А. у мужчин
 - В. у детей
 - С. у женщин

- D. у лиц 70-75 лет
- 137.Причины синдрома раздраженного кишечника:
- A. стресс, алиментарный, дисгормональный
 - B. желудочно-кишечная травма
 - C. аномалии кишечника
 - D. инфекционные факторы
- 138.Характер кала при синдроме раздраженного кишечника:
- A. слизистый
 - B. кровяной
 - C. кал в виде рисового отвара
 - D. кал в виде горохового супа
- 139.Синдром раздраженного кишечника дифференцируется с:
- A. НЯК
 - B. инфекционными болезнями
 - C. опухолями кишечника
 - D. болезнью Крона
- 140.Принципы лечения синдрома раздраженного кишечника:
- A. химиотерапия и оперативное лечение
 - B. правильное питание, медикаментозное лечение, психотерапия
 - C. оперативное лечение
 - D. лучевая терапия
- 141.Синдром раздраженного кишечника отличается от других болезней кишечника:
- A. наблюдаются органические изменения
 - B. острое течение
 - C. определение в кале крови и гноя
 - D. нет возбудителя
- 142.Методы лечения синдрома раздраженного кишечника:
- A. нитрофураны
 - B. симптоматическое лечение
 - C. оперативное лечение
 - D. антибиотикотерапия
- 143.Количество дефекаций в сутки в норме:
- A. 3-4 раз
 - B. 4-5 раз
 - C. 5-7 раз
 - D. один иногда два
- 144.Частая причина запоров у детей:
- A. инвагинация кишечника
 - B.болезнь Гиршпрунга
 - C. гастрит
 - D. энтерит
- 145.Виды функциональных запоров:
- A. простой, гипокинезия кишечника, синдром раздраженной кишки
 - B. гиперкинезия кишечника, простой запор
 - C. синдром раздраженной кишки, простой запор, опухоли
 - D. синдром раздраженной кишки, НЯК, энтерит
- 146.При каких эндокринных заболеваниях наблюдается запор:
- A. сахарный диабет, микседема
 - B. акромегалия
 - C. тиреотоксикоз
 - D. несахарный диабет, паратиреоз
- 147.Какие лекарственные препараты вызывают запоры:

- А. антиагреганты
 - В. ингибиторы АПФ
 - С. атропин, гексоний, антидепрессанты
 - Д. антибиотики, седативные препараты
148. В каком отделе кишечника чаще наблюдается аганглионарная зона при болезни Гиршпрунга:
- А. Прямая кишка
 - В. конец поперечной кишки и начало толстого кишечника
 - С. 12 п. к. и тонкая кишка
 - Д. ректосигмоидальная область
149. Какой гормон играет роль в запорах беременных:
- А. прогестерон
 - В. эстроген
 - С. хорионический гонадотропин
 - Д. тироксин
150. Назовите заболевания при которых наблюдается запоры, связанные с пониженным тонусом мышц:
- А. асцит, ожирение
 - В. синдром раздраженной кишки
 - С. пупочная грыжа
 - Д. брюшной тиф, салмонеллез
151. Для системных заболеваний кроме повышения температуры характерно:
- А. поражаются только кожа и суставы
 - В. встречается чаще у мужчин
 - С. полисиндромность
 - Д. протекает без лимфаденопатии
152. Причина повышения температуры при онкологических заболеваниях
- А. метастазирование в соседние органы
 - В. за счет аутоиммунных процессов
 - С. аллергические реакции
 - Д. за счет опухоли пирогенных веществ, продуктов распада, инфекционных осложнений
153. Прием каких препаратов повышает температуру:
- А. прокинетики
 - В. гипотензивные
 - С. анальгетики
 - Д. некоторые антибиотики, цитостатики, препараты действующие на ЦНС
154. Для тиреотоксического зоба характерно:
- А. высокая температура – 40С
 - В. субфебрильная температура, раздражительность, нервозность
 - С. слабость и апатия
 - Д. сухость кожи
155. Для острого септического течения бруцеллеза характерно?
- А. температура 39-40С, лимфаденопатия, лейкопения
 - В. одышка, боли в суставах
 - С. признаки выраженной интоксикации
 - Д. тяжелое общее состояние
156. При первичном латентном течении бруцеллеза инкубационный период:
- А. от нескольких месяцев до нескольких лет
 - В. 3 недели
 - С. 1 неделя
 - Д. 3-4 дня
157. Для первично хронического течения бруцеллеза характерно:

- A. полиартрит, нефрит, спонтанные аборты
 - B. печень и селезенка не увеличиваются
 - C. проба Бюрне отрицательная
 - D. температура тела 39-40С
- 158.Для малярии характерно:
- A. афтозный стоматит, кровь в кале
 - B. лихорадка, анемия, спленомегалия
 - C. геморрагические высыпания, судороги
 - D. понос, озноб
- 159.Путь заражения салмонеллезом:
- A. гематогенный
 - B. лимфогенный
 - C. бытовой
 - D. фекально-оральный
- 160.Форма течения салмонеллеза похожая на тиф:
- A. распространенная
 - B. гастритическая
 - C. септическая
 - D. гастроэнтеритная
- 161.Салмонеллы вырабатывают:
- A. экзотоксин
 - B. эндотоксин
 - C. эндо и экзотоксин
 - D. живые личинки
- 162.Часто встречающаяся клиническая картина салмонеллеза:
- A. хроническая
 - B. колитическая
 - C. гастроинтестинальная
 - D. abortивная
- 163.Устойчивость салмонелл во внешней среде:
- A. в воде 18 недели, в земле 1 года
 - B. в воде 2-4 недели, в земле 2 года
 - C. в воде 1 год, в земле 120 дней
 - D. в воде 120 дней, в земле 1-9 месяцев
- 164.Кожные изменения при брюшном тифе:
- A. бледность, сухость кожи, розеолы
 - B. гиперемия, экхимозы, язвы
 - C. петехии, гиперемия, сухость кожи
 - D. положительный симптом жгута,
- 165.Основные изменения системы пищеварения при брюшном тифе:
- A. «тифозный язык», метеоризм, гепатолиенальный синдром
 - B. положительный симптом Кернига
 - C. географический язык, напряжение мышц живота
 - D. кал с примесью крови и слизи, тошнота
- 166.Укажите частые осложнения брюшного тифа:
- A. кровотечение из кишечника, перфорация, инфекционно-токсический шок
 - B. геморрагический шок, тромбоз мезентериальных сосудов
 - C. непроходимость кишечника
 - D. кома, плеврит, перикардит
- 167.Укажите основной симптом характерный для начальной стадии брюшного тифа:
- A. головокружение, головные боли, потеря сознания
 - B. высыпания на коже, лакированный язык, выпадения волос

- С. слабость, потеря аппетита
 D. лихорадка, головные боли, бессонница
168. Укажите основные симптомы, характерные для периода разгара брюшного тифа:
 A. лихорадка, интоксикация ЦНС, высыпания
 B. сонливость, менингеальные признаки, потеря аппетита
 C. появление геморрагических высыпаний, кома
 D. гепатомегалия, интоксикационно-токсический шок
169. Лечение брюшного тифа:
 A. постельный режим, диета, антибактериальная и дезинтоксикационная терапия
 B. интерферонстимулирующая терапия, постельный режим
 C. антитоксическая терапия, диета, антипротозойная терапия
 D. антипротозойная и интерферонстимулирующая терапия, постельный режим
170. Укажите признаки интоксикации при малярии:
 A. сардоническая улыбка, нарушение глотания, частое мочеиспускание
 B. высыпания на коже, лакированный язык, выпадения волос
 C. головокружение, головные боли, миалгия, тошнота, рвота
 D. менингизм, лихорадка, метеоризм, понос
171. Укажите основные изменения в гемограмме при малярии:
 A. нейтрофиллез, эозинофилия
 B. анемия, ретикулоцитоз, панцитопения, повышение СОЭ
 C. лейкоцитоз, понижение СОЭ, повышение гемоглобина и эритроцитов
 D. лимфопения, эозинофилия, тромбоцитопения, ретикулоцитоз
172. Характерные признаки малярии:
 A. судороги, потливость, понос
 B. кровотечение, гной в кале, стоматиты
 C. лихорадка, анемия, спленомегалия
 D. геморрагические высыпания, отеки на нижних конечностях, метеоризм
173. Поочередность фаз пароксизма малярии:
 A. фаза судороги, фаза лихорадки, фаза потоотделения
 B. фаза лихорадки, фаза судорог, озноб
 C. потеря сознания, озноб, потливость
 D. лихорадка, озноб, потливость
174. Кожные высыпания при инфекционном эндокардите:
 A. геморрагические петехиальные высыпания, не исчезающие при надавливании в области шеи, предплечья и голени
 B. узелковые высыпания по всей поверхности тела
 C. высыпания не наблюдаются
 D. розеолезные высыпания в области груди и живота
175. Основные возбудители инфекционного эндокардита:
 A. вирусы
 B. стафилококки, стрептококки
 C. кишечные палочки
 D. грибковые инфекции
176. Пути распространения возбудителя при пиелонефрите.
 A. Контактный
 B. лимфогенный
 C. Урогенный, гематогенный
 D. Нисходящий
177. Причины преимущественной заболеваемости женщин пиелонефритом
 A. Анатомическое строение уретры
 B. Сниженный иммунитет
 C. Локализация почек

D. Стресс

178. Определите изменения в анализе мочи (1 мл) при пиелонефрите в стадии активного воспаления:

- A. Лейкоциты 2000, бактерии 6000
- B. Лейкоциты 2500, бактерии 10000
- C. Лейкоциты 1500, бактерии 70000
- D. Лейкоциты 5000, бактерии 200000

179. Характер мочи при пиелонефрите

- A. мутная, желтоватая, с осадком
- B. безцветный
- C. мутная, с осадком, красноватая
- D. цвета мясных помоев

180. Выявление скрытой лейкоцитурии при пиелонефрите:

- A. проба с дипиридамом
- B. проба с верошпироном
- C. проба с преднизолоном
- D. глюкозотолерантный тест

181. Осложнения острого пиелонефрита:

- A. Недостаточность кровообращения
- B. Абсцесс почки, карбункул почки, ОПН
- C. ХПН
- D. Нефротический шок

182. Бактериурия считается положительной если

- A. в 1 мл мочи выше 10^5
- B. в 1 мл мочи выше 10^3
- C. в 1 мл мочи выше 10^4
- D. в 1 мл мочи выше 10^2

183. Основные возбудители острого пиелонефрита

- A. грибки
- B. *Escherichia coli*
- C. микобактерии
- D. гемолитический стрептококк

184. Пиелонефрит чаще поражает

- A. сосуды
- B. клубочки
- C. чашечно-лоханочную систему
- D. ЮГА

185. Триада симптомов при остром пиелонефрите

- A. интоксикация, дизурия, локальная боль
- B. гипертония, протенурия, цилиндрурия
- C. гематурия, отёки, дизурия
- D. цилиндрурия отёки, гипертония

186. Лечение острого пиелонефрита

- A. антибиотики, уроантисептики
- B. антиагреганты
- C. антикоагулянты
- D. иммунодепрессанты

187. Озноб, локальная боль, лейкоцитурия характерны для:

- A. амилоидоза
- B. хронического гломерулонефрита
- C. простатита

- D. острого пиелонефрита
188. Лекарственные средства при хроническом пиелонефрите
- A. ГКС
- B. нитроксолин, ампициллин
- C. изониазид, димедрол
- D. гепарин, дипиридамол
189. Методы диагностики острого пиелонефрита
- A. ОАК и ОАМ
- B. Экскреторная урография
- C. Радиоизотопная ренография
- D. Липидный спектр, ферменты
190. В анализе мочи: лейкоцитов 30 в одном поле зрения эритроцитов 1-2, бактерии +++, слизь +++. Поставьте диагноз?
- A. амилоидоз
- B. острый гломерулонефрит
- C. острый пиелонефрит
- D. интерстициальный нефрит
191. Что способствует развитию острого пиелонефрита у детей
- A. неправильное питание
- B. нарушение уродинамики
- C. хронические инфекционные очаги
- D. переохлаждение, инфекция
192. Информативные методы диагностики хронического пиелонефрита
- A. УЗИ, экскреторная урография
- B. ферменты (ЛДГ, КФК)
- C. сахар в моче
- D. липидный спектр
193. Количество белка в моче при пиелонефрите
- A. От 1 до 3 гр\л
- B. От 3 до 5 гр/л
- C. От 5 до 7 гр/л
- D. От 0.033 до 1 гр\л
194. УЗИ признаки хронического пиелонефрита
- A. проводимость почечной паренхимы понижение
- B. чашечно-лоханочная система деформирована
- C. гломерулосклероз
- D. почечная паренхима без изменений
195. Хронический пиелонефрит у мужчин может быть связан с
- A. аденомой предстательной железы
- B. молодым возрастом
- C. высоким ростом
- D. ожирением
196. Пути распространения пиелонефрита
- A. алиментарный
- B. наследственный
- C. фекально-оральный
- D. восходящий и нисходящий
197. Как называется мокрота, которая содержит атипические клетки и детриты при раке легких?
- A. "Ржавая" мокрота
- B. Стекловидная мокрота
- C. Жемчужная мокрота
- D. Шоколадная мокрота

198. Показания к хирургическому лечению при туберкулезе:
- A. Диссеминированный туберкулез
 - B. Инфильтративный туберкулез
 - C. Очаговый туберкулез
 - D. Туберкулома
199. Специфический морфологический элемент туберкулеза:
- A. Макрофаги
 - B. Клетки Ашоффа-Талалаева
 - C. Нейтрофилы
 - D. Клетки Пирогова-Ланганса
200. Современная профилактика туберкулеза:
- A. Активная и пассивная профилактика
 - B. Иммунопрофилактика и химиопрофилактика
 - C. Специфическая и неспецифическая профилактика
 - D. Эпидемиологическая и санитарная профилактика
201. В группу хронических неспецифических заболеваний легких не входит:
- A. посттуберкулезный пневмосклероз
 - B. ХОБЛ
 - C. бронхиальная астма
 - D. фиброзирующий альвеолит
202. В стадии «прилива» крупозной пневмонии перкуторно определяется:
- A. легочный звук
 - B. притупление перкуторного звука
 - C. коробочный звук
 - D. тимпанический звук
203. При лечении пневмонии у беременной в 1 м триместре можно использовать:
- A. тетрациклин
 - B. пенициллин
 - C. эритромицин
 - D. левомицетин
204. Для базисной терапии РА используют:
- A. делагил
 - B. Д пеницилламин
 - C. ацикловир
 - D. кризанол
205. Для какого заболевания характерна «поза просителя»; рентгенологически симптом «бамбуковой палки»:
- A. деформирующий остеоартроз
 - B. ревматоидный артрит
 - C. ревматизм
 - D. болезнь Бехтерева
206. Нехарактерным синдромом геморрагического васкулита является:
- A. бронхообструктивный
 - B. абдоминальный
 - C. кожный
 - D. суставной
207. Для гранулематоза Вегенера характерно все, кроме:
- A. распад легочной ткани
 - B. кардиосклероз
 - C. тканевая деструкция
 - D. изъятие слизистой оболочки полости носа с перфорацией носовой перегородки

- 208.Предварительный диагноз у больного с мышечной слабостью, высокой температурой, нарушением глотания:
- A. СКВ
 - B. ревматоидный артрит
 - C. дерматомиозит
 - D. узелковый периартериит
- 209.Выберите патогенетический препарат первого ряда для системных заболеваний:
- A. эритромицин
 - B. колхицин
 - C. сульфасалазин
 - D. преднизолон
- 210.Для узелкового периартериита не характерно:
- A. ускорение СОЭ
 - B. анемия с тромбоцитопенией
 - C. гипер γ -глобулинемия
 - D. эозинопения
- 211.Препаратами выбора при лечении узелкового периартериита являются:
- A. цитостатические препараты в комбинации с глюкокортикоидами
 - B. D пеницилламин
 - C. нестероидные противовоспалительные препараты
 - D. препараты золота
- 212.При узелковом периартериите наблюдаются следующие признаки за исключением:
- A. сегментарное поражения сосудов
 - B. отложение липидов и солей кальция в стенке сосудов
 - C. вовлечения в процесс мелких и средних артерий
 - D. панартериита
- 213.При узелковом периартериите характерно поражение сосудов:
- A. аорты
 - B. аорты и ее ветвей
 - C. мелкого и среднего калибра
 - D. вен
- 214.Поражение легких при узелковом периартериите включает:
- A. легочные васкулиты с тяжелой одышкой
 - B. острый бронхит
 - C. острая пневмония
 - D. развитие синдрома бронхиальной астмы с высокой стойкой эозинофилией
- 215.Первичная ахалазия (кардиоспазм) пищевода чаще встречается:
- A. у пожилых
 - B. у детей
 - C. у новорожденных
 - D. Улюдей молодого и среднего возраста
- 216.К фактору, способствующим развитию рефлюкс эзофагита, не относится:
- A. прием церукала
 - B. грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
 - C. ожирение
 - D. беременность
- 217.Препаратом, нормализующим моторику желудка и применяемым для лечения рефлюкс эзофагита, является:
- A. метацин
 - B. церукал
 - C. атропин
 - D. циметидин

218. Для препарата ранитидин подберите его характеристику:
- A. холинолитик общего действия
 - B. холинолитик местного действия
 - C. блокатор H₂ гистаминорецепторов
 - D. антацид
219. Для препарата альмагель подберите его характеристику:
- A. блокатор H₂ гистаминорецепторов
 - B. холинолитик общего действия
 - C. холинолитик местного действия
 - D. антацид
220. Все перечисленное, касающееся лечения хронического панкреатита верно, за исключением:
- A. лечение острой фазы хронического панкреатита не отличается от такового при остром панкреатите
 - B. показано назначение препаратов, понижающих желудочную секрецию
 - C. показаны в основном жиры растительного происхождения
 - D. ограничения в диете не влияют на течение заболевания
221. В патогенезе острого панкреатита не имеют значения:
- A. рефлюкс желчи в 12 перстную кишку
 - B. рефлюкс желчи в панкреатический проток
 - C. активация трипсином ферментов, разрушающих мембраны клеток
 - D. активация трипсином эластазы, вызывающей геморрагические некрозы
222. В копрограмме у больных с недостаточностью функции поджелудочной железы не выявляться:
- A. жидкий или кашицеобразный стул
 - B. полифекалия
 - C. стеаторея
 - D. амилорея
223. Не является характерными симптомами острого панкреатита:
- A. интенсивные постоянные опоясывающие боли в эпигастрии
 - B. упорная рвота, не приносящая облегчения
 - C. гипертония
 - D. гипертермия
224. При лечении острого панкреатита нецелесообразно использовать:
- A. голод и отсасывание желудочного содержимого назогастральным зондом
 - B. спазмолитики
 - C. ингибиторы протеаз (трасилол, контрикал)
 - D. морфин
225. Для подтверждения диагноза дисбактериоза необходимо выполнить:
- A. фиброгастроколоноскопию с биопсией слизистой
 - B. дуоденальное зондирование с посевом желчи на бактериальную флору
 - C. серологическое исследование
 - D. специальное бактериологическое исследование кала
226. Для лечения билиарной инфекции не применяют:
- A. сульфаниламиды
 - B. тетрациклины
 - C. линкомицин
 - D. аминогликозиды
227. Для купирования болевого синдрома при остром холецистите целесообразно назначать все нижеперечисленные препараты, кроме:
- A. морфина
 - B. баралгина
 - C. ношпы

- D. атропина
228. Основным местом обитания лямблий является:
- A. желчный пузырь
 - B. толстая кишка
 - C. тонкая кишка
 - D. внутрипеченочные желчные протоки
229. Не способствуют возникновению желчнокаменной болезни:
- A. гипокINETическая дискинезия желчевыводящих путей
 - B. хронический холецистит
 - C. диета с большим содержанием животного жира
 - D. гиперкинетическая дискинезия желчевыводящих путей
230. Внутривенная холеграфия не противопоказана:
- A. при беременности
 - B. при непереносимости билигноста и иопагноста
 - C. при указании на аллергическую реакцию на препараты йода в прошлом
 - D. течение хронического холецистита с дискинезией желчевыводящих путей
231. Консервативное лечение больных желчнокаменной болезнью с частыми коликами заключается в назначении:
- A. холинолитиков и спазмолитиков
 - B. холицистокинетиков
 - C. отвар пол пола
 - D. физиотерапевтическое лечение
232. Укажите базисные препараты для лечения НЯК, кроме:
- A. сульфосалазин
 - B. антациды
 - C. салофальк
 - D. ГКС
233. Выберите препараты для лечения дисбактериоза, кроме:
- A. бификол
 - B. бифидумбактерин
 - C. бисептол
 - D. лактобактерин
234. Укажите признаки нарушения всасывания жиров, кроме:
- A. стеаторея
 - B. гипохолестеринемия
 - C. дефицит массы тела
 - D. креаторея
235. Укажите признаки характерные для хронического НЯК, кроме:
- A. диарея
 - B. болевой симптом
 - C. кишечное кровотечение
 - D. рвота
236. Укажите органы которые поражаются при НЯК, кроме:
- A. легкие
 - B. суставы
 - C. кожа
 - D. глаза
237. Укажите заболевания, с которыми необходимо дифференцировать НЯК, кроме:
- A. сальмонеллез
 - B. холера
 - C. болезнь Крона
 - D. рак толстого отдела кишечника

238. Укажите отдел ЖКТ, поражаемый при НЯК, кроме:
- А. прямая кишка
 - В. поперечно ободочная кишка
 - С. селезенка
 - Д. сигмовидная
239. При НЯК чаще всего поражаются, кроме:
- А. слизистые
 - В. печень
 - С. суставы
 - Д. почки
240. Для острого нефротического синдрома не типично:
- А. остро развившаяся гематурия
 - В. олигурия
 - С. наличие отеков
 - Д. наличие бронхоспастического синдрома
241. При каком патологическом состоянии характерно наименьшей степени поражение клубочкового аппарата:
- А. при амилоидозе
 - В. при сахарном диабете
 - С. при синдроме Гудпасчера
 - Д. при шоке
242. Повышение относительной плотности мочи может наблюдаться:
- А. при употреблении много жидкостей
 - В. при неконтролируемом сахарном диабете
 - С. при идиопатическом несахарном диабете
 - Д. при хронической почечной недостаточности
243. Развитие нефротического синдрома не характерно:
- А. для тромбоза почечных вен
 - В. для амилоидоза
 - С. для хронического пиелонефрита
 - Д. для волчаночного нефрита
244. Для нефротического синдрома не характерно:
- А. протеинурия
 - В. отеки
 - С. гипопротеинемия
 - Д. артериальная гипертензия
245. Показания к гемодиализу:
- А. больные старческого и детского возраста
 - В. неконтролируемая гипертензия
 - С. клубочковая фильтрация 50-60 мл в мин
 - Д. клубочковая фильтрация меньше 15-20 мл/мин
246. Наиболее частый возбудитель инфекции мочевыводящих путей:
- А. кишечная палочка
 - В. анаэробная инфекция
 - С. протей
 - Д. энтеробактерии
247. Осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы при ХПН:
- А. гипертензия систолическая
 - В. НК, перикардит, гипертензия
 - С. аритмии, пороки
 - Д. перикардит, инфаркт миокарда
248. Осложнения нефротического синдрома:

- А. гиповолемический шок
 - В. периферические флеботромбозы
 - С. отек мозга, отслойка сетчатки, гиповолемический шок
 - Д. инфекционные осложнения
249. Абсолютное противопоказание к трансплантации почек:
- А. воспалительный процесс
 - В. внепочечные осложнения
 - С. необратимое поражение почек
 - Д. сенсбилизация к тканям донора**
250. Невозбудимость Атипическим пневмония
- А. хламидия
 - Б. микоплазма
 - С. легионелла
 - Д. пневмококк
251. Изменения на ЭКГ при атриовентрикулярной блокаде II степени, Мобитц I:
- А. постепенное удлинение PQ
 - В. разобщение зубца P и QRS
 - С. PQ больше 0,20 с., PQ=QRS
 - Д. интермитирующее выпадение QRS
252. Назовите признаки неполной внутрипредсердной блокады:
- А. зубец P > 0.11 сек.
 - В. P-Q > 0.20 сек.
 - С. деформация QRS
 - Д. расширение зубца P
253. Какие из антиангинальных препаратов противопоказаны при AV блокадах:
- А. карвалол
 - В. нитросорбид
 - С. нитроглицерин
 - Д. биспролол
254. При миокардите Абрамова-Фидлера наблюдается:
- А. артериальная гипертензия
 - В. почечная недостаточность
 - С. нарушения ритма и проводимости
 - Д. гипертрофия левого желудочка
255. Основные клинические проявления миокардита:
- А. тахикардия
 - В. артериальная гипертензия
 - С. систолический шум на аорте
 - Д. миалгия
256. Характерные объективные изменения при ХСН II Б:
- А. гепатомегалия
 - В. нормальные размеры сердца
 - С. отёки
 - Д. увеличение селезёнки
257. Укажите принципы ведения больных с НЦД:
- А. нормированный режим труда и отдыха
 - В. периодический приём нитратов
 - С. приём седативных препаратов
 - Д. приём сердечных гликозидов
258. Назовите заболевания с которыми необходимо дифференцировать НЦД:
- А. миокардиты
 - В. врожденные пороки сердца

- С. ИБС
D. кардиомиопатия
259. К селективным бетта-адреноблокаторам относятся:
A. метопролол
B. бисопролол
C. пропранолол
D. анаприлин
260. Устранение каких главных факторов риска необходимо для борьбы с АГ:
A. ожирение
B. повышенные физические нагрузки
C. закаливание организма
D. курение
261. Укажите противопоказания к назначению верапамила и дилтиазема:
A. синусовая тахикардия
B. синдром слабости синусового узла
C. выраженная брадикардия
D. экстрасистолия желудочков
262. Субъективные признаки пневмосклероза:
A. одышка
B. кашель с мокротой
C. сухой кашель
D. выраженный диффузный цианоз
263. Укажите основные параметры спирометрии:
A. объем форсированного выдоха дыхания
B. объем вдоха дыхания
C. диффузионные свойства газа в легких
D. ИМТ
264. Этиологические факторы пневмосклероза:
A. пневмокониозы различного генеза
B. эхинококкоз легких
C. абсцесс легких
D. ХОБЛ
265. К признакам бруцеллезного артрита относят:
A. увеличение лимфатических узлов
B. лимфопения
C. деформация сустава
D. волнообразная лихорадка
266. Укажите большие критерии ревматической лихорадки:
A. хорея, кольцевидная эритема
B. артралгия, лихорадка
C. абдоминальный синдром, удлинение интервала PQ
D. кардит, артрит
267. Назовите лекарственные средства, применяемые при ревматической лихорадке:
A. диклофенак натрия
B. сульфасалазин
C. метотрексат
D. пенициллин
268. Назовите клетки костной ткани:
A. остеокласты
B. клетки Купфера
C. остеобласты
D. фибробласты

269. Перечислите патоморфологические виды остеопороза:
- A. трабекулярный
 - B. генетический
 - C. резорбционный
 - D. кортикальный
270. Рак толстого кишечника чаще встречается:
- A. у взрослых и наследственно предрасположенных людей
 - B. у больных с колитами, полипами кишечника и хроническими запорами
 - C. у больных хроническим гепатитом
 - D. возраст и болезнь не имеют значения
271. Методы определения рака толстого кишечника:
- A. ирригоскопия, колоноскопия
 - B. ОАМ, УЗИ
 - C. определение в крови креатинина и мочевины
 - D. ОАК, МРТ, КТ
272. Профилактика рака кишечника у группы риска больных старше 40 лет:
- A. проводить обследование при появлении симптомов
 - B. осмотр гастроэнтеролога и проктолога 1 раз в 3 года
 - C. каждый год проводить ОАК и анализ кала на скрытую кровь
 - D. каждый месяц проводить анализ кала на скрытую кровь
273. Характер изменения температуры при системной красной волчанке:
- A. антимикробные лекарственные средства не эффективны
 - B. антимикробные лекарственные средства эффективны
 - C. ГКС и НПВС не эффективны
 - D. ГКС и НПВС эффективны
274. Характерная температурная кривая для брюшного тифа:
- A. ремиттирующая (трапециевидная, типа Вундерлиха)
 - B. интермиттирующая
 - C. волнообразная (Боткин)
 - D. постоянная
275. Первичный инфекционный эндокардит характеризуется:
- A. развивается на неизмененных клапанах
 - B. развивается на измененных клапанах
 - C. отсутствием осложнений
 - D. ранним развитием осложнений
276. Характер лихорадки при подостром течении инфекционного эндокардита:
- A. короткая антибактериальная терапия не эффективна
 - B. температура гектического типа
 - C. короткая антибактериальная терапия эффективна
 - D. температуры разного типа
277. Рекомендации больным с хроническим пиелонефритом:
- A. постельный режим
 - B. малое потребление жидкости
 - C. диета № 7: без солевая
 - D. продолжительное лечение уроантисептиками
278. Клинические симптомы характерные для хронического пиелонефрита:
- A. распространённые отёки
 - B. интоксикация
 - C. боль в пояснице и дизурия
 - D. повышение сахара в крови
279. Какие препараты наиболее предпочтительны для лечения хр. пиелонефрита
- A. nitroksolini

- B. almageli
 - C. geparini
 - D. furadonini
280. Основные пути распространения инфекции при пиелонефрите
- A. гематогенный
 - B. контактный
 - C. восходящий
 - D. лимфогенный
281. Какие исследования относятся к категории 3.1:
- A. липидный спектр
 - B. определение глюкозы крови
 - C. общий анализ мочи
 - D. коагулограмма
282. Какие исследования относятся к категории 3.2:
- A. рентгенография органов грудной клетки
 - B. общий анализ мочи
 - C. ЭхоКГ
 - D. офтальмоскопия
283. Укажите характеристику: боли в грудной клетке при стабильной стенокардии напряжения:
- A. длится до нескольких часов
 - B. длится 2-15 мин
 - C. купируется нитроглицерином
 - D. усиливается при перемене положения тела
284. К модифицируемым факторам риска развития ишемической болезни сердца относятся:
- A. сахарный диабет
 - B. возраст
 - C. пол
 - D. артериальная гипертензия
285. Приступы стенокардии возникают при:
- A. уменьшение артериального давления;
 - B. напряжение стенки левого желудочка
 - C. уменьшение коронарного кровотока
 - D. уменьшение ЧСС.
286. Какие признаки характерны для стабильной стенокардии в отличие от миокардитов:
- A. возникновение болей на фоне физической нагрузки, после еды
 - B. постоянные ноющие боли
 - C. длительность боли до 10-15 мин
 - D. повышение температуры тела
287. На ожирение указывает индекс массы тела:
- A. 25,9 кг/м²
 - B. 35,6 кг/м²
 - C. 30,9 кг/м²
 - D. 20,9 кг/м²
288. Какие признаки характерны для сердечной астмы в отличие от бронхиальной астмы:
- A. снижение ОФВ
 - B. сухие свистящие хрипы
 - C. положение ортопноэ
 - D. влажные мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах легких с обеих сторон
289. Укажите факторы риска ХОБЛ:
- A. курение

- В. дефицит альфа1-антитрипсина
 - С. экзема
 - Д. крапивница
290. Выберите показания для госпитализации больных ИБС:
- А. вазоспастическая стенокардия
 - В. стабильная стенокардия напряжения ФКП
 - С. стабильная стенокардия напряжения ФКІ
 - Д. впервые возникшая стенокардия
291. Выберите заболевания при которых чаще может развиваться мерцательная аритмия:
- А. митральным стенозом ІІІ ст
 - В. миокардиодистрофия
 - С. тиреотоксикоз
 - Д. анемия
292. Выберите тактику ВОП при подозрении на острый инфаркт миокарда:
- А. ввести спазмолитики и проводить наблюдение
 - В. аспирин и антитромбоцитарные препараты
 - С. срочная госпитализация по скорой помощи
 - Д. направить больного самостоятельно в стационар
293. Укажите заболевания при которых может возникнуть пароксизмальная суправентрикулярная тахикардия
- А. при синдроме преждевременного возбуждения желудочков
 - В. у больных с хроническим бронхитом вне обострения
 - С. у больных с ОРЗ
 - Д. при ИБС
294. Выберите тактику ВОП при приступе пароксизмальной суправентрикулярной тахикардии на догоспитальном этапе:
- А. внутривенное введение верапамила (изоптина)
 - В. сублингвальный прием нитроглицерина
 - С. внутривенное введение лидокаина
 - Д. рефлекторные вагусные пробы
295. Неотложную помощь при отеке легких у больного острым инфарктом миокарда в поликлинике или СВП:
- А. внутривенное введение мочегонных, купирование болевого синдрома
 - В. назначение бронхолитиков
 - С. назначение сердечных гликозидов
 - Д. аспирин + плавикс
296. Тактика ВОП при пароксизмальной желудочковой тахикардии в условиях поликлиники:
- А. внутривенное введение лидокаина
 - В. внутривенное введение сердечных гликозидов
 - С. госпитализация не обязательная
 - Д. купирование приступа и амбулаторное лечение
297. ЭКГ — признаки желудочковой пароксизмальной тахикардии:
- А. обычный комплекс QRS
 - В. деформированный зубец Р
 - С. уширенный и деформированный желудочковый комплекс QRS
 - Д. отсутствие зубца Р перед комплексом QRS
298. ЭКГ — признаки наджелудочковой пароксизмальной тахикардии:
- А. нормальный комплекс QRS
 - В. разные расстояния между R-R
 - С. равные расстояния между R-R
 - Д. деформированный уширенный комплекс QRS

299. План обследования больного в поликлинике при выявлении артериальной гипертензии включает:
- A. глазное дно
 - B. ЭКГ
 - C. холтеровское мониторирование ЭКГ
 - D. анализ мочи по Нечипоренко
300. Укажите реанимационные мероприятия при клинической смерти на догоспитальном этапе:
- A. непрямой массаж сердца, дыхание «рот в рот»
 - B. внутривенное введение преднизалона
 - C. подкожно раствор норадреналина
 - D. дефибрилляция
301. Для установления риска артериальной гипертензии необходимо учесть:
- A. поражение органов мишеней
 - B. наличие тиреотоксикоза
 - C. степень повышения АД
 - D. наличие отеков на нижних конечностях
302. Показания для госпитализации больных с артериальной гипертензией:
- A. сердечная недостаточность
 - B. наличие единичной желудочковой экстрасистолии
 - C. по желанию больного
 - D. осложненный гипертонический криз
303. План обследования больного с ИБС включает:
- A. липиды крови
 - B. офтальмоскопия
 - C. ЭКГ
 - D. проба Реберга
304. Рекомендации по здоровому образу жизни включают:
- A. занятия физкультурой
 - B. рациональное питание
 - C. употребление соли до 10 гр
 - D. увеличение в рационе углеводов
305. Для диагностики ХОБЛ в условиях поликлиники/СВП необходимо:
- A. общий анализ крови
 - B. пикфлоуметрия
 - C. спирография
 - D. рентгенография органов грудной клетки
306. План обследования больного с подозрением на ревматоидный артрит включает:
- A. определение АСЛ-О
 - B. рентген исследование суставов
 - C. определение ревматоидного фактора
 - D. определение HLA- B27
307. Для купирования приступа бронхиальной астмы можно использовать:
- A. сердечные гликозиды
 - B. интал
 - C. внутривенное введение эуфиллина
 - D. глюкокортикоидов
308. Для обследования больного с бронхообструктивным синдромом в условиях поликлиники проводится:
- A. общий анализ крови
 - B. бак. посев мокроты
 - C. бронхоскопия
 - D. пикфлоуметрия

309. Показания для госпитализации больных РА:
- А. активность III степени с прогрессированием висцеральных проявлений РА
 - В. синдром Фелти
 - С. минимальная степень активности РА
 - Д. для проведения плановой базисной терапии
310. Выраженная протеинурия может быть при:
- А. амилоидозе почек
 - В. нефротическом синдроме любой этиологии
 - С. пиелонефрите
 - Д. остеоартрозе
311. Для подагры характерны:
- А. артрит I плюснефалангового сустава
 - В. болят чаще женщины
 - С. наличие тофусов
 - Д. полиартрит
312. Для хронического гломерулонефрита в анализах мочи характерны следующие изменения:
- А. протеинурия
 - В. высокий удельный вес мочи
 - С. гематурия
 - Д. пиурия
313. Для хронического пиелонефрита без проявлений ХПН в анализах мочи характерны следующие изменения:
- А. лейкоцитурия
 - В. только снижение плотности мочи (удельного веса)
 - С. бактериурия
 - Е. только гематурия
314. План обследования больных при подозрении на хронический гепатит в условиях поликлиники/СВП:
- А. анализ крови на билирубин
 - В. щелочную фосфатазу
 - С. АЛТ
 - Д. общий белок, фракции
315. Большими критериями диагностики ревматической болезни являются:
- А. полиартрит
 - В. кардит
 - С. лихорадка
 - Д. арталгии
316. К нестабильной стенокардии относится:
- А. впервые возникшая стенокардия
 - В. стабильная стенокардия III ФК
 - С. ранняя постинфарктная стенокардия
 - Д. стабильная стенокардия I ФК
317. Лечение стабильной стенокардии включает:
- А. бета-блокаторы
 - В. антикоагулянты
 - С. статины
 - Д. тромболитики
318. К острому коронарному синдрому относят:
- А. нестабильную стенокардию
 - В. инфаркт миокарда
 - С. стабильную стенокардию
 - Д. атеросклероз

319. Укажите поражение органов-мишеней характерное для III стадии гипертонической болезни:
- A. стенокардия
 - B. инсульт
 - C. аритмии
 - D. атеросклеротические бляшки
320. Базисная терапия бронхиальной астмы включает:
- A. бета-блокаторы
 - B. антибиотики
 - C. глюкокортикостероиды
 - D. бета-2 – агонисты
321. Клиническими симптомами ХОБЛ являются:
- A. кашель с выделением мокроты
 - B. приступы удушья
 - C. одышка
 - D. кровохарканье
322. Медикаментозная терапия хронической сердечной недостаточности включает:
- A. ингибиторы АПФ
 - B. диуретики
 - C. антагонисты кальция
 - D. нитраты
323. Выберите состояния при которых наблюдается синусовая тахикардия:
- A. гипертиреоз
 - B. гиперкалиемия
 - C. лихорадка
 - D. гиперкальциемия
324. Определите главные этиологические факторы язвенной болезни
- A. курение
 - B. острый и хронический стресс
 - C. наследственность
 - D. снижение секреции иммуноглобулина А
325. Назовите признаки перехода хронического гепатита в цирроз печени
- A. желтуха
 - B. расширение вен пищевода
 - C. появление геморроидальных узлов
 - D. гепатомегалия
326. Укажите главные этиологические факторы хронического панкреатита
- A. желчнокаменная болезнь
 - B. нервный стресс
 - C. алкоголизм
 - D. гиподинамия
327. Укажите основные характеристики болевого синдрома при хроническом панкреатите
- A. боль носит опоясывающий характер
 - B. болевой синдром выражен слабо, неотчетливо;
 - C. боль точечного характера
 - D. болевой синдром сопровождается рвотой
328. Назовите основные симптомы в диагностике хронического панкреатита
- A. болезненность в точке Дежардена
 - B. положительный симптом Василенко
 - C. положительный симптом Попова
 - D. положительный симптом Грота
329. Какие из приведенных жалоб больных наиболее характерны для патологии поджелудочной железы:

- А. снижение аппетита
 - В. запоры
 - С. боли опоясывающего характера
 - Д. горечь во рту
330. Укажите препараты, преимущественно холекинетического действия:
- А. аллохол
 - В. холензим
 - С. но-шпа
 - Д. атропин
331. Какие препараты являются гепатопротекторами:
- А. эссенциале
 - В. но-шпа
 - С. карсил
 - Д. Д-пенициламин
332. Какие из предлагаемых лабораторно-инструментальных показателей характерны для синдрома гиперспленизма:
- А. анемия
 - В. эритроцитоз
 - С. лейкоцитоз
 - Д. лейкопения
333. Назовите основные признаки синдрома холестаза:
- А. брадикардия
 - В. гипертензия
 - С. зуд кожи
 - Д. тахикардия
334. Для грыжи пищеводного отверстия диафрагмы характерны:
- А. боли за грудиной или в эпигастрии, при изменении положения тела
 - В. отрыжка воздухом, пищей
 - С. рвота с примесью крови
 - Д. ахалазия кардии
335. Укажите виды консультирования
- А. недирективное
 - В. обязательное
 - С. выборочное
 - Д. директивное
336. Личностные качества врача, которые могут затруднять общение с пациентом:
- А. заботливость
 - В. некомпетентность
 - С. неприятные манеры
 - Д. ответственность
337. Для ранней диагностики заболеваний применяют:
- А. профосмотры
 - В. вакцинация
 - С. скрининг
 - Д. отчетный анализ
338. К группе β_2 -агонистов относятся:
- А. сальбутамол
 - В. теофиллин
 - С. беротек
 - Д. беклометазон
339. Какие препараты обладают антихеликобактерным эффектом:
- А. гастрофарм, солкосерил

- В. метронидазол, ампициллин
 - С. де-нол (коллоидный субцитрат висмута)
 - Д.сукральфат (вентер, андапсин)
- 340.Медикаментозная терапия хронического пиелонефрита включает:
- А. антибиотики
 - В. антикоагулянты
 - С. глюкокортикостероиды
 - Д. уросептики
- 341.К болезням-притворщикам относят:
- А. ИБС
 - В. артериальная гипертония
 - С. депрессию
 - Д. сахарный диабет
- 342.К мероприятиям первичной профилактики относят:
- А. пропаганду здорового образа жизни
 - В. вакцинацию
 - С. скрининг
 - Д. профосмотры
- 343.Противопоказаниями к авиаперелетам являются:
- А. эпилепсия (при неэффективности лечения)
 - В. язвенная болезнь
 - С. опухоль мозга
 - Д. беременность 20 недель
- 344.Дорожный медицинский набор включает следующие инструменты и материалы:
- А. пластырь
 - В. книги
 - С. бинты
 - Д. зеркало
- 345.Укажите внешние помехи общению врач-пациент:
- А. неудобная кушетка
 - В. отсутствие опыта у врача
 - С. шум
 - Д.инвалидность
- 346.Невербальное общение включает:
- А. языковой барьер
 - В. жесты
 - С. ритм разговора
 - Д.нарушения речи
- 347.К этическим дилеммам относятся:
- А. прерывание беременности
 - В. эвтаназия
 - С. соблюдение врачебной тайны
 - Д. депрессия
- 348.Укажите состояния, при которых основным симптомом является головная боль:
- А. артериальная гипертония
 - В. мигрень
 - С.синдром Меньера
 - Д. синдром Пиквика
- 349.Бронхиальную астму необходимо дифференцировать с:
- А.сердечной астмой
 - В. пневмонией
 - С. ХОБЛ

D. гриппом

350. Укажите оптимальные антигипертензивные препараты при сопутствующей бронхиальной астме:

A. дилтиазем

B. амлодипин

C. бисопролол

D. метопролол

351. Отметить заболевания, входящие в группу серонегативных спондилоартритов

A. болезнь Бехтерева

B. острая ревматическая лихорадка

C. синдром Рейтера

D. болезнь Лайма

352. Проводимость атрио-вентрикулярного узла улучшается:

A. при введении алулента

B. при повышении активности САС

C. введением кордарона

D. при введении верапамила

353. Клиническими проявлениями полной АВ блокады являются:

A. частые тахикардии

B. обмороки и головокружения

C. удлинение комплекса QRS

D. выраженная тахикардия

354. Состояния сопровождающиеся АВ блокадой

A. остро возникшая брадикардия

B. экстрасистолия желудочков

C. синдром Фредерика

D. синдром Пиквика

355. Улучшение работы сердца при сердечной недостаточности достигается:

A. усилением сократимости миокарда

B. увеличением ЧСС

C. повышением легочной гипертензии

D. облегчением сердечного выброса

356. В отличие от признаков, наблюдаемых при хронической патологии легких, для сердечной недостаточности характерно:

A. холодные конечности

B. диффузный цианоз

C. теплые конечности

D. высокий показатель гемоглобина

357. Спровоцировать сердечную недостаточность из-за задержки жидкости или снижения сократимости миокарда могут:

A. β -адреноблокаторы

B. верошпирон

C. фуросемид

D. сердечные гликозиды

358. Каким из перечисленных средств Вы отдадите предпочтение при лечении гипертонического криза?

A. клофелин

B. коринфард ретард

C. папаверин

D. но-шпа

359. Резкая отмена бета-адреноблокаторов может привести к:

A. повышению АД

В. бронхоспазму

С. брадикардии

Д. гипотонии

360.К блокатором рецепторов ангиотензина II относят:

А. вальсартан

В. берлиприл

С. эналаприл

Д. капотен

361. Укажите принципы лечения больных с миокардиодистрофиями:

А. лечение основного заболевания

В. хирургическое лечение

С. гипотензивная терапия

Д. препараты раувольфия

362. Укажите изменения на ЭКГ при миокардите:

А. инверсия зубца Т

В. уменьшение интервала Р-Q

С. патологический зубец QS

Д. глубокий Q зубец

363. Клинические проявления миокардиодистрофии при гипотиреозе:

А. снижение основного обмена

В. влажность ладоней

С. потливость

Д. раздражительность

364. Определите этиологические факторы бронхиальной астмы:

А. аллергены

В. алкоголь

С. гиподинамия

Д. повышенное питание

365. Субъективные признаки бронхиальной астмы:

А. чувство нехватки воздуха

В. артериальная гипотония

С. сердцебиение

Д. выраженная инспираторная одышка

366. Укажите причины обструкции при бронхиальной астме:

А. гиперсекреция слизи

В. ларингоспазм

С. воспаление миндалин

Д. повышение проницаемости стенки альвеолы

367. Укажите характерные признаки гонорейного артрита:

А. летучая артралгия

В. летучий артрит

С. субфебрильная лихорадка

Д. поражение мелких суставов кисти

368. Определите характерные признаки дизентерийного артрита:

А. поражение почти всех суставов

В. деструкция костей

С. летучий артрит

Д. деформация суставов

369. Укажите клинические симптомы псориатического артрита:

А. наличие псориаза у больных

В. летучая боль

С. лихорадка

- D. отсутствуют кожные изменения
370. Классическая клиническая триада остеопороза включает:
- A. изменение осанки и деформация скелета
 - B. остеомиелит
 - C. похудание
 - D. боли в суставах
371. Укажите гормоны влияющие на резорбцию костных тканей
- A. кальцитонин
 - B. прогестерон
 - C. СТГ
 - D. ФСГ
372. Назовите виды первичного остеопороза
- A. ювенильный
 - B. постменопаузальный
 - C. дисгормональный
 - D. алиментарный
373. Профилактика рака толстого кишечника:
- A. своевременное лечение колитов, полипов
 - B. включение в рацион больше фруктов и овощей
 - C. употребление больше жирных и жареных блюд
 - D. употребление слабительных средств
374. Укажите клинические формы синдрома раздраженной кишки:
- A. с диареей
 - B. с запорами
 - C. с непроходимостью кишечника
 - D. с упорной рвотой
375. Причины запоров у пожилых:
- A. менопауза
 - B. гипертиреоз
 - C. гиперкалиемия
 - D. гипермагниемия
376. Наиболее частые причины неинфекционных лихорадок:
- A. системные заболевания
 - B. бруцеллез
 - C. сепсис
 - D. онкологические заболевания
377. Характер температуры при онкологических заболеваниях:
- A. длительная – продолжающаяся 1 месяц и больше
 - B. сопровождающаяся потерей аппетита, слабостью и похудением
 - C. быстро проходящее повышение температуры
 - D. сопровождающаяся ожирением
378. Температура при инфекционном эндокардите не повышается?
- A. при первичном эндокардите
 - B. при печеночной недостаточности
 - C. у пожилых
 - D. у молодых
379. Дифференциальная диагностика пиелонефрита с гломерулонефритом:
- A. лейкоцитурия
 - B. протеинурия больше 1гр на литр
 - C. цилиндриурия
 - D. макрогематурия
380. Клиническая стадия хронического пиелонефрита:

- A. активное воспаление
- B. острое течение
- C. подострое течение
- D. молниеносное течение

381. Признаки острого пиелонефрита:

- A. дизурические явления
- B. кашель и мокрота
- C. на фоне острой инфекции
- D. боли в эпигастрии