

СИБИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

КАФЕДРА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ
ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ»**

ТОМСК-2002

Методические рекомендации составлены сотрудниками кафедры внутренних болезней педиатрического факультета СГМУ под редакцией проф. Л.И. Волковой.

Рецензенты : проф. Бодрова Т.Н., проф. Тетенов Ф.Ф.

РЕЦЕНЗИЯ

«Сборник методических рекомендаций для самостоятельной работы студентов», составленный сотрудниками кафедры внутренних болезней педиатрического факультета под редакцией проф. Л.И. Волковой, является полезным и удобным пособием для самоподготовки студентов к практическим занятиям по терапии. По каждой теме даётся мотивация к её изучению, современное определение изучаемых заболеваний, четко формулируется цель занятия и определяется, что конкретно студент должен знать и уметь в результате изучения темы. Указывается, где и в какой форме будет проходить занятие, определяется круг вопросов, которые должны быть изучены и уяснены студентами. Заканчивается изложение каждой темы списком литературы, рекомендованной для самостоятельной работы. Методические рекомендации, представленные в таком виде, нацеливают студентов на четкую и последовательную подготовку к практическим занятиям по терапии.

Рекомендован к изданию и практическому использованию на кафедре внутренних болезней медицинского университета

**СИБИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА**

«Утверждаю»:
Проректор по учебной работе
СГМУ, профессор
_____ А.М.Венгеровский

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ»**

(под редакцией)

профессора Л.И.Волковой

Томск-2002

УДК: 616.1/.4(075.8)

ББК: Р41

М 545 (авторский знак)

Методические указания для самостоятельной работы студентов по дисциплине «внутренние болезни» составлены сотрудниками кафедры внутренних болезней педиатрического факультета СГМУ под редакцией проф. Л.И. Волковой.

Рецензенты: проф. Бодрова Т.Н., проф. Тетенев Ф.Ф.

АННОТАЦИЯ

Методические указания для самостоятельной работы студентов по дисциплине «внутренние болезни», составленные сотрудниками кафедры внутренних болезней педиатрического факультета под редакцией проф. Л.И. Волковой, являются полезным и удобным пособием для самоподготовки студентов к практическим занятиям по терапии. По каждой теме даётся мотивация к её изучению, современное определение изучаемых заболеваний, четко формулируется цель занятия и определяется, что конкретно студент должен знать и уметь в результате изучения темы. Указывается, где и в какой форме будет проходить занятие, определяется круг вопросов, которые должны быть изучены и уяснены студентами. Заканчивается изложение каждой темы списком литературы, рекомендованной для самостоятельной работы. Методические рекомендации, представленные в таком виде, нацеливают студентов на четкую и последовательную подготовку к практическим занятиям по терапии.

Рекомендован к изданию и практическому использованию на кафедре внутренних болезней медицинского университета.

Авторы, составители (если более 4-х)

Степень к.м.н., доцент

к.м.н., доцент

к.м.н., доцент

ассистент

ассистент

ассистент

ассистент

Е.В.Немеров

Т.Г.Мельник

Н.А.Животягина

М.А.Балаганская

В.В.Боярко

А.Н.Шпатова

Т.Ю.Мамонова

© Сибирский государственный медицинский университет, 2002

последний лист

Выходные данные:

Методические указания для самостоятельной работы студентов по дисциплине «внутренние болезни»
под редакцией профессора Л.И.Волковой

к.м.н., доцент

к.м.н., доцент

к.м.н., доцент

ассистент

ассистент

ассистент

ассистент

Е.В.Немеров

Т.Г.Мельник

Н.А.Животягина

М.А.Балаганская

В.В.Боярко

А.Н.Шпатова

Т.Ю.Мамонова

Методические пособия для самостоятельной работы студентов

Корректор И.А. Зеленская

Отпечатано в лаборатории оперативной полиграфии СГМУ
Заказ № Тиражэкз.

IV курс

Тема: Бронхиальная астма

Мотивация: Бронхиальная астма (БА) является одним из наиболее распространенных хронических заболеваний, которому подвержены люди всех возрастных групп. Эпидемиологические исследования последних лет свидетельствуют о том, что 5-10% населения стран мира страдают бронхиальной астмой различной степени выраженности. Несвоевременная диагностика и лечение, ведут к прогрессированию заболевания, развитию осложнений, что ухудшает качество жизни, ведет к ранней инвалидизации, сокращает сроки жизни, увеличивает экономическое бремя астмы. Поэтому вопросы профилактики, эффективного лечения и повышения качества жизни больных БА являются актуальными для большинства стран мира, в том числе и России.

Определение бронхиальной астмы см ниже.

Цель занятия: изучить этиологию, патогенез, современную концепцию БА, усвоить вопросы клиники, диагностики и лечебные мероприятия неотложной и патогенетической терапии БА.

Студент должен иметь представление:

1. о распространенности БА среди других заболеваний легких;
2. о бронхопровокационных пробах для диагностики гиперреактивности дыхательных путей;
3. о современных методах иммунологической диагностики при данной патологии (аллергологические пробы, иммунологические показатели)

Студент должен знать:

1. Сущность БА, ее этиологию и патогенез, современную концепцию данной болезни
2. Клинику бронхиальной астмы, ее осложнений.
3. Основные критерии дифференциации бронхиальной и сердечной астмы, БА и обструктивного бронхита
4. Объем и значение основных параклинических методов исследований, необходимых для верификации диагноза и оценки функционального состояния легких.
5. Лечебные мероприятия при приступе БА и неотложную терапию при разных стадиях астматического статуса.
6. Принципы современной патогенетической терапии БА и препараты для симптоматической и базисной терапии.

Студент должен уметь:

1. Целенаправленно собирать жалобы, аллергологический анамнез.
2. Грамотно проводить физикальное обследование легких и составить план необходимых параклинических обследований.
3. Интерпретировать результаты дополнительных исследований
4. Правильно формулировать полный диагноз БА и назначить лечение.

Согласно современным представлениям, **бронхиальная астма** - заболевание, в основе которого лежит хроническое воспаление дыхательных путей, в котором принимают участие тучные клетки, эозинофилы, Т - лимфоциты, сопровождающееся обратимой бронхиальной обструкцией, изменением чувствительности бронхов и проявляющееся приступами удушья, астматическим статусом или, при отсутствии таковых симптомами дыхательного дискомфорта, приступообразным кашлем.

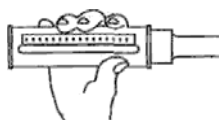
Течение и прогноз бронхиальной астмы могут быть значительно улучшены при ее своевременной диагностике, постоянном мониторинге тяжести, регулярном последовательном лечении, включающем составление плана лечения, изоляцию от факторов риска, которые вызывают ее

обострение путем стимуляции воспаления или провоцирования бронхоспазма или того и другого. Огромное значение имеет образование больных, позволяющее установить партнерские отношения между ними и врачом, осуществляющим их наблюдение и лечение. Все это позволяет эффективно контролировать течение болезни.

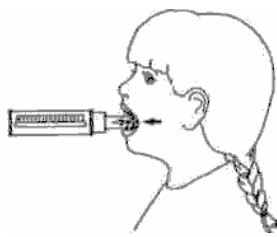
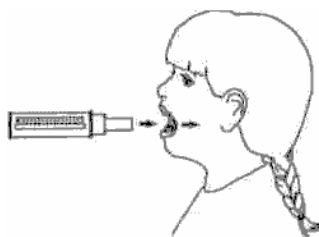
Клиническая диагностика астмы базируется на выявлении таких симптомов, как эпизодически возникающая экспираторная одышка, свистящие хрипы, чувство сдавления в груди, кашель, наличие которых выявляется у больного путем активного расспроса. При расспросе необходимо выяснить частоту повторяемости симптомов, их связь с аллергенами, физической нагрузкой, вирусной инфекцией. Очень важно собрать аллергологический анамнез, оценить наличие у больного атопии, о чем свидетельствуют имеющиеся у больного аллергологический ринит, дерматит, лекарственная и пищевая аллергия. Следует иметь в виду, что у больных с легким течением болезни физикальные изменения со стороны легких и в частности признаки бронхиальной обструкции могут отсутствовать в межприступный период, что ни в коей мере не исключает наличие астмы.

Исследование показателей функции внешнего дыхания позволяет оценить степень нарушения вентиляционной способности легких и наличие обструкции бронхов. Эти исследования являются обязательными. Наибольшее практическое значение для диагностики бронхиальной обструкции имеет определение ОФВ₁ и пиковой скорости выдоха [ПСВ], измеренной с помощью пикфлоуметра.

Методика пикфлоуметрии



1. Пациент должен стоять и держать пикфлоуметр горизонтально. Необходимо убедиться, что бегунок находится на нулевой отметке шкалы.
2. Пациент должен глубоко вдохнуть, обхватить губами мундштук и выдохнуть в него как можно быстрее.



3. Отметьте результат. Дважды повторите стадии 1-3. Выберите наилучший из трех результатов и отметьте его в дневнике самонаблюдения. Сравните полученные данные с должными.

Очень важно оценить степень обратимости обструкции, для чего используется тест с бронхолитиком, который также может проводиться с помощью пикфлоуметра участковым врачом.

Проба с бронхолитиком проводится следующим образом.

1. Измеряется исходное значение ПСВ [ПСВ₁]
2. Проводится ингаляция β - 2 агониста [сальбутамол, беротек в дозе 200 мкг]
3. Через 15 минут повторно измеряется ПСВ [ПСВ₂]

4. Рассчитывается коэффициент обратимости [КО] бронхиальной обструкции по формуле : $КО = [ПСВ2 - ПСВ1] / ПСВ1 \times 100 \%$

Критерии степени обратимости бронхиальной обструкции /Чучалин А.Г. с соавт., 1997 г./

Значительная	- КО >25 %
Умеренная	- КО 15 - 24 %
Незначительная	- КО 10 - 14 %

Отрицательная реакция - КО < 10 %

Положительный тест с бронхолитиком является значимым для диагностики астмы, но отрицательный результат ее не исключает. Он зависит от стадии и степени тяжести болезни и в дальнейшем должен повторяться, т.к. он может оказаться положительным на фоне проводимой терапии либо при обострении болезни.

Важным диагностическим критерием астмы является гиперреактивность бронхов, которая оценивается путем проведения провокационных бронхоконстриктивных тестов с использованием гистамина или метахолина, что чаще требуется в экспертных - например, при обследовании призывников, и научных целях. Проводить их могут только подготовленные специалисты, в Томске эти пробы проводятся в отделении функциональной диагностики клиник СГМУ. В повседневной практике терапевта и пульмонолога наиболее простым методом оценки гиперреактивности бронхов является пикфлоуметрический мониторинг ПСВ и расчет показателя суточной вариабельности ПСВ (ВПСВ). Для этого ПСВ измеряется пациентом в утренние часы (сразу после сна до приема бронхолитика) и вечером перед сном. ВПСВ рассчитывается по формуле:

$$ВПСВ = (ПСВ веч. - ПСВ утр.) / 0.5 (ПСВ веч - ПСВ утр) \times 100 \%$$

Суточные колебания ПСВ более, чем на 20 % (ВПСВ > 20 %) являются диагностическим критерием астмы и величина ВПСВ характеризует степень тяжести болезни (GINA,1995). Пикфлоуметрию рекомендуется проводить на протяжении 1-2 недель, т.к. суточные колебания ПСВ могут достигать 20 % значения не каждый день. В этом случае ВПСВ рассчитывается не за один день, а учитываются наибольшие и наименьшие значения ПСВ в течении измеряемого времени и расчет делается по следующей формуле:

$$ВПСВ = (ПСВ_{наибольшая} - ПСВ_{наименьшая}) / ПСВ_{наибольшая} \times 100 \%$$

За диагностически значимую также принимается величина ВПСВ > 20 %. Данная методика определения ВПСВ является более чувствительной.

Аллергологическое обследование должно проводиться во всех случаях подозрения на бронхиальную астму и в первую очередь у лиц молодого возраста., среди которых атопическая форма бронхиальной астмы встречается в 76 % случаев [Черняк Б.А.].

Для лечения бронхиальной астмы применяется два вида лекарств: препараты для неотложной помощи, которые действуют быстро, купируя симптомы или приступ и препараты, для профилактики приступов, которые составляют базисную терапию этого заболевания.

Симптоматическое лечение. Препараты неотложной помощи (для купирования приступа).

β -2 агонисты короткого действия

Орципреналин	алупент, астмопент
сальбутамол	сальбен (отеч.), вентолин, вентолин небулы, вентолин легкое дыхание, вентодиски, сальбутамол, волмакс, саламол

тербуталин бриканил, бриканил турбухалер

фенотерол беротек, беротек Н

Передозировка β -2 агонистов, возможно, повышает риск смерти при астме, поэтому пациенты должны быть предупреждены о том, что следует принимать минимальные дозы этих препаратов, для контроля симптомов и только в случае необходимости.

Антихолинергические препараты

ипратропиум бромид (используется как альтернатива при непереносимости β -2 агонистов) **атровент**

Комбинированные препараты

Беродуал (атровент + фенотерол), комбивент (сальбутамол+атровент), дитек (кромогликат Na+беротек), интал + (кромогликат Na+ сальбутамол).
Способ введения – ингаляционный.

Сальбутамол и беродуал представлены, кроме индивидуальных ингаляторов, в виде растворов для небулайзертерапии.
Способ введения - ингаляционный.

Метилксантины короткого действия

Эуфиллин, теофиллин.
Способ введения – пероральный либо парентеральный.

Системные кортикостероиды

Способ введения - парентеральный или пероральный.

Базисная терапия. Препараты для контроля за астмой.

Стабилизаторы мембран тучных клеток.

недокромил натрия тайлед, тайлед-минт

хромогликат натрия интал, хромогексал, хромоглин, хромолин, кропоз, талеум

Способ введения - ингаляционный

Ингаляционные кортикостероиды

будесонид бенакорт (отеч.), будесонит-митте (-форте), пульмикорт

беклометазона дипропионат	альдецин, беклазон, бекломет, бекломет-изихейлер, беклофорте, бекотид, бекодиски,
триамциналон	азмакорт
флунизолид	ингакорт
флутиказон	фликсотид

Способ введения – ингаляционный.

Системные кортикостероиды

Способ назначения – пероральный.

β-2 агонисты длительного действия

Ингаляционные

сальметерол	сальметер, серевент
формотерол	оксис-турбухалер, форадил

Пероральные

сальбутамол	вольмакс, сальтос (отеч.)
-------------	---------------------------

Теofilлины длительного действия

Вентакс, дуофиллин, ретафил, спофиллин-ретард, теодур, теопек (отеч.), теостат, теотард, зуфилонг.

Антагонисты лейкотриеновых рецепторов

дакликсимаб	зенапакс
зафирлукаст	аколат
монтелукаст	сингуляр

Антагонисты лейкотриенов

Применение пролонгированных β-2 агонистов рекомендовано на 3 и 4 ступенях лечения.

Теofilлины рекомендуется использовать в лечении астмы наряду с высокими дозами ингаляционных стероидов на IV ступени и как вариант для некоторых пациентов, которым рекомендовано лечение по III ступени.

Существуют данные, что антагонисты лейкотриеновых рецепторов и ингибиторы их синтеза обладают спектром положительных фармакологических воздействий, однако прежде чем будут даны четкие рекомендации по их применению, необходима дальнейшая оценка их эффективности.

I ступень

Непостоянное использование бронходилататоров. Допустимо использовать β_2 -агонисты короткого действия "по потребности". Если необходимо принимать препарат чаще, чем раз в сутки, переходите ко II ступени. При смене ступени лечения убедитесь, что пациент действительно принимал препарат, а также в том, что устройство для ингаляции исправно.

Регулярное использование противовоспалительных препаратов.

Ингаляционные β_2 -агонисты короткого действия "по потребности" беклометазон или будесонид в дозе 100 - 400 мкг дважды в день или флутиказон в дозе 50 - 200 мкг два раза в день. В качестве альтернативы можно принимать кромогликат или недокромил-натрий, но при отсутствии контроля необходимо начать прием ингаляционных стероидов

низкие дозы ингаляционных стероидов плюс β_2 -агонисты пролонгированного действия. Ингаляционные β_2 -агонисты короткого действия "по потребности" плюс бекламетазон или будесонид в дозе до 800 - 2000 мкг в день или флутиказон 400 - 1000 мкг ежедневно через спейсер большого объема или бекламетазон или будесонид в дозе 100 - 400 мкг дважды в день или флутиказон 50 - 100 мкг дважды в день плюс сальметерол 50 мкг дважды в день. У тех пациентов у которых отмечены побочные реакции в ответ на прием высоких доз ингаляционных стероидов добавить к медикаментозной терапии на II ступени пролонгированные β_2 -агонисты

Результаты лечения на I - III ступени: контроль астмы

- Хронические симптомы, включая ночные, минимальны (в идеале отсутствуют).
- Минимальные (редкие) обострения.
- Минимальная необходимость в использовании бронходилататоров.
- Отсутствие ограничения активности, включая физические упражнения.
- Циркадные изменения ПСВ менее 20%.
- ПСВ 80% и более от должного или лучшего.
- Минимальные проявления (отсутствие) нежелательных эффектов при приеме препаратов

II ст

Место проведения занятия: разбор больного проводится в палате, обсуждение в учебной комнате.

Содержание занятия:

1. Клинический разбор больного (доклад куратора, объективное обследование больного в палате).
2. Формулировка предварительного диагноза и дифференциальная диагностика с синдромосходными заболеваниями.
3. Трактовка лабораторных и специальных методов исследования.
4. Формулировка окончательного диагноза и верификация его.
5. Обсуждение методов лечения и профилактики.

Самостоятельная работа

Внеаудиторная _____ 4 _____

Вопросы для самостоятельной подготовки:

1. Определение сущности БА как самостоятельного заболевания
2. Этиология и патогенез БА.
3. Современная классификация БА. Основные клиничко-патогенетические варианты
4. Клиника БА, ее осложнений (спонтанный пневмоторакс, асфиксия, астматический статус)
5. Основные критерии дифференциации БА с синдромосходными заболеваниями (обструктивный бронхит, гастроэзофагеальный рефлюкс, сердечная астма и др.)
6. Основные параклинические методы исследования, необходимые для верификации диагноза и оценки функционального состояния легких.
7. Лечебные мероприятия при приступе БА и неотложная терапия при разных стадиях астматического статуса.
8. Основные методы патогенетической терапии БА.
9. Ступенчатый подход к длительному лечению астмы.

Литература:

Основная:

- 1) Внутренние болезни: Учебник /Под ред. Ф.И. Комарова – М, :Медицина, 1990.
- 2) Астматический статус. Методическая разработка для врачей, интернов, студентов подготовленная кафедрой внутренних болезней педфак-та.
- 3) Схема диагностики и лечения больных бронхиальной астмой на

амбулаторном этапе. Методические рекомендации, предназначенные для врачей, ординаторов, интернов, студентов, подготовленная кафедрой внутренних болезней пед. фак-та., 2000 г.

4) Лекции

Дополнительная:

- 1) 616.В24 4-81 Чучалин А.Г. Бронхиальная астма. М., 1997 г.
- 2) Адо А.А. Общая аллергология. М., 1978.
- 3) Адо А.А. Частная аллергология. М., 1976.
- 4) 616.В2 Руководство по пульмонологии под ред. Путова Н.В., Федосеева Г.Б., Л., 1985.

Методическую разработку подготовила асс. Балаганская М.А.

Тема: Острые и хронические бронхиты, эмфизема легких, вентиляционная и дыхательная недостаточность. (разбор больных)

Мотивация.

Хронический бронхит – диффузное, обычно прогрессирующее поражение бронхиального дерева, обусловленное длительным раздражением воздухоносных путей различными вредными агентами, характеризующееся перестройкой секреторного аппарата слизистой оболочки, развитием воспалительного процесса и склеротических изменений в более глубоких слоях бронхиальных стенок, сопровождающееся гиперсекрецией слизи, нарушением очистительной функции бронхов, что проявляется постоянно или периодически возникающим кашлем с отделением мокроты, а при поражении мелких бронхов – одышкой.

В течение последнего десятилетия отмечен резкий рост распространенности неспецифических заболеваний легких (НЗЛ), которые, по прогнозам специалистов, будут занимать одно из ведущих мест по заболеваемости и смертности, В группе НЗЛ бронхиты являются самыми распространенными заболеваниями и одной из существенных причин временной утраты трудоспособности и инвалидности. Коварство этой болезни состоит в том, что незаметно начинаясь в молодом возрасте, она приводит к формированию в самый трудоспособный и активный период жизни вентиляционной и дыхательной недостаточности и легочного сердца.

Цель занятия:

В результате изучения темы студенты должны:

иметь представление:

* О месте бронхитов в структуре заболевания легких; о современных методах диагностики бронхо-легочной патологии и связанных с ней синдромов (бронхоскопия с биопсией, компьютерная томография, торакоскопия).

знать:

1. Сущность терминов “хронические неспецифические заболевания легких”, “хронические обструктивные заболевания легких”;
2. Сущность острого бронхита, его этиологию, особенности клинических проявлений в зависимости от уровня поражения бронхиального дерева (трахеобронхит, бронхиолит), дифференциальный диагноз с ОР-ВИ, пневмонией, лечение;
3. Сущность, этиологию, патогенез, клинику хронического бронхита и его осложнений;
4. Сущность синдромов: эмфизема, вентиляционная и дыхательная недостаточность, хроническое легочное сердце; их клинические симптомы
5. Основные методы исследования функционального состояния легких;
6. Объем и значение основных параклинических методов исследования, необходимых для верификации диагноза хронического бронхита и его осложнений и оценки функционального состояния легких при данной патологии;
7. Лечение обострений хронического бронхита, а также его осложнений.

владеть умением:

1. Грамотного и последовательного обследования больного с подозрением на заболевание бронхов, а также с наличием синдромов: вентиляционной и дыхательной недостаточности и хронического легочного синдрома;
2. Правильно обосновать и сформулировать диагноз бронхита;
3. Использования портативных приборов для исследования функций внешнего дыхания (спирометр, пневмотахометр, пикфлоуметр)
4. Интерпретации данных рентгенологического исследования легких;
5. Интерпретация функционального исследования легких;
6. Выбрать оптимальные методы терапии для конкретного больного.

Место проведения занятия:

учебная комната кафедры, палаты

Содержание занятия:

1. Клинический разбор больных
2. Обсуждение и трактовка параклинических данных, формирование диагноза, дифференциальный диагноз.
3. Обсуждение методов лечения и профилактики бронхов.

Самостоятельная работа студентов

Внеаудиторная - 4 часа

Вопросы для самостоятельной работы:

1. Представление об остром бронхите. Этиология. Классификация.
2. Морфологические и клинические особенности острого бронхита в зависимости от уровня поражения бронхов и характера воспалительного процесса.
3. Лечение острого бронхита.
4. Современное представление о сущности хронических бронхитов. Понятие о ХОБЛ.
5. Особенности этиологии и патогенеза.
6. Клиническая картина хронического бронхита. Особенности клиники в зависимости от формы, стадии, фазы процесса.
7. Критерии обострения бронхиальной инфекции.
8. Диагноз и дифференциальный диагноз хронического бронхита.
9. Понятие об эмфиземе легких, пневмофиброзе, их клиническая картина и критерии диагноза.
10. Осложнения хронического бронхита (вентиляционная и дыхательная недостаточность, бронхоэктазы, легочное сердце).
11. Этиотропная терапия хронического бронхита в стадии обострения
12. Патогенетическая и симптоматическая терапия.
13. Физиотерапевтическое лечение и лечебная гимнастика.
14. Диспансеризация, профилактика.

Литература для самоподготовки:**Основная:**

1. Внутренние болезни. Учебник под ред. Ф.И. Комарова, Г.В. Кукеса, А.С. Сметнева. М., 1991
2. Б.И. Шулуток Внутренние болезни. Лекции для врачей и студентов. Спб., 1994
3. Болезни органов дыхания: Руководство для врачей / ред. Н.П. Палеева - М., :Медицина - 1989 г., Т. 1, 1990, Т2,3.
4. Диагностика и лечение внутренних болезней. Рук-во для врачей в 3 т. Ред. Ф.И. Комаров, М., 1991
5. Лекции

Дополнительная:

1. Руководство по клинической физиологии дыхания / Под ред. Л.Л. Шика, Н.Н. Канаева - Л., 1980
2. Внутренние болезни. В 10 книгах. Книга 6. Пер. с англ./ Под ред. Е. Браунвальда и др. - М.: Медицина, 1995

Методическую разработку подготовил доцент Е.В. Немеров

Тема: ПНЕВМОНИИ (разбор больных)

Мотивация:

Воспалительные заболевания легких являются одними из самых распространенных среди всех возрастных групп и занимают 1 место в структуре причин нетрудоспособности. Наиболее актуальными среди них остаются пневмонии (П) в связи с отсутствием тенденции к снижению частоты их возникновения.

Пневмония – острое инфекционное заболевание, преимущественно бактериальной этиологии, характеризующееся очаговым поражением респираторных отделов легких, наличием внутриальвеолярной экссудации, выявляемой при физикальном и \ или инструментальном исследовании, выраженными в различной степени лихорадочной реакцией и интоксикацией.

Цель занятия:

1. Научиться правильной методике обследования больных пневмонией
2. Овладеть знаниями принципов диагностики пневмонии. Научиться правильно трактовать клинические, параклинические показатели, необходимые для верификации диагноза, в том числе и этиологического.
3. Овладеть знаниями принципов лечения пневмоний.

Студенты должны знать:

1. Сущность понятия – пневмония, современную классификацию.
2. Морфологические и клинические проявления крупозной и бронхо-пневмонии.
3. Особенности клинической картины пневмонии в зависимости от ее этиологии.
4. Осложнения и исходы заболевания.
5. Методы исследования больных П и дифференциальный диагноз с синдромосходными заболеваниями.
6. Этапы этиологической диагностики П и методы верификации этого диагноза.
7. Принципы этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии П.

Должны уметь:

1. Обследовать больного с пневмонией, составить план необходимых параклинических исследований.
2. Правильно интерпретировать результаты дополнительных исследований, в том числе микробиологических.
3. Правильно формулировать диагноз П.
4. Назначить правильное лечение П, в том числе этиотропное.

Место проведения: в палате у постели больного, в учебной комнате.

Содержание занятия:

1. Клинический разбор больного (доклад куратора, осмотр больного в палате).
2. Обсуждение и трактовка параклинических данных и формулировка диагноза (в т.ч. этиологического) и дифференциальная диагностика.
3. Обсуждение методов лечения и профилактики.

Самостоятельная работа:

- Внеаудиторная – 2 часа

Вопросы для самоподготовки:

1. Сущность П.
2. Патогенез, этиология, классификация П.
3. Отличие крупозной от бронхопневмонии.
4. Клинико-рентгенологические особенности разных этиологических форм бактериальных пневмоний (пневмококковой, стрептококковой, стафилококковой, фридлендеровской, пневмоний, вызванных грамотрицательными энтеробактериями).
5. Клинико-рентгенологические особенности микоплазменных, хламидийных, легионеллезной пневмонии.
6. Осложнения и исходы заболевания.
7. Дифференциальный диагноз с синдромосходными заболеваниями.
8. Этапы этиологической диагностики П и методы верификации этого диагноза.
9. Принципы этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии П.

Рекомендуемая литература для самоподготовки:**Основная:**

1. “Внутренние болезни” под ред. В.И. Комарова с соавт., 1990.
2. Руководство по пульмонологии под ред. Н.В. Путова, Г.Б. Федосеева, 1984, с. 146-163.
3. Стукс И.Ю. “Этиологическая диагностика и этиотропная терапия острых пневмоний”, 1980.
4. Лекции по внутренним болезням.
5. Внутренние болезни в вопросах и задачах. Учебное пособие. Томск. 2000.

Дополнительная:

1. “Острая пневмония” В.П. Сильвестров, П.И. Федотов, 1987, 616.В-2.
2. Агеева Т.С., Штейнгардт Ю.Н., Зарипова Т.Н. “Двухэтапное лечение острых пневмоний”, 1991.
3. Руководство “Болезни органов дыхания” под ред. Н.В. Путова, 1989.

Методическую разработку
подготовила асс. Боярко В.В.

Тема: ПЛЕВРИТЫ (разбор больных)

Мотивация: Плеврит представляет собой воспаление плевральных листков, сопровождающееся выпотеванием в плевральную полость экссудата. Плеврит чаще не является самостоятельным заболеванием, а представляет собой патологическое состояние, осложняющее течение тех или иных процессов в легких, средостении, диафрагме, или же проявление системных заболеваний. Несмотря на вторичность почти всех воспалительных и реактивных процессов в плевре, последние отличаются своеобразием клинических проявлений, нередко определяют особенности течения и тяжесть основного заболевания и в ряде случаев требуют принятия специальных лечебных мер. Это оправдывает отдельное рассмотрение плевритов среди других заболеваний органов дыхания.

Цель занятия: изучить этиологию, патогенез, усвоить вопросы клиники, диагностики и лечебные мероприятия при плевритах

Студент должен иметь представление:

- о современных методах диагностики патологии плевры при наличии плевральных выпотов, применяемых в специализированных лечебных учреждениях (закрытая и открытая биопсия плевры, фибриоптическая торокоскопия)

Студент должен знать:

- синдромное значение термина "плеврит" и основные заболевания, при которых он имеет место
- клинику фибринозного и экссудативного плеврита
- основные критерии дифференциации трансудата и экссудата
- объем и значение основных параклинических методов исследований, необходимых для верификации синдрома скопления жидкости в плевре и диагноза основных заболеваний, синдромом которых может быть плеврит
- характер лечебных мероприятий при экссудативном плеврите, неотложные показания для плевральной пункции

Студент должен уметь:

1. Грамотно проводить сбор жалоб, анамнеза и объективное исследование
2. Правильно интерпретировать анализы крови, данные рентгенологического исследования легких и анализ плевральной жидкости
3. Правильно формулировать диагноз экссудативного плеврита
4. Правильно назначить лечение данной патологии

Место проведения занятия: разбор больного проводится в палате, обсуждение в учебной комнате.

Содержание занятия:

1. Клинический разбор больных (доклад куратора, объективное обследование больного в палате).
2. Формулировка предварительного диагноза и дифференциальная диагностика с синдромосходными заболеваниями.
3. Трактовка лабораторных и специальных методов исследования.
4. Формулировка окончательного диагноза и верификация его.
5. Обсуждение методов лечения и профилактики.

Самостоятельная работа

Внеаудиторная 2

Вопросы для самостоятельной подготовки:

1. Синдромное значение термина "плеврит" и основные заболевания, при которых он имеет место
2. Этиология и патогенез плеврита
3. Классификация плевритов
4. Клиника фибринозного и экссудативного плеврита
5. Основные критерии дифференциации трансудата и экссудата
6. Основные параклинические методы исследования, необходимые для верификации плеврита и заболевания, синдромом которого он является
7. Лечение экссудативного плеврита, неотложные показания для плевральной пункции
8. Прогноз заболевания

Литература:

Основная:

1. «Внутренние болезни», учебник \ Под ред. Ф.И. Комарова – М., Медицина, 1990.

2. Лекции

Дополнительная:

1. Болезни органов дыхания: Руководство для врачей /Под ред. Н.Р.Палеева М.:Медицина – 1989, Т2; 1990. Т3.
2. Диагностика и лечение внутренних болезней: Руководство для врачей в 3 томах. Под ред. Ф.И.Комарова. Т2 – М.:Медицина, 1991.
3. Внутренние болезни. В 10 книгах. Книга 6:Пер. с англ. \Под ред. Е.Браунвальда и др. – М.:Медицина – 1995..
4. Фомина А.С. Плевриты. - Л.: Медицина. - 1977.

Методическую разработку подготовила асс. Балаганская М.А.

Тема: НАГНОИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ (разбор больных)

Мотивация:

Абсцесс и гангрена легких – тяжелые нагноительные процессы, протекающие с выраженной интоксикацией, сопровождающиеся некрозом и расплавлением легочной ткани с образованием полостей. Острый абсцесс отличается от гангрены легкого тенденцией к ограничению очага некроза. Бронхоэктатическая болезнь – приобретенное (в ряде случаев врожденное) заболевание, характеризующееся хроническим нагноительным процессом в необратимо измененных (расширенных, деформированных) и функционально неполноценных бронхах, преимущественно в нижних отделах. Среди больных с нагноительными заболеваниями преобладают мужчины, прогноз при инфекционных деструкциях легких представляется достаточно серьезным. Летальность среди контингентов, попадающих в специализированные стационары, составляет от 5 до 15%, а при гангрене легких - до 40% и даже выше. Поэтому вопросы диагностики, эффективного лечения, профилактики, являются актуальными для их изучения.

Цель занятия:

изучить этиологию, патогенез, усвоить вопросы клиники, диагностики и лечебные мероприятия при нагноительных заболеваниях

(абсцесс легких, гангрена легких, бронхоэктатическая болезнь)

Студент должен иметь представление:

- о распространенности нагноительных заболеваний легких среди лиц молодого возраста
- о месте нагноительных заболеваний легких в структуре воспалительных легочных болезней

Студент должен знать:

- сущность синдрома наличия полости в легком, его клиническую характеристику
- сущность нагноительных заболеваний легких (абсцесс легких, гангрена легких, бронхоэктатическая болезнь), их клинические проявления в зависимости от стадии, этиологию и патогенез
- основные критерии дифференциации легочных нагноений между собой, с туберкулезной каверной, полостной формой рака легких
- объем и значение основных параклинических методов исследований, необходимых для верификации диагноза
- характер лечебных мероприятий при нагноительных заболеваниях легких исходы и осложнения при данных заболеваниях

Студент должен уметь:

1. Грамотно проводить сбор жалоб, анамнеза и объективное исследование (перкуссия и аускультация легких)
2. Интерпретации анализов крови, мокроты, данных рентгенологического исследования легких и бронхологического обследования
3. Правильно формулировать диагноз нагноительного заболевания легких
4. Правильно назначить лечение данной патологии

Место проведения занятия:

разбор больного проводится в палате,

обсуждение в учебной комнате.

Содержание занятия:

1. Клинический разбор больных (доклад куратора, объективное обследование больного в палате).
2. Формулировка предварительного диагноза и дифференциальная диагностика с синдромосходными заболеваниями.
3. Трактовка лабораторных и специальных методов исследования.
4. Формулировка окончательного диагноза и верификация его.
5. Обсуждение методов лечения и профилактики.

Самостоятельная работа

Внеаудиторная 2

Вопросы для самостоятельной подготовки:

1. Сущность нагноительных заболеваний легких (абсцесс легких, гангрена легких, бронхоэктатическая болезнь)
2. Сущность синдрома наличия полости в легком, его клиническая характеристика
3. Этиология и патогенез нагноительных заболеваний
4. Классификация абсцесса легких, гангрены легких, бронхоэктатической болезни.
5. Клинические проявления нагноительных заболеваний легких (абсцесс легких, гангрена легких, бронхоэктатическая болезнь) в зависимости от стадии
6. Основные критерии дифференциации легочных нагноений между собой, с туберкулезной каверной, полостной формой рака легких
7. Основные параклинические методы исследования, необходимые для верификации данных заболеваний
8. Характер лечебных мероприятий при нагноительных заболеваниях легких
9. Исходы и осложнения при данных заболеваниях

Литература:

Основная:

1. «Внутренние болезни», учебник \ Под ред. Ф.И. Комарова – М., Медицина, 1990.

Дополнительная:

1. Болезни органов дыхания: Руководство для врачей /Под ред. Н.Р.Палеева – М.:Медицина – 1989, Т2; 1990. Т3.
2. Диагностика и лечение внутренних болезней: Руководство для врачей в 3 томах. Под ред. Ф.И.Комарова. Т2 – М.:Медицина, 1991.
3. Внутренние болезни. В 10 книгах. Книга 6:Пер. с англ. \Под ред. Е.Браунвальда, и др. – М, .:Медицина – 1995.
4. Федоров Б.Н., Валь-Энштейн Г.Л. Абсцессы легких. – М.:Медицина, 1976.
5. Фомина А.С. Плевриты. - Л.: Медицина. - 1977.

Методическую разработку подготовила асс. Балаганская М.А.

Тема: Неотложные состояния при патологии легких. Неотложная помощь.(разбор больных)

Мотивация.

Необходимость знания неотложных состояний в пульмонологии не требует особой аргументации, так как такие осложнения, как острая дыхательная недостаточность, легочное кровотечение, спонтанный пневмоторакс, ТЭЛА и др. определяют тяжесть течения и исход заболевания и являются частой причиной внезапной смерти.

Цель занятия.

В результате изучения темы студент должен

Иметь представление:

- о современных методах диагностики (сцинтиграфия легких, определение газов крови) и лечения (ИВЛ, коррекция кислотно-щелочного баланса) при нижеуказанных неотложных состояниях при патологии легких.

Знать:

1. Основные неотложные состояния при патологии легких, требующие неотложной лечебной помощи
 - острая дыхательная недостаточность (ОДН);
 - астматический статус (АС);
 - некардиогенный отек легких;
 - тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА);
 - легочное кровотечение;
 - пневмоторакс.
2. Этиологию, основные звенья патогенеза, клинику указанных выше неотложных состояний.
3. Основные методы обследования больных для верификации этих состояний.

4. Дифференциальный диагноз с синдромосходными состояниями.
5. Объем неотложных терапевтических мероприятий при указанных выше состояниях.

Владеть умениями:

- методикой обследования больного для диагностики неотложных состояний, перечисленных выше;
- регистрацией и интерпретацией ЭКГ (для диагностики ТЭЛА и исключения острого инфаркта миокарда);
- оценки других инструментальных и лабораторных данных дополнительного обследования, необходимых для диагностики указанных неотложных состояний
 - методикой выполнения плевральной пункции.
- оказанием неотложной терапевтической помощи:

Место проведения занятия – учебная комната, палаты, приемный покой горбольницы .

Содержание занятия:

1. Клинический разбор больных с неотложными состояниями при патологии легких.
2. Обсуждение и трактовка параклинических данных, формулировка диагноза основного заболевания,, дифференциальный диагноз с синдромосходными состояниями.
3. Обсуждение объема неотложных мероприятий.
4. Решение ситуационных задач.

Самостоятельная работа

Внеаудиторная - 2 часа

Вопросы для самостоятельной работы студентов.

1. Сущность понятия «острая дыхательная недостаточность» (ОДН), ее формы. Этиология и патогенез ОДН.
2. Клиника и диагностика ОДН.
3. Общие принципы и методы интенсивной терапии ОДН.
4. Сущность астматического состояния (АС) при бронхиальной астме. Факторы, способствующие развитию АС. Классификация АС.
5. Клиника АС и его диагностика.
6. Принципы интенсивной терапии и реанимационные мероприятия при АС.
7. Сущность некардиогенного отека легких. Его этиология и патогенез.
8. Клиника и диагностика некардиогенного отека легких.
9. Принципы лечения некардиогенного отека легких.
10. Сущность тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА). Причины и патогенез.
11. Клиника и диагностика ТЭЛА.
12. Принципы интенсивной терапии ТЭЛА, профилактика.
13. Основные причины легочного кровотечения.
14. Клиника и диагностика легочного кровотечения.
15. Принципы интенсивной терапии легочного кровотечения.
16. Сущность пневмоторакса, этиология и патогенез.
17. Клиника, тактика врача-терапевта при пневмотораксе.

Литература для самоподготовки студентов

Основная:

1. «Внутренние болезни» под ред. Ф.И. Комарова с соавт., М., Медицина, 1990.
2. Неотложные состояния и экстренная медицинская помощь: Справочник /под ред. Е.И. Чазова. – М.: Медицина, 1990.
3. Мельник Т.Г., Волкова Л.И. Астматический статус. Метод. указ. для студ., врачей-интернов, ординаторов. Томск, 2001.

Дополнительная:

1. Савельев В.С., Яблоков Е.Г., Кириенко А.И. Тромбоэмболия легочных артерий. М.: Медицина, 1979.
2. Сан С.А. Неотложные состояния в пульмонологии: Пер. с англ. – М., : Медицина, 1986.
3. Мартынов А.А. Диагностика и терапия неотложных состояний в клинике внутренних болезней. М.: Медицина, 1996.

Методическую разработку подготовила доцент Мельник Т.Г.

Тема: БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ (семинар)

Пневмонии (П), острый и хронический бронхиты (ОБ, ХБ) являются весьма распространенными заболеваниями, встречающимися среди всех возрастных групп населения. Несмотря на современные возможности

антибактериальной терапии, отсутствует даже тенденция к снижению частоты их возникновения. Хронический бронхит – это хронический рецидивирующий кашель с выделением мокроты, в течение 3 месяцев в году, 2 года, который нельзя связать с другими заболеваниями (по ВОЗ).

Хронический бронхит – диффузное, обычно прогрессирующее поражение бронхиального дерева, обусловленное длительным раздражением воздухоносных путей различными вредными агентами, характеризующееся перестройкой секреторного аппарата слизистой оболочки, развитием воспалительного процесса и склеротических изменений в более глубоких слоях бронхиальных стенок, сопровождающееся гиперсекрецией слизи, нарушением очистительной функции бронхов, что проявляется постоянно или периодически возникающим кашлем с отделением мокроты, а при поражении мелких бронхов – одышкой

Цели занятия:

- **иметь представление:**
 - о распространенности заболеваний легких среди всех заболеваний внутренних органов;
 - об удельном весе острых и хронических бронхитов и пневмоний среди других бронхолегочных заболеваний;
 - о значении серологических методов в диагностике этиологии П;
- **Знать и уметь использовать:**
 - сущность, клинико-морфологические варианты П, их патогенез;
 - современные взгляды на этиологию П;
 - классификацию П;
 - клинико-рентгенологические особенности различных этиологических форм П;
 - дифференциальную диагностику П;
 - принципы этиотропной и патогенетической терапии П;
 - диагностическую и лечебную тактику врача при подозрении на П;
 - диспансеризацию больных, перенесших пневмонию;
 - сущность, морфологические и клинические особенности острого бронхита в зависимости от уровня поражения бронхов и характера воспалительного процесса;
 - этиологию острого бронхита;
 - лечение и профилактику острого бронхита;
 - сущность и морфологические признаки хронического бронхита;
 - этиологию и патогенез хронического бронхита;
 - клиническую картину хронического бронхита, особенности клиники обструктивного бронхита, критерии обострения бронхиальной инфекции;
 - осложнения хронического бронхита;
 - дифференциальный диагноз хронического бронхита;
 - особенности этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии хронического бронхита;
 - диспансеризацию больных хроническим бронхитом.

Принципы антибактериальной терапии

Вид занятия: Семинар.

Место проведения семинара: учебная комната.

Содержание занятия:

1. Острый и хронический бронхит (опрос).
2. Пневмонии (опрос).
3. Принципы антибактериальной терапии (опрос).

Самостоятельная работа:

- внеаудиторная – 2

Вопросы для самостоятельной подготовки:

1. Современное представление об этиологии и патогенезе ОБ.
2. Клиника и исходы ОБ.
3. Сущность, этиология и патогенез ХБ.
4. Дифференциальный диагноз ХБ с синдромосходной патологией.
5. Принципы диагностики ОБ и ХБ.
6. Лечение и профилактика ОБ и ХБ.
7. Современное представление об этиологии ОП.
8. Классификация П.
9. Значение бактериологических, серологических, аллергологических методов исследования в диагностике этиологии пневмоний.
10. Морфологические и клинико-рентгенологические особенности паренхиматозных пневмоний, интерстициальных пневмоний.
11. Клинико-рентгенологические особенности разных этиологических форм бактериальных пневмоний, в том числе атипичных.
12. Дифференциальная диагностика П с экссудативным плевритом.
13. Принципы этиотропной терапии П.
14. Этиотропная антибактериальная терапия разных этиологических форм бактериальных пневмоний.

15. Терапия микоплазменных, легионеллезной, гриппозных пневмоний.
16. Патогенетическая и симптоматическая терапия П.
17. Общие принципы рациональной антибактериальной терапии.

Рекомендуемая литература для самоподготовки:

Основная:

1. Внутренние болезни: Учебник \ Под ред. Ф.И.Комарова – М.: Медицина. – 1990.
2. Внутренние болезни \ Под ред. Б.И.Шулутко – Л., 1991, С- ПБ, 1994.
3. Лекции по внутренним болезням.
4. Внутренние болезни в вопросах и задачах. Учебное пособие. Томск. 2000.

Дополнительная:

1. Болезни органов дыхания: Руководство для врачей \Под ред. Н.Р.Палеева. – М.: Медицина – 1989, Т2, 1990. Т3.
2. Диагностика и лечение внутренних болезней: Руководство для врачей. В 3 томах. Под общей редакцией Ф.И.Комарова. Т2 – М.: Медицина, 1991.
3. Внутренние болезни. В 10 книгах. Книга 6: Пер. в англ. \Под ред. Е.Браунвальда. К.Дж. Исеельбахера, Р.П.Петерсдорфа и др. – М.: Медицина – 1995.
4. Стукс И.Ю. “Этиологическая диагностика и этиотропная терапия острых пневмоний”, 1980.
5. Агеева Т.С., Штейнгардт Ю.Н., Зарипова Т.Н. “Двухэтапное лечение острых пневмоний”, 1991.

Методическую разработку
подготовила асс. Боярко В.В.

Тема : Профессиональные заболевания. (Разбор больных).

Мотивация.

Профпатология –клиническая дисциплина, охватывающая болезни, развитие которых обусловлено воздействием неблагоприятных профессиональных факторов

Необходимость изучения профессиональных заболеваний диктуется тем, что некоторые из них встречаются в практике терапевта достаточно часто, требуют навыков дифференциальной диагностики с симптомосходными заболеваниями непрофессионального характера; тем, что история болезни и экспертиза профессиональных заболеваний имеет ряд существенных особенностей по сравнению с другими внутренними болезнями.

Цель занятия.

В результате изучения темы студент должен

Иметь представление:

- о сущности и распространенности профессиональных болезней;
- о региональных особенностях профпатологии в городе Томске и Томской области
- о профессиональных отравлениях

Знать:

1. Структуру и классификацию профессиональных заболеваний.
2. Отличительные особенности профзаболеваний от прочих соматических болезней. Особенности курации, истории болезни профбольных.
3. Основные профессиональные заболевания, встречающиеся в практике врача-терапевта: пневмокониозы, пылевые бронхит и бронхиальную астму, вибрационную болезнь
2. Группы риска, этиологию, основные звенья патогенеза, клинику и лечение указанных выше профзаболеваний.
3. Основные методы обследования больных для верификации этих заболеваний.
4. Дифференциальный диагноз с синдромосходными внутренними болезнями непрофессионального характера
5. Врачебно-трудовая экспертиза перечисленных профболезней.

Владеть умениями:

- клинического обследования больного для диагностики профессиональных болезней, перечисленных выше;
- составления «профессионального маршрута» больных с профпатологией;
- оценки инструментальных и лабораторных данных, необходимых для диагностики профзаболеваний.

Место проведения занятия – профцентр ОКБ (приемный покой, палаты, поликлинический кабинет профпатолога, учебная комната).

Содержание занятия:

1. Клинический разбор больных с профессиональными болезнями (вибрационная болезнь, пылевой бронхит или бронхиальная астма, и др)..
2. Обсуждение и трактовка параклинических данных, формулировка диагноза, дифференциальный диагноз.
3. Обсуждение вопросов врачебно-трудовой экспертизы и трудовых рекомендаций.

Самостоятельная работа

Внеаудиторная - 2 часа

Вопросы для самостоятельной работы студентов.

1. Сущность понятия «профпатология»
2. Классификация, структура и распространенность профессиональных болезней
3. Региональные особенности профпатологии по г.Томску и области
4. Особенности истории болезни профбольных
5. Пневмокониозы, патогенетическая сущность, классификация, особенности клиники и параклиники различных пневмокониозов, дифдиагностика,
6. Пылевые бронхит и бронхиальная астма
7. Вибрационная болезнь, профессии риска, разновидности и их клинические особенности, инструментальная, рентгенологическая диагностика, дифференциальный диагноз.
8. Понятие о «новых» профболезнях: сотовой, компьютерной, интернет- и др. болезнях.
9. Врачебно-трудовая экспертиза профессиональных болезней.
10. Льготы профбольным в соответствии с современным законодательством.

Литература для самоподготовки студентов

Основная:

1. В.Г.Артамонова, Н.Н.Шаталов Профессиональные болезни, М.1986
2. Н.Н. Шаталов, В.Г.Артамонова Руководство к практическим занятиям по профессиональным болезням, М.,1991.
3. Болезни органов дыхания. Рук-во для врачей в 4 томах. Т.3. /под ред. П.Р.Палева. – М.:Медицина, 1990.
4. Лекции.

Дополнительная:

1. Профессиональные болезни под ред. Е.М.Тареева, А.А.Безродных, М.,Мед.,1990
2. А.П.Карапата, А.М.Шевченко . Профессиональные пылевые болезни легких, Киев, Здоровье, 1991.

Методическую разработку подготовила доцент Животягина Н.А..

Тема: Хронические гепатиты (разбор больных)

Мотивация.

Сохраняется тенденция к возрастанию распространенности хронических заболеваний печени, среди которых доминирующее положение занимают хронические гепатиты. Это объясняется рядом обстоятельств: повсеместное увеличение заболеваемости острыми вирусными гепатитами, увеличение потребления алкоголя, наркомания, бесконтрольное применение медикаментов и применение продуктов химической природы как в быту, так и на производстве.

В результате большого прогресса в вирусологии и иммунологии произошла замена существовавшей более 25 лет классификации диффузных болезней печени, основанной на морфологических подходах. В настоящее время большое значение придается выявлению этиологии болезни, где наибольший удельный вес занимают гепатотропные вирусы; совершенствованию методов этиотропной (преимущественно противовирусной) терапии.

Многие термины, прочно занявшие место в учебниках, устарели и подлежат замене (такие, как, например, “персистирующий гепатит”).

Хронический гепатит – это воспалительный процесс в печени, продолжающийся более 6 месяцев

Цель занятия:

В результате изучения темы студенты должны:

иметь представление:

о месте хронических гепатитов и циррозов среди других заболеваний печени, и современных методах диагностики патологии печени (биопсия, ангиография, УЗИ, сканирование, компьютерная томография).

знать:

1. ведущие клинические синдромы поражения печени (гепатомегалия, спленомегалия, клинико-лабораторные характеристики, свидетельствующие о нарушении функции печени);
2. сущность хронических гепатитов (ХГ), их этиологию и патогенез, клинические проявления, дифференциальный диагноз, исходы и осложнения;
3. современную классификацию ХГ;
4. объем и значение основных параклинических методов исследования, необходимых для верификации диагноза и оценки функционального состояния печени;
5. принципы современной терапии ХГ, характер лечебных мероприятий при различных формах данной патологии, профилактику, диспансеризацию.

владеть умением:

1. грамотного и последовательного обследования больного с подозрением на заболевание печени;
2. выделить ведущие клинические синдромы и составить план необходимых параклинических исследований у конкретного больного;
3. интерпретации биохимических (билирубин, трансаминазы, щелочная фосфатаза, иммунологических анализов крови, мочи (желчные пигменты));
4. правильно обосновать и сформулировать диагноз ХГ;
5. выбрать оптимальные методы терапии конкретного больного ХГ

Место проведения занятия:

учебная комната кафедры, палаты.

Содержание занятия:

- 1 Осмотр больных
2. Обсуждение и трактовка параклинических данных, формирование диагноза, дифференциальный диагноз
3. Обсуждение методов лечения и профилактики хронических гепатитов.

Самостоятельная работа студентов

Внеаудиторная - 2 часа

Вопросы для самостоятельной работы:

1. Современная классификация хронических гепатитов. Основные их формы.
2. Определение сущности ХГ, их патоморфологическая и патогенетическая экспертиза.
3. Современные представления об этиологии ХГ.
4. Современные представления о патогенезе ХГ. Роль иммунных нарушений и аутоагрессии. Механизм поражения печени.
5. Клиника ХГ. Печеночные и внепеченочные симптомы. Варианты начала болезни и ее течения. Признаки активности ХГ. Исходы.
6. Современные методы диагностики, значения пункционной биопсии печени, радионуклидных, вирусологических, иммунологических методов исследования.
7. Принципы диагностики, лечения и диспансеризации ХГ.
8. Клинико-морфологическая характеристика хронического вирусного гепатита. Принципы лечения.
9. Особенности клиники и течения хронического аутоиммунного гепатита, принципы лечения.

10. . Патогенез,ХГГ. Холестаз, его роль в развитии ХХГ и механизм повреждения гепатоцитов. Клинико-морфологическая характеристика хронического холестатического гепатита (ХГГ). Принципы лечения
12. Алкогольные ХГ. . Клинико-морфологическая характеристика Принципы лечения

Литература для самоподготовки:

Основная:

1. Внутренние болезни: Учебник / Под ред. Ф.И. Комарова - М.Медицина, 1990.
2. внутренние болезни / под ред. Б.И. Шулуто - С.П.б., 1994.
3. Диагностика и лечение внутренних болезней / Руководство для врачей. В 3-х томах. Под общей ред. Ф.И. Комарова. Т. 3 - М.: Медицина, 1996.
4. Руководство по гастроэнтерологии. В 3-х томах. Под общей ред. Ф.И. Комарова и А.Л. Гребенева. Т.2 - М.: Медицина, 1995.
5. Лекции

Дополнительная:

1. Подымова С.Д. Болезни печени - М.:Медицина, 1984.
2. Шулуто Б.И. Болезни печени и почек. С.П.б., 1993.
3. Апросина З.Г.// Русский мед.журнал - 1996 - Т.4, N3 - С.174-177.
4. Логинов А.С. // Российский гастроэнтерологический журнал - 1995 - N 2 - С.3.
5. Серов В.В. // Русский мед.журнал - 1996 - Т.4, N3 - С.179-182.

Методическую разработку подготовила доцент Е.В.Немеров.

Тема: Цирроз печени, оценка функций печени

Мотивация: В экономически развитых странах цирроз печени входит в число шести основных причин смерти у лиц в возрасте 35-64 лет. Смертность от цирроза печени имеет стойкую тенденцию к росту, по данным ВОЗ в Европе за последние 20 лет она возросла и достигла 10 на 100 тыс. населения. Поэтому вопросы диагностики, эффективного лечения, профилактики, являются актуальными для большинства стран мира, в том числе и России.

Цирроз печени – хроническое прогрессирующее диффузное заболевание разной этиологии, характеризующееся поражением гепатоцитов, выраженными в разной степени признаками их функциональной недостаточности, фиброзом и перестройкой нормальной архитектоники печени с образованием структурно-аномальных узлов регенерации и портальной гипертензии а также к печеночной недостаточности.

Цель занятия: изучить патологическую суть и значение каждого из основных клинических и параклинических признаков, а также синдромов болезни, научиться правильной методике и особенностям обследования больных циррозами печени (ЦП), усвоить вопросы клиники, диагностики и лечения. Научить правильно оценивать основные функции печени по данным лабораторного исследования.

Студент должен

иметь представление:

о месте циррозов среди других заболеваний печени и современных методах диагностики патологии печени (биопсия, ангиография, УЗИ, сканирование, компьютерная томография)

- знать:

1. Сущность термина «цирроз печени»
2. Морфологию, этиологию, патогенез, классификацию, клинику ЦП.
3. Принципы диф. диагностики ЦП.
4. Объем и значение основных параклинических методов исследования, необходимых для верификации диагноза.
5. Дифференцированное лечение больных ЦП, принципы диспансеризации и профилактики.
6. Участие печени в обмене белков, углеводов, пигментов, гормонов, электролитов, витаминов и ферментов, а также в биотрансформации веществ.

- уметь:

1. Целенаправленно собирать жалобы, анамнез.
2. Грамотно проводить физикальное исследование больных ЦП.
3. Выявлять основные нарушения функций печени по клиническим и лабораторным данным, правильно интерпретировать результаты этих исследований.
4. Правильно формулировать диагноз и назначить план лечения.
5. Правильно оценивать показатели функциональных «печеночных проб»

Место проведения занятия: разбор больного проводится в палате, обсуждение в учебной комнате.

Содержание занятия:

1. Клинический разбор больного (доклад куратора, объективное обследование больного в палате).
2. Формулировка предварительного диагноза и дифференциальная диагностика с синдромосходными заболеваниями.
3. Трактовка лабораторных и специальных методов исследования.
4. Формулировка окончательного диагноза и верификация его.
5. Обсуждение методов лечения и профилактики.

Самостоятельная работа

Внеаудиторная _____ 2 _____ часа _____

Вопросы для самостоятельной подготовки:

1. Участие печени в обмене белков, углеводов, пигментов, гормонов, электролитов, витаминов и ферментов, а также в биотрансформации веществ.
Обезвреживающая функция печени
2. Сущность цирроза печени
3. Этиология цирроза печени
4. Патогенез, основные морфологические особенности отличающие цирроз печени от хронического гепатита
5. Классификация цирроза печени
6. Основная характеристика цирроза печени по морфологическим критериям (мелкоузловой, крупноузловой, смешанный, первичный билиарный и вторичный билиарный цирроз печени)
7. Основные клинические симптомы и синдромы при циррозе печени
8. Диагностика цирроза печени
9. Признаки и показатели активности цирроза печени (клинические, биохимические, морфологические) и его декомпенсации.
10. Осложнения цирроза печени (печеночная кома, кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода)
11. Лечение цирроза печени и его осложнений
12. Принципы профилактики и диспансеризации .

Литература:

основная

1. Внутренние болезни: Учебник /Под ред. Ф.И.Комарова – М.:Медицина, 1990.
2. Внутренние болезни /Под ред. Б.И.Шулутко – С.Пб., 1994.
3. Лекции

дополнительная

- 1) Диагностика и лечение внутренних болезней /Руководство для врачей. В 3-х томах. Под общ. Ред. Ф.И.Комарова. Т 3 – М.:Медицина, 1996.
- 2) Руководство по гастроэнтерологии. В 3-х томах. Под общ. Ред. Ф.И.Комарова и А.Л.Гребенева. Т 2 – М.:Медицина, 1995.
- 3) Подымова С.Д. Болезни печени – М.:Медицина, 1984.

Методическую разработку подготовила асс. Балаганская М.А.

Тема: Разбор больных хроническим гастритом, функциональными расстройствами желудка, дискинезией желчевыводящих путей, холециститом, холангитом.

Функциональные исследования желудка.

Мотивация для изучения темы:

Хронический гастрит – хроническое воспаление слизистой оболочки желудка, сопровождающееся нарушением физиологической регенерации эпителия и вследствие этого атрофией, расстройством моторной и секреторной функции желудка. **Функциональное расстройство желудка (ФРЖ)** – временное расстройство одной или нескольких функций желудка вследствие нарушения его нервной и или гуморальной регуляции без развития морфологических изменений в слизистой и других структурах желудка. **Дискинезия желчевыводящих путей (ДЖВП)** – нарушение моторно-эвакуаторной функции желчного пузыря и или желчевыводящих протоков разной этиологии. **Хронический холецистит** – хроническое, преимущественно продуктивное воспаление желчного пузыря, приводящее к его фиброзированию и деформации. **Хронический холангит** – хроническое воспаление внутрипеченочных желчных протоков.

Хронический гастрит, ФРЖ, дискинезии ЖВП, хронический холецистит, хронический холангит являются частой патологией, возникающей на фоне погрешностей питания, стрессов, индивидуальной диза-

даптации. Они приводят к значительному ухудшению качества жизни пациентов, их временной нетрудоспособности, иногда к осложнениям.

Цель занятия: в результате изучения темы студент должен

- иметь представление о распространенности перечисленных заболеваний среди разных возрастных групп населения; о факторах, способствующих развитию или рецидивированию этих заболеваний.

Знать:

- современные представления об этиологии и патогенезе названных заболеваний; их клиническую и лабораторно-инструментальную симптоматику, классификацию, возможные осложнения; принципы лечения, критерии оценки эффективности и безопасности препаратов, используемых в фармакотерапии ФРЖ, хронического гастрита, холецистита, дискинезий ЖВП, холангита

Владеть умением:

- целенаправленной беседы с больным для выяснения жалоб и анализа, присущих этим заболеваниям;
- методиками физикального исследования больного (осмотр больного, пальпация живота, методы исследования желудка, пальпация всех отделов кишечника, пальпация и перкуссия печенки, желчно-пузырные симптомы) и формулирования предварительного диагноза;
- интерпретации анализов крови, кала, желудочного и дуоденального зондирования;
- интерпретации результатов рентгенологического и эндоскопического исследований ЖКТ, желчного пузыря, УЗИ желчного пузыря и печени.
- формулирования клинического диагноза в соответствии с классификацией, особенностями клинического течения заболевания, его тяжести, стадиями, осложнений;
- назначения немедикаментозной и медикаментозной терапии изучаемых заболеваний с выписыванием рецептов на необходимые препараты.

Место проведения занятия – учебная комната, палаты терапевтического (гастроэнтерологического) стационара, поликлиника.

Содержание занятия

1. Проверка подготовки студентов и слушателей по контрольным вопросам темы.
2. Клинический разбор тематических больных.
3. Обсуждение и трактовка параклинических данных, формулировка диагноза, дифференциальный диагноз.

1. Обсуждение методов лечения, профилактики, диспансеризации больных с обсуждаемой патологией.

Самостоятельная работа

Внеаудиторная работа - 2 часа.

Вопросы для самостоятельной подготовки по теме - ФРЖ и хронический гастрит.

1. Сущность ХГ и ФРЖ, их взаимоотношение.
2. Роль экзо- и эндогенных факторов в развитии ХГ и ФРЖ.
3. Этиология и патогенез ХГ и ФРЖ.
4. Классификация ХГ и ФРЖ.
5. Методики физикального исследования ЖКТ.
6. Клиника различных клинических вариантов ХГ.
7. Клиника различных клинических вариантов ФРЖ.
8. Дифференциальный диагноз ХГ и ФРЖ.
9. Исследование основных функций желудка, нормы показателей.
10. Оценка рентгенологических данных в диагнозе ФРЖ и ХГ.
11. Эндоскопическое исследование ЖКТ, аспирационная биопсия, их диагностическое значение.
12. Исследование крови, кала при ХГ и ФРЖ.
13. Диета при ХГ и ФРЖ.
14. Принципы фармакотерапии ХГ и ФРЖ, группы препаратов. Критерии их эффективности и безопасности.
15. Немедикаментозные методы лечения ХГ и ФРЖ.
16. Показания к санаторно-курортному лечению. Основные курорты.

Вопросы для самостоятельной работы по теме - дискинезии ЖВП, хронический холецистит, холангит.

1. Сущность названных заболеваний.
2. Роль эндо- и экзогенных факторов в их развитии.
3. Этиология и патогенез дискинезии ЖВП, хронического холецистита, холангита
4. Клиническая симптоматика каждого из этих заболеваний, осложнения.
5. Данные лабораторно-инструментальных исследований (общий и биохимический анализы крови, анализ мочи, кала, дуоденальное зондирование, холецистография, УЗИ печени и желчного пузыря с желчегонным завтраком и без него), присущие каждому заболеванию.
6. Принятая классификация дискинезии ЖВП, хронического холецистита, холангита. Формулировка диагноза.
7. Лечение гипо- и гиперкинетических дискинезий ЖВП, хронического холецистита, холангита - медикаментозное, немедикаментозное.
8. Показание к санаторно-курортному лечению. Основные курорты.

Литература для самостоятельной работы студентов

Основная

1. «Внутренние болезни» под ред. Ф.И.Комарова. М., 1990.
2. «Внутренние болезни» под ред. Б.И.Шулутко. С-Пб., 1994, 2000.
3. «Болезни органов пищеварения». Ю.Н.Штейнгардт, Т.. 1990.
4. «Тестовый контроль по внутренним болезням» под ред. Л.И.Волковой. Т.,2000.
5. Лекции.

Дополнительная

1. «Функциональные заболевания пищеварительной системы». А.Г.Пемшук, А.М.Ногаллер. К.. 1985.
2. «Современные методы исследования и принципы оценки показателей секреторной и двигательной функции желудка». С.Б.Коростов, В.Т. Ивашкин, С.Пб, 1997.
3. «Руководство по гастроэнтерологии» в 3 Т под ред.Ф.И.Комарова, А.Л.Гребенова, М., Т.1, 1995.
4. «Диагностика и лечение хронических болезней органов пищеварения». Л.Я.Григорьев. М., 1990.
5. «Фармакотерапия в гастроэнтерологии» О.С.Радбиль. М., 1991.
6. «Лечение хронических болезней органов пищеварения»,А.Р.Златкина,М.,1994.

Методическую разработку подготовила доцент кафедры Н.А.Животягина.

Тема: Хронические энтериты, колиты, функциональные расстройства кишечника (синдром раздраженной кишки) (разбор больных)

Мотивация изучения темы. В клинической практике врача довольно часто встречаются хронические заболевания кишечника, Нужно отметить, что при этой патологии наряду с элементами воспаления в кишечнике возникают дистрофические процессы, дисрегенераторные изменения и, что особенно важно, атрофия слизистой оболочки кишки различной степени. При этом наряду с расстройством пищеварения, всасывания, моторики нарушаются и эндокринные функции кишечника, процессы иммуногенеза, в которых этот орган принимает участие. Они нередко приводят к временной или стойкой утрате трудоспособности, а иногда и к инвалидности.

Хронический энтерит (ХЭ) – хроническое полиэтиологическое воспалительно-дистрофическое поражение тонкой кишки с нарушением регенерации, приводящее к атрофии слизистой, главным образом ее ворсинок.

Хронический колит (ХК) – хроническое полиэтиологическое воспалительно-дистрофическое поражение толстой кишки, часто сочетающееся с ХЭ.

Дискинезия толстого кишечника – в настоящее время этот термин заменен на синдром раздраженной кишки (определение см. ниже).

Учебные цели

В результате изучения темы студенты должны:

- **иметь представление :**
- об эпидемиологии хронических энтеритов и колитов, о частоте их встречаемости;
- о классификации болезней кишечника.
- **Знать:**
- сущность синдрома раздраженной кишки, этиологию, патогенез, клинику;
- сущность хронического энтерита и колита, их этиологию, патогенез, клинику;
- сущность основных клинических синдромов при заболеваниях кишечника (малдигестии, малабсорбции, экссудативной энтеропатии, кишечного дисбактериоза);
- фармакотерапию, санаторно-курортное лечение хронического энтерита и колита, синдрома раздраженной кишки;
- принципы диспансеризации, профилактики этих заболеваний.
- **Уметь:**
- выделить ведущие клинические синдромы и составить план необходимых параклинических исследований у конкретного больного;
- обосновать и сформулировать диагноз;
- выбрать оптимальные методы терапии для конкретного больного.
- **Владеть:**
- методикой сбора жалоб и анамнеза;
- методикой физикального обследования больного с подозрением на заболевание желудочно-кишечного тракта интерпретацией данных копрологического, рентгенологического, эндоскопического. исследования; анализов крови.

Место проведения занятия – учебная комната, палаты.

Содержание занятия:

1. Проверка подготовки студентов (контрольные вопросы или опрос).
2. Курация больных.
3. Клинический разбор больных (доклад куратора, осмотр больных в палатах).
4. Обсуждение, трактовка параклинических данных, формулировка диагноза, дифференциальный диагноз.
5. Обсуждение методов лечения, профилактики хронических энтеритов и колитов, диспансеризация.

Самостоятельная работа:

- внеаудиторная – 2 часа

Вопросы для самостоятельной подготовки:

1. Классификация болезней кишечника.
2. Суть функциональных болезней кишечника, их этиология.
3. Понятие о синдроме раздраженной кишки, клиника диагностика, лечение.
4. Сущность хронического энтерита (ХЭ) и колита, их этиология, патогенез. Морфологическая картина.
5. Клиника хронического энтерита. Сущность основных клинических синдромов при заболеваниях кишечника (мальдигестии, малабсорбции, экссудативной энтеропатии, кишечного дисбактериоза, энтеритный копрологический с-м).
6. Клиника хронического колита (ХК).
7. Диагностика болезней кишечника (методы функционального и морфологического исследования).
8. Диф. диагноз синдрома раздраженной кишки, ХЭ, ХК между собой и с другими синдромосходными заболеваниями (дизентерией, сальмонеллезом, паразитарными инвазиями, опухолями толстой кишки).
9. Лечение хронического энтерита и колита.

МЕЖДУНАРОДНАЯ СТАТИСТИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ БОЛЕЗНЕЙ (МКБ-10)

Болезни кишечника

Неинфекционный энтерит и колит (К 50 - К 52)

К 50 Болезнь Крона (регионарный энтерит).

К 50.0 Болезнь Крона тонкой кишки.

К 50.1 Болезнь Крона толстой кишки.

К 50.8 Другие разновидности болезни Крона.

К 50.9 Болезнь Крона неуточненная.

К 51 Язвенный колит.

К 52 Другие неинфекционные гастроэнтериты и колиты.

К 52.0 Радиационный гастроэнтерит и колит.

К 52.1 Токсический гастроэнтерит и колит.

К 52.2 Аллергический и алиментарный гастроэнтерит и колит.

К 52.8 Другие уточненные неинфекционные гастроэнтериты и колиты.

К 52.9 Неинфекционный гастроэнтерит и колит.

Другие болезни кишечника (К 55 - К 63)

К 58 Синдром раздраженного кишечника.

К 58.0 Синдром раздраженного кишечника с диареей.

К 58.9 Синдром раздраженного кишечника без диареи.

К 59 Другие функциональные кишечные нарушения

К 59.0 Запор.

К 59.1 Функциональная диарея.

К 59.2 Неврогенная возбудимость кишечника, не классифицированная в других рубриках

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

В соответствии с рекомендациями Международного рабочего совещания (Рим, 1988) (т.н. «римскими критериями») **синдром раздраженного кишечника (СРК) определяется** как комплекс функциональных (т.е. не связанных с органическим поражением кишечника) расстройств продолжительностью **свыше 3 месяцев**, основными клиническими симптомами которого являются **боли в животе** (обычно уменьшающиеся после дефекации), сопровождающиеся **метеоризмом, урчанием, чувством неполного опорожнения кишечника** или **императивными позывами** на дефекацию, а также нарушениями его функции: **запорами, поносами** или их чередованием.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Механизмы возникновения расстройств у больных с СРК связаны с нарушением *нервной и гуморальной* регуляции двигательной функции кишечника. Важная роль в возникновении нарушений моторики кишечника у больных СРК принадлежит **нервно-психическим факторам** (в частности, эмоциональному стрессу), при-

эмоциональными факторами, и улучшения. Вместе с тем СРК не имеет тенденции к прогрессированию, и **прогноз таких пациентов остается чаще всего благоприятным**

Рекомендуемая литература для самоподготовки:

Основная:

1. Руководство по гастроэнтерологии, 3т., под редакцией Ф.И. Комарова и А.Л. Гребнева, М., 1995 г., т. 3.
2. Гребнев А.Л., Мягкова Л.П. Болезни кишечника (современные достижения в диагностике и терапии). М., 1994.
3. Внутренние болезни. Учебник под ред. Ф.И. Комарова, Г.В. Кукеса, А.С. Сметнева. М., 1991.
4. Штейнгардт Ю.Н. Болезни органов пищеварения. Томск, 1990.
5. Лекции по внутренним болезням.
6. Внутренние болезни в вопросах и задачах. Учебное пособие. Томск. 2000.

Дополнительная:

7. Григорьев Л.Я. Диагностика и лечение хронических болезней органов пищеварения. М., 1990.
8. Радбиль О.С. Фармакотерапия в гастроэнтерологии. М., 1991.
9. Шулуток Б.И. Внутренние болезни. Лекции для врачей и студентов. С.-Пб., 1994.

Методические рекомендации подготовила
ассистент Боярко В.В.

Тема : Язвенная болезнь. Симптоматические язвы ЖКТ. (Разбор больных).

Мотивация для изучения темы: Язвенная болезнь – хроническое рецидивирующее заболевание, возникающее при сочетанных расстройствах механизмов регуляции желудочной секреции, генетической предрасположенности и местными трофическими процессами, в результате которых формируется язва, как итог нарушения соотношения кислотно-пептического фактора и защитными возможностями организма. Язвенная болезнь – нередкое заболевание лиц трудоспособного возраста с возможностью развития осложнений, требующих неотложной помощи, в том числе хирургической.

Цель занятия: в результате изучения темы студент должен

- **иметь представление** об эпидемиологии язвенной болезни, частоте развития осложнений, их значении для прогноза заболевания.

Знать:

- сущность язвенной болезни, современную концепцию этиологии и патогенеза, местные и общие механизмы язвообразования;
- классификацию язвенной болезни
- клиническую картину язвенной болезни, ее особенности в зависимости от локализации язвенного дефекта;
- определение понятия «симптоматические язвы», дифференциально- диагностические признаки язвенной болезни и симптоматических язв, рака желудка;
- диффдиагноз язвенной болезни с другими синдромосходными заболеваниями
- современные методы исследования желудочно-кишечного тракта, их диагностические возможности при язвенной болезни
- осложнения язвенной болезни, их клиническую картину, неотложную терапию, тактику врача при клинической картине «острого живота», желудочном кровотечении;
- фармакотерапию язвенной болезни, диетотерапию, физиотерапию, санаторно-курортное лечение язвенной болезни.
- Диспансеризацию больных при язвенной болезни.

Владеть умением:

- объективного физикального исследования больного с выделением ведущих клинических синдромов и формулированием предварительного диагноза;
- составлением плана необходимых параклинических исследований у конкретного больного;
- интерпретацией параклинических данных (рентгенологических, эндоскопических, анализов крови, кала, желудочного зондирования);
- обоснованием и формулированием клинического диагноза язвенной болезни;
- распознаванием и верифицированием осложнений язвенной болезни;
- выбором оптимальных методов терапии для конкретного больного.

Место проведения занятия – палаты стационара, учебная комната, поликлинический кабинет.

Содержание занятия:

1. Проверка подготовки студентов к занятию по контрольным вопросам.
2. Клинический разбор больных с язвенной болезнью желудка, ДПК, симптоматическими язвами.

3. Обсуждение и трактовка параклинических данных., формулирование диагноза, дифференциальный диагноз.
4. Обсуждение методов лечения больных язвенной болезнью, вопросов первичной и вторичной профилактики, диспансеризации.

Самостоятельная работа

Внеаудиторная работа - 2 часа.

Вопросы для самостоятельной (внеаудиторной) работы.

1. Сущность язвенной болезни.
2. Морфологические различия между язвами и эрозиями желудка и ДПК.
3. Отличия язвенной болезни от острых язв желудка и ДПК.
4. Этиология острых эрозивно-язвенных поражений желудка и ДПК.
5. Этиология и патогенез язвенной болезни. Значение факторов агрессии и защиты в язвообразовании.
6. Клиническая симптоматика неосложненной язвенной болезни. Особенности клиники в зависимости от локализации язвы.
7. Изменение основных показателей функций желудка (секреторной кислотообразующей, моторной) при язвенной болезни;
8. Рентгенологические признаки язвенной болезни (прямые и косвенные).
9. Эндоскопическая диагностика язвенной болезни.
10. Лабораторные показатели при язвенной болезни (кровь, кал, микробиологическое исследование).
11. Осложнения язвенной болезни, их клиника, верификация, тактика врача при них.
12. Диф.диагноз с синдромосходными заболеваниями (хронический гастрит, холецистит, панкреатит, дуоденит, рак желудка, симптоматическая язва).
13. Лечение язвенной болезни и симптоматических язв (диетотерапия, фармакотерапия, физио-, санаторно-курортное лечение).
14. Показания к хирургическому лечению.
15. Диспансеризация больных язвенной болезнью

Литература для самостоятельной работы студентов.

Основная

- 1.«Внутренние болезни» под ред. Б.И. Шулуто, С-Пб., 1994.
2. «Диагностика и лечение язвенной болезни желудка и ДПК» Л.Я. Григорьев. М., 1988
3. Болезни органов пищеварения, Ю.Н.Штейнгардт, Т.,1990
4. Лекции.

Дополнительная

1. «Диагностика и лечение внутренних болезней» Рук. для врачей в 3 томах под ред. Ф.И.Комарова, М., 1991, Т.2.
2. «Язвенная болезнь», В.Х.Василенко, А.Л.Гребнев, С.Д.Шептулин. М., 1987.
- 3.«Диагностика и лечение хронических болезней органов пищеварения» Л.Я.Григорьев. М. 1990 .
- 4.Руководство по гастроэнтерологии в 3-х томах под ред. Ф.И.Комарова, А.Л.Гребнева, М., Мед., 1995.
- 5.Фармакотерапия в гастроэнтерологии. О.С.Радбиль, М.,Мед.,1991.

Методическую разработку подготовила доцент кафедры Н.А.Животягина

Тема: Заболевания желудочно-кишечного тракта (семинар)

Мотивация для проведения занятия:

Язвенная болезнь, хронический гастрит, ФРЖ, дискинезии ЖВП, хронический холецистит, хронический холангит являются частой патологией, возникающей на фоне погрешностей питания, стрессов, индивидуальной дизадаптации. Они приводят к значительному ухудшению качества жизни пациентов, их временной нетрудоспособности, иногда к осложнениям.

Цель занятия: в результате изучения темы студент должен

- иметь представление об эпидемиологии гастроэнтерологических заболеваний, о частоте их осложненных форм, о прогнозе этих заболеваний.

Знать:

- сущность ФРЖ, хронического гастрита, язвенной болезни;
- клинические классификации перечисленных заболеваний, принятые в нашей стране;
- клиническую и параклиническую симптоматику этих заболеваний, их дифференциальную диагностику;
- современные методы лечения и профилактики этих распространенных болезней органов пищеварения.

Место проведения занятия – учебная комната, класс компьютерного тестирования.

Содержание занятия

- Разобрать с современных позиций этиологию, патогенез, классификации ФРЖ, хронического гастрита, язвенной болезни.
- Уточнить вопросы клинической картины, параклинических исследований, диф.диагноза, лечения, диспансеризации и профилактики, оставшиеся недопонятыми или спорными после клинического разбора больных на предыдущих занятиях.
- Проверить знания студентов по конкретным разделам и вопросам гастроэнтерологии с помощью компьютерного тестирования.
- Провести компьютерное тестирование
Внеаудиторная работа - 2 часа.

Вопросы для самостоятельной работы студентов

- 1) ФРЖ: - распространенность, группы риска, этиология, патогенез, клиника, лабораторно-инструментальное исследование, классификация, диагноз и диф.диагноз, лечение, профилактика.
- 2) Хронический гастрит: этиология, патогенез, клиническая и параклиническая симптоматика, классификация, диагноз и диф.диагноз, лечение, профилактика.
- 3) Язвенная болезнь желудка и ДПК - группы риска, современная концепция этиологии и патогенеза. Клиническая картина и ее особенности в зависимости от локализации язвы. Лабораторные и инструментальные методы исследования и их диагностическая ценность. Диагноз и диф.диагноз язвенной болезни. Симптоматические язвы ЖКТ. Осложнения язвенной болезни и врачебная тактика при них. Медикаментозная и немедикаментозная терапия язвенной болезни. Профилактика, диспансеризация.

Литература для самостоятельной работы студентов

Основная

1. «Диагностика и лечение внутренних болезней». Руководство для врачей в 3-х томах под ред. Ф.И.Комарова. М., 1991, Т.3.
2. «Внутренние болезни» под ред. Б.И.Шулутко. С-Пб, 1994.
3. «Диагностика и лечение язвенной болезни желудка и ДПК». Л.Я.Григорьев, М., 1986.
4. «Болезни органов пищеварения» Ю.Н.Штейнгард, Т.1990.
5. «Тестовый контроль по внутренним болезням» под ред. Л.И.Волковой, Т.,2000.
6. Лекции.

Дополнительная

1. «Диагностика и лечение хронических болезней органов пищеварения». Л.Я.Григорьев. М., 1990.
2. «Фармакотерапия в гастроэнтерологии». О.С.Радбиль. М., 1991.
3. «Функциональные заболевания пищеварительной системы». А.Г.Пемшук, А.М.Ногаллер. К.. 1985.
4. «Современные методы исследования и принципы оценки показателей секреторной и двигательной функции желудка». С.Б.Коростов, В.Т. Ивашкин, С.Пб, 1997

Методическая разработка подготовлена доцентом кафедры Н.А.Животягиной

Тема: ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЫ (разбор больных)

Мотивация.

Гломерулонефриты - это сборная группа болезней, различающихся по этиологии, патогенезу, по характеру морфологических изменений в почках. Гломерулонефрит - это генетически обусловленное иммунное воспаление с преимущественным поражением клубочков и вовлечением в патологический процесс всех почечных структур, клинически проявляющийся почечными и внепочечными симптомами. В ряду паренхиматозных заболеваний почек гломерулонефриты (ГН) занимают доминирующее место, о чем свидетельствует большое количество публикаций, посвященное этой проблеме. Хотя острый гломерулонефрит наблюдается в 0,26 на 10000 случаев госпитализации, а хронический -- в 0,95, именно гломерулонефриты - наиболее частая причина развития хронической почечной недостаточности. Больные ГН составляют основной контингент отделений хронического гемодиализа и трансплантации почек.

Цель занятия:

В результате получения темы студент должен:

- иметь представление:

о месте ГН в структуре паренхиматозных заболеваний почек.

- знать:

1. Ведущие синдромы поражения почек,
2. Сущность, этиологию и патогенез ГН,
3. Современную классификацию ГН (морфологические варианты)
4. Основные клинические проявления ГН, клинические формы и варианты течения.
5. Лечение ГН,
6. Исходы и осложнения острого и хронического ГН.

- владеть умениями:

1. методикой обследования больного с подозрением на заболевание почек,
2. умением интерпретировать анализы мочи (общий анализ, пробы Нечипоренко, Адисса-Каковского, Амбурже, Зимницкого), биохимические анализы (мочевина, креатинин),
3. уметь выбрать оптимальные методы терапии конкретного больного ГН.

Место проведения занятия:

учебная комната, палаты 3 горбольницы или ОКБ.

Содержание занятия:

1. Клинический разбор больных ГН (доклад кураторов, осмотр в палатах)
2. Обсуждение и трактовка параклинических данных, формулировка диагноза, дифференциальный диагноз ГН.
3. Обсуждение методов лечения, диспансеризации, профилактики гломерулонефритов.

Самостоятельная работа студентов

Внеаудиторная - 2 часа

Вопросы для самостоятельной работы

1. Определение сущности гломерулонефритов, их этиология и патогенез.
2. Клиническая и морфологическая классификация гломерулонефритов.
3. Клиника и течение острого нефрита (основные синдромы, .
4. Мочевой синдром при остром нефрите, его патогенез.
5. Патогенез отеков при остром нефрите, их характер, особенности.
6. Изменения со стороны сердечно-сосудистой системы. Патогенез гипертонии при остром нефрите.
7. Лечение острого нефрита..
8. Исходы, критерии излечимости острого нефрита.
9. Клинические формы хронического нефрита, их характеристика.
10. Внепочечные симптомы хронического нефрита, их патогенез и клинические проявления.
11. Критерии диагноза ХГ. Лабораторно-инструментальная диагностика ХГ.
12. Отличия клиники хронического гломерулонефрита от острого, хронического пиелонефрита, туберкулеза, поликистоза почек.
13. Принципы терапии хронического нефрита.

Литература для самоподготовки:

Основная:

1. Внутренние болезни под ред. Ф.И. Комарова. М., 1990.
2. Лекции.
3. Маколкин В.И., Овчаренко С.И., Внутренние болезни, 1999.

Дополнительная:

1. Шулутко Б.И., Ратнер А.М., "Заболевания почек", Л., 1990.
2. Внутренние болезни по ред. Б.И. Шулутко, т.2, С-Петербург, 1994.

3. Диагностика и лечение внутренних болезней: рук-во для врачей под общей ред. Ф.И. Комарова, т.3, М. Мед., 1991.
4. Окорочков А.Н. Лечение болезней внутренних органов - 2 т, Минск, 1997.

Методическую разработку подготовила доцент Т.Г. Мельник

Тема: Болезни почек (семинар)

Мотивация.

Еще недавно учение о болезнях почек умещалось на нескольких страницах руководств по терапии. Сегодня - это самостоятельный большой раздел учения о внутренних болезнях, благодаря совместным усилиям клиницистов, морфологов, патофизиологов. Почечная патология составляет 166 случаев на 100000 населения. При массовом обследовании женщин у 1,1 % были найдены заболевания почек (Мюллер, Д., 1982). Смертность от почечных заболеваний в популяции составляет 1,5 %. Наиболее распространенными в группе нефрологических заболеваний являются гломерулонефриты (ГН) - 36,8 % и пиелонефриты - 39,1 %, прочие поражения почек составляют 14,1 %. На семинаре разбираются гломерулонефриты (определение см. выше), амилоидоз, понятие о нефротическом синдроме и синдром хронической почечной недостаточности (ХПН). Амилоидоз почек – это заболевание, характеризующееся нарушением обмена веществ, в результате чего образуется новое для организма вещество (амилоид), которое откладывается преимущественно в почках и других органах и нарушает их функции. Амилоидоз почек может возникать как осложнение каких-либо заболеваний или развиваться как самостоятельный процесс. Нефротический синдром – это полиэтиологический, клинко-лабораторный симптомокомплекс, включающий в себя нарушения белкового, липидного и водно-электролитного обменов, ведущими признаками из которых являются высокая протеинурия (более 3-3,5 г/сут.), гипоальбуминемия (менее 30г/л), массивные отеки. ХПН – это клинко-лабораторный синдром, вызванный необратимым уменьшением массы функционирующей почечной ткани.

Цель занятия:

В результате изучения темы студенты должны:

-иметь представление:

1. О месте гломерулонефритов (ГН) в структуре паренхиматозных заболеваний почек;
2. О современных методах исследования в нефрологии;
4. О гемодиализе при хронической почечной недостаточности (ХПН)

-знать и уметь использовать:

1. Ведущие клинические синдромы поражения почек, их основные клинко-лабораторные характеристики;
2. Сущность, этиологию и патогенез ГН;
3. Варианты течения (острый, быстро прогрессирующий, хронический) и основные клинические проявления ГН;
4. Современную классификацию ГН (основные морфологические варианты);
5. Фармакотерапию ГН, особенности терапии острого и разных клинко-морфологических вариантов хронического ГН;
6. Осложнения и исходы острого и хронического ГН;
7. Сущность и патофизиологическую характеристику нефротического синдрома (НС);
8. Этиологию НС (первичный, вторичный) и патогенетические механизмы основных его симптомов;
9. Основные клинические проявления и осложнения НС;
10. Этиологию, патогенез, патоморфологию, клинику, диагностику, лечение амилоидоза почек;
11. Классификацию ХПН;
12. Патогенез и клинические проявления основных синдромов при ХПН в зависимости от ее стадии;
13. Диагностику и принципы терапии ХПН.

Содержание занятия:

1. Собеседование со студентами, включающее опрос по основным вопросам:

2. Тестовый контроль
3. Работа с анализами крови и мочи

Самостоятельная работа студентов

Внеаудиторная - 2 часа

Вопросы для самостоятельной подготовки:

1. Определение сущности гломерулонефритов, их этиология и патогенез.
2. Клиническая и морфологическая классификация гломерулонефритов.
3. Общая клиника и течение острого ГН. Начальные признаки болезни.
4. Патогенез отеков при остром ГН, их характер, особенности.

5. Патогенез гипертонии при остром нефрите.
6. Чем клинически характеризуется почечная эклампсия, ее причины и механизм?
7. Лечение острого нефрита. Первая помощь при почечной эклампсии.
8. Исходы, критерии излечимости острого нефрита.
9. Клинические формы хронического нефрита, их характеристика.
10. Внепочечные симптомы хронического нефрита, изменения сердечно-сосудистой системы у больных хроническим нефритом.
11. Критерии диагноза ХГ. Лабораторно-инструментальная диагностика ХГ.
12. Принципы терапии хронического нефрита.

II.

1. Современное представление о нефротическом синдроме.
2. Патофизиологические механизмы основных симптомов нефротического синдрома.
3. Клиника нефротического синдрома.
4. Диагностика, течение и осложнения нефротического синдрома.
5. Основные принципы лечения нефротического синдрома.
6. Причины развития амилоидоза. Патологоанатомическая картина при амилоидозе почек.
7. Какова симптоматология амилоидоза почек, функциональная способность почек при этом заболевании.
8. Течение, исходы и диагностика амилоидоза почек.
9. Лечение амилоидоза почек.

III.

1. Сущность ХПН, ее этиология и патогенез.
2. Классификация ХПН
3. Клиническая картина ХПН, критерии диагноза.
4. Течение ХПН, прогноз, исходы.
5. Лечение ХПН, (режим, диета, водно-солевой режим, медикаментозная терапия, показания к гемодиализу и его возможности, проблема трансплантации почек).

Литература для самоподготовки:

Основная:

1. Внутренние болезни под ред. Ф.И. Комарова. М., 1990.
2. Лекции.
3. Маколкин В.И., Овчаренко С.И. Внутренние болезни, 1999.

Дополнительная:

1. Шулутко Б.И., Ратнер А.М., “Заболевания почек”, Л., 1990.
2. Внутренние болезни под ред. Б.И. Шулутко, т. 2, С-Петербург, 1994.
3. Диагностика и лечение внутренних болезней: Рук-во для врачей под общей ред. Ф.И. Комарова, т.3., М. Мед., 1991.

Методическую разработку подготовила доцент Т.Г. Мельник

Тема: Ревматоидный артрит (разбор больных)

Мотивация.

Ревматоидный артрит – хроническое системное заболевание соединительной ткани с поражением преимущественно периферических (синовиальных) суставов по типу деструктивного полиартрита.

В течение последних десятилетий произошла резкая смена ориентации медицинской общественности с проблемы ревматизма на хронические артриты, которые поражают все более широкие слои населения. При этом наряду с воспалительными поражениями суставов врачи широкого профиля все чаще наблюдают дегенеративные и метаболические нарушения, в первую очередь остеоартроз, а в последние годы и остеопороз. Все это в значительной степени затрудняет диагностику суставной патологии.

Ревматоидный артрит является одним из самых известных поражений суставов, приводя в поздней стадии к тяжелой инвалидизации и обездвиживанию больных. Отмечается тенденция к росту заболеваемости ревматоидным артритом, особенно в старших возрастных группах. А у молодых людей наблюдается особая форма заболевания - ювенильный ревматоидный артрит.

Цель занятия:

В результате изучения темы студенты должны:

иметь представление:

- о месте ревматоидного артрита (РА) среди других болезней соединительной ткани
- о современных методах исследования больных с суставным синдромом (сцинтиграфия, ультразвуковое сканирование суставов, артроскопия)

знать:

- сущность термина “ревматоидный артрит”;
- современное представление о патогенезе РА;
- классификацию РА;
- клиническую и лабораторную симптоматику РА;
- дифференциальную диагностику РА;
- критерии диагноза РА;
- методы медикаментозного и немедикаментозного лечения РА.

владеть умением:

- грамотного и последовательного обследования больных с суставным синдромом;
- интерпретации параклинических лабораторных и инструментальных показателей при РА;
- выбрать оптимальные схемы терапии для конкретного больного РА.

Место проведения занятия:

учебная комната кафедры, палаты

Содержание занятия:

1. Клинический разбор больных
2. Обсуждение и трактовка параклинических данных, формировка диагноза, дифференциальный диагноз
3. обсуждение методов лечения РА

Самостоятельная работа студентов

Внеаудиторная - 2 часа

Вопросы для самостоятельной работы:

1. Определение понятия “ревматоидный артрит”
2. Современные представления об этиологии и патогенезе РА. Характеристика нарушения иммунитета и воспалительных реакций.
3. Морфологическая характеристика изменений в суставах при РА
4. Морфологические субстраты внесуставных поражений при РА, их характеристики
5. Клиническая картина суставного синдрома при РА.
6. Внесуставные поражения при РА
7. Наиболее характерные лабораторные показатели при РА. Что представляет собой “ревматоидный фактор?”
8. Критерии диагноза РА.
9. Рабочая классификация РА.
10. Характеристика степени активности процесса при РА
11. Характеристика R-логических стадий процесса при РА.
12. Общие принципы лечения и реабилитации больных РА
13. Характеристика средств быстрого противовоспалительного действия и базисных средств в лечении РА.
14. Тактика применения НПВП при РА. Основные препараты, их средние дозировки.
15. Показания для местного и системного назначения глюкокортикостероидов, тактика их применения при РА.

Литература для самоподготовки:

Основная:

1. Внутренние болезни: Учебник/ под ред. Ф.И. Комарова - М.: Медицина, 1990
2. Внутренние болезни: лекции для студентов и врачей / Под ред. Б.И. Шулутко - Спб, 1994, Т. 2
3. Диагностика и лечение внутренних болезней: Руководство для врачей в 3-х томах. Под общей редакцией Ф.И. Комарова. Т. 1. - М. : Медицина, 1991.
4. Лекции

Дополнительная:

1. Е.Н. Дорминтов, Н.И. Коршунов, Б.Н. Фризен. Ревматоидный артрит. - М.: медицина, 1981.
2. В.А. Насонова, М.Г. Астапенко. Клиническая ревматология. - М.: Медицина, 1995.
3. А.Я. Сигидин, Н.Г. Гусев, М.М. Иванова. Диффузные болезни соединительной ткани. М., 1994.

Методическую разработку подготовил доцент Е.В. Немеров

Тема: Системная красная волчанка.

Системные васкулиты.

(Разбор больных)

Мотивация.

Системные васкулиты – это группа заболеваний, в основе которых лежит генерализованное поражение сосудов любого калибра в виде очагового или сегментарного воспаления, часто и некроза. При этом имеет место воспаление всех слоев сосудистой стенки (артерий или вен различного калибра) с развитием окклюзии сосуда, нарушений микроциркуляции и ишемии органов и тканей.

Наблюдаются изменения всех слоев сосудистой стенки, часто с окклюзией и вторичной ишемией органов и тканей вплоть до инфарктов и некрозов. Это ведет к многообразным полисиндромным клиническим проявлениям, вызывающим большие диагностические трудности. Причины развития СВ изучены недостаточно, активно обсуждается роль лекарственной аллергии и вирусной инфекции.

Васкулиты сопутствуют многим болезням, поскольку сосудистые структуры, и особенно эндотелий, поражаются при различных воздействиях. Системные СВ называют еще первичными, чтобы подчеркнуть, что поражение сосудов составляет суть и стержень болезни, в отличие от вторичных васкулитов, при которых поражение сосудов является лишь одним из компонентов болезни.

Системная красная волчанка – хроническое полисиндромное заболевание преимущественно молодых женщин, развивающееся на фоне генетически обусловленного несовершенства иммунорегуляторных процессов, приводящего к неконтролируемой продукции антител к собственным клеткам и их компонентам с развитием аутоиммунного и иммунокомплексного воспаления.

Поэтому актуальным является своевременная и правильная оценка многообразных клинических признаков вышеуказанных болезней. И даже своевременно начатое лечение не всегда дает возможность подавить агрессивное аутоиммунное воспаление. Поэтому все чаще в современной клинике применяют сверхмощные курсы высокими дозами стероидов - пульс-терапию.

Цель занятия:

В результате изучения темы студенты должны:

иметь представление:

- ⇒ о месте СКВ и СВ среди других болезней соединительной ткани;
- ⇒ о месте СВ среди других васкулитов
- ⇒ об эпидемиологии СКВ и СВ

знать:

- ⇒ сущность СКВ;
- ⇒ современные представления об этиологии и патогенезе СКВ;
- ⇒ клинические проявления, типы течения СКВ;
- ⇒ дифференциальную диагностику СКВ;
- ⇒ параклинические методы верификации диагноза СКВ, критерии диагноза, оценку степени активности болезни;
- ⇒ принципы лечения СКВ, вопросы диспансеризации и профилактики;
- ⇒ сущность термина “системные васкулиты”;
- ⇒ классификацию СВ;
- ⇒ этиологию, патогенез, клинику заболеваний, входящих в группу СВ (особенно узелковый периартериит);
- ⇒ объем и значение основных параклинических методов исследования, необходимых для верификации диагноза СВ;
- ⇒ принципы лечения и профилактики СВ (на примере узелкового периартериита)

владеть умением:

- ◇ грамотного и последовательного обследования больных с подозрением на СКВ и СВ;
- ◇ интерпретации параклинических инструментальных и лабораторных показателей при СКВ и СВ;
- ◇ правильно обосновать и сформулировать диагноз СКВ и СВ;
- ◇ выбрать оптимальную схему терапии для конкретного больного с СКВ и СВ.

Место проведения занятия:

учебная комната кафедры, палаты

Содержание занятия:

1. Клинический разбор больных с СКВ и СВ или с синдромосходной патологией.
2. Обсуждение и трактовка параклинических данных, формулировка диагноза, дифференциальный диагноз.
3. Обсуждение методов лечения и профилактики СКВ и СВ

Самостоятельная работа студентов

Внеаудиторная - 2 часа

Вопросы для самостоятельной работы:

1. Определение и сущность СКВ
2. Этиология и патогенез СКВ
3. Морфологические изменения в органах и тканях при СКВ. Что такое LE-клетки?
4. Клиническая картина СКВ
5. Верификация диагноза СКВ
6. Классификация СКВ
7. Клиническая и лабораторная характеристика степени активности СКВ
8. Лечение СКВ
9. Определение термина “системные васкулиты” (СВ). Их классификация
10. Представление об этиологии СВ
11. Патогенез СВ
12. Определение понятия “узелковый периартериит” (УП)
13. Патоморфология УП
14. Клиника “классического” УП
15. Клиника тромбангического варианта УП
16. Клиника астматического варианта УП
17. Клиника моноорганного УП
18. Диагностика УП. Лабораторные данные при УП
19. Дифференциальный диагноз УП
20. Основные принципы лечения больных СВ
21. Обоснование для назначения и тактика применения глюкокортикостероидов при СВ
22. Обоснование для назначения и тактика применения иммунодепрессантов при СВ
23. Обоснование для назначения и применения нестероидных противовоспалительных препаратов при СВ
24. Обоснование для назначения и применение антикоагулянтов и антиагрегантов при СВ
25. Использование гемосорбции и плазмафареза при СВ
26. Особенности терапии УП

Литература для самоподготовки:

Основная:

1. Внутренние болезни. Учебник / Под ред. Ф.И. Комарова - М.: Медицина, 1990
2. Внутренние болезни: Лекции для студентов и врачей / Под ред. В.И. Шулутко - Л., 1991.
3. Внутренние болезни: в 2-х томах / Под ред. В.И. Шулутко. Т.2 - Спб, 1994
4. Диагностика и лечение внутренних болезней: Руководство для врачей: в 3-х томах / Под ред. Ф.И. Комарова. Т.1. - М.: Медицина, 1991
5. Лекция

Дополнительная:

1. В.А. Насонова, М.Т. Астапенко Клиническая ревматология - М.: Медицина, 1995
2. Е.Н. Семенкова Системные васкулиты. - М.: Медицина, 1988
3. Я.А. Сигидин, Н.Г. Гусева, М.М. Иванова Диффузные болезни соединительной ткани: Руководство для врачей - М.: Медицина, 1994
4. Ревматические болезни / Руководство для врачей / Под ред. В.А. Насоновой, В.Н. Бунчука. - М.: Медицина, 1997

Методическую разработку подготовил доцент Е.В. Немеров

Тема: Диффузные болезни соединительной ткани (семинар)

Мотивация.

Диффузные болезни соединительной ткани (ДБСТ) являются истинно системными ревматическими заболеваниями, при которых поражаются многие производные соединительной ткани - кожа, суставы, серозные оболочки, базальные мембраны сосудов и др., что и определяет многообразие и полиморфизм их клинических проявлений. Генерализованное воспаление стенок сосудов, приводящее к ишемии многих органов и тканей, вносит дополнительный вклад в полиорганную картину этих болезней. Изучение патогенеза требует углубленных знаний в иммунологии, особенно, что касается проблемы аутоиммунитета. На поиски этиологии направлены современные достижения генетики.

Самым типичным представителем ДБСТ является системная красная волчанка (СКВ), на примере которой изучены основные морфологические проявления диффузного поражения структур соединительной ткани, доказан аутоиммунный механизм развития процесса с образованием большого количества циркулирующих в организме аутоантител против собственных клеток и их компонентов. СКВ – хроническое полисиндромное заболевание, преимущественно молодых женщин, развивающееся на фоне генетически обусловленного несовершенства иммунорегуляторных процессов, приводящего к неконтролируемой продукции антител к собственным клеткам и их компонентам с развитием аутоиммунного и иммунокомплексного воспаления (Насонова В.А., 1989 г.)

Системная склеродермия – системное заболевание соединительной ткани и мелких сосудов, характеризующееся распространенными фиброзно-склеротическими изменениями кожи, стромы внутренних органов и симптомами облитерирующего эндартериита в форме распространенного синдрома Рейно.).

Дерматомиозит – системное воспалительное заболевание скелетной и гладкой мускулатуры и кожи, реже отмечается вовлечение в патологический процесс внутренних органов. При отсутствии поражения кожи используют термин – полимиозит.

Несмотря на разработку и совершенствование современных методов лечения этих болезней, сохраняется высокий уровень инвалидизации среди этих больных, а применение высоких доз стероидов ведет к частым осложнениям лекарственной терапии. Среди последних большой проблемой становится остеопороз.

Все вышеуказанное подчеркивает важность и актуальность проблемы ДБСТ и необходимости ее тщательного изучения.

Цель занятия:

В результате изучения темы студенты должны:

иметь представление:

- * об элементах и свойствах соединительной ткани
- * об эпидемиологии диффузных болезней соединительной ткани

знать:

1. Сущность ДБСТ
2. Классификацию ДБСТ
3. Современные представления об этиологии и патогенезе ДБСТ
4. Основные морфологические изменения при ДБСТ
5. Клиническую симптоматику и параклинические признаки при СКВ, дерматомиозите, системной склеродермии.
6. Критерии диагноза СКВ, дерматомиоза, системной склеродермии
7. Дифференциальную диагностику ДБСТ
8. Принципы и методы медикаментозного лечения ДБСТ
9. Профилактику и диспансеризацию ДБСТ

Место проведения занятия:

Учебная комната кафедры

Содержание занятия:

1. Обсуждение вопросов клиники, диагностики, профилактики и диспансеризации при вышеуказанных ДБСТ.

Самостоятельная работа студентов

Внеаудиторная - 2 часа

Вопросы для самостоятельной работы:

1. Сущность понятия “ревматические болезни”, ДБСТ.
2. Строение и функции соединительной ткани
3. Общие факторы, имеющие значения в патогенезе ДБСТ и ревматических болезней. Нарушение иммунитета при ДБСТ.
4. Классификация ДБСТ. Сущность каждого из заболеваний, входящих в группу ДБСТ.
5. Определение и сущность СКВ
6. Этиология, патогенез СКВ
7. Морфологические изменения в органах и тканях при СКВ
8. Клиническая картина СКВ

9. Верификация диагноза СКВ
10. Клиническая и лабораторная характеристика СКВ
11. Критерии степени активности СКВ.
12. Лечение, первичная и вторичная профилактика СКВ
13. 13.. Определение понятия “дерматомиозит” (Д)
14. Представление об этиологии и патогенезе, патоморфология Д.
15. 15.. Клиника поражения кожи и мышц при Д
16. Висцеральные поражения при Д
17. Верификация диагноза, диагностические критерии Д
18. 18.. Лечение Д
19. Определение понятия “системная склеродермия” (ССД)
20. Представление об этиологии, патогенезе, патоморфология ССД
21. Клиника поражения кожи, мышц, суставов и слизистых оболочек при ССД
22. Висцеральные поражения при ССД
23. Верификация диагноза, диагностические критерии ССД
24. Классификация ССД
25. Лечение ССД

Литература для самоподготовки:

Основная:

1. Внутренние болезни. Учебник под ред. Ф.И. Комарова - М.:Медицина, 1990
2. Внутренние болезни: лекции для студентов и врачей / Под ред. В.И.Шулутко - Л., 1992
3. Внутренние болезни: в двух томах / Под ред. В.И. Шулутко. Т.1 - Спб, 1994
4. Диагностика и лечение внутренних болезней: руководство для врачей: в 3 томах. Под общей редакцией Ф.И. Комарова. Т.1. - М.:Медицина, 1991

Дополнительная:

1. В.А. Насонова, М.Г. Астаненко Клиническая ревматология. - М.:Медицина, 1995
2. Я.А. Сигидин, Н.Г. Гусева, М.М. Иванова Дуффузные болезни соединительной ткани: руководство для врачей - М.:Медицина, 1994
3. Ревматические болезни / Руководство для врачей/ Под ред. В.А. Насонова, В.Н. Бунчука - М.:Медицина, 1997

Методическую разработку подготовил доцент Е.В. Немеров

Тема: Анемии (разбор больных).

Мотивация:

Анемия – это истинное уменьшение в крови гемоглобина и количества эритроцитов ниже нормы. Частота анемий у взрослых колеблется от 7 до 11 %, и достигает среди беременных 50-80 %. До 80 % анемий считаются вторичными, т. е. являются симптомами или осложнениями заболеваний, не относящихся прямо к заболеваниям системы крови, и в значительной степени определяют их прогноз. Правильное лечение хронических анемических состояний требует знания патогенеза анемий, причин ее развития. Назначаемое без учета этого лечение является неадекватным и нередко приносящим вред. Все вышесказанное определяет актуальность изучения данной темы.

Цель занятия:

В результате изучения темы студенты должны:

- иметь представление о частоте анемического синдрома при различных заболеваниях.
- **знать:**
 - синдромное содержание термина “анемия”, клиническую и патофизиологическую ее сущность.
 - классификацию анемий.
 - клинические и гематологические показатели железодефицитной, В12-дефицитной, гипо- и апластической анемии.
 - объем и значение параклинических методов необходимых для верификации формы анемии. лечение вышеуказанных формах анемий.
- **владеть умением:**
 - методикой обследования больного с анемией.
 - оценкой анализа крови и пунктата костного мозга.
 - тактикой лечения больного с синдромом анемии.

Место проведения занятия: учебная комната кафедры, палаты.

Содержание занятия:

- клинический разбор больных.
- обсуждение и трактовка параклинических данных, формулировка диагноза, дифференциальный диагноз.
- обсуждение методов лечения и профилактики анемии.

Самостоятельная работа:

Внеаудиторная – 4 часа.

Вопросы для самостоятельной работы

1. Определение понятия “Анемия”.
2. Современная классификация анемий.
 1. Общие симптомы железодефицитных (ЖДА) анемий. Клинические проявления..Характерная картина периферической крови и костного мозга при ЖДА.
 2. Дополнительные методы исследования, подтверждающие диагноз ЖДА.
 3. Лечение и профилактика ЖДА.
 4. Клиническая картина В12-дефицитной анемии.
 5. Картина периферической крови и костного мозга при В12-дефицитной анемии. Что такое мегалобластическое кроветворение?
 6. Отличие клинки фоллиеводефицитной от В12-дефицитной анемии.
 7. Лечение и его эффективность при В12-дефицитной и фоллиеводефицитной анемиях. Профилактика обострений.
 8. Ретикулоцитарный криз и его диагностическое значение.
 9. Сущность апластических (гипопластических) анемий, отличие от других.
 10. Общие клинические признаки гипопластических и апластических анемий. Основные клинические синдромы, течение болезни, осложнения.
 11. Состояние периферической крови и костномозгового кроветворения при гипо - и апластических анемиях.
 12. Лечение и профилактика гипо – и апластических анемий.

Литература для самоподготовки:

Основная

1. “Внутренние болезни”, учебник (под редакцией Комарова Ф. И. – М. Медицина, 1990 г.)
2. Лекции по анемиям
3. “Внутренние болезни”, учебник (под редакцией Б.И.Шулутко, т.2- Санкт-Петербург, 1994 г)
4. Штейнгардт Ю. Н., Волкова Л. И. “Вопросы и ответы по внутренним болезням”, р. II, Томск, 1995 г.

Подготовила: доцент Мельник Т. Г.

Тема: Анемии (семинар).

Мотивация:

По своей сущности анемия является клинико-гематологическим синдромом, который встречается при многих заболеваниях и часто определяет их тяжесть и прогноз. Частота анемий у взрослых колеблется от 7 до 11 %. Крайне важно их диагностировать и правильно лечить. Наиболее распространенными среди анемий являются железодефицитные. Адекватное лечение хронических анемических состояний требует знания причин и патогенеза анемий, иначе, без учета этого, лечение является неправильным, нередко приносящим вред. Все вышесказанное определяет актуальность изучения данной темы.

Цель занятия:

В результате изучения темы студенты должны:

иметь представление о:

- современных методах исследования в гематологии

знать:

- сущность и содержание синдрома "анемия", клиническую, гематологическую и патофизиологическую его характеристику

- патогенетическую классификацию анемий;

этиологию, клинику, гематологическую картину, диагностику железодефицитной, В12-дефицитной, гипо- и

- апластической анемии;

- дифференциальную диагностику анемий;

- общие принципы лечения и схемы лечения железодефицитной, В12-дефицитной, гипо- и апластической анемий;

- профилактику выше указанных анемий и диспансеризацию

владеть:

- алгоритмом диагностики железодефицитной, В12-дефицитной, гипо- и апластической анемий;

- интерпретацией развернутого анализа крови

Место проведения занятия: учебная комната кафедры.

Содержание занятия:

- разбор сущности анемического синдрома, классификации анемий;

- обсуждение этиологии, патогенеза, клиники, диагностики железодефицитной, В12-дефицитной, гипо- и апластической анемий;

- алгоритм диагноза и дифференциального диагноза анемий;

- обсуждение принципов и схемы лечения анемий;

- профилактика анемий, диспансеризация.

Самостоятельная работа:

Внеаудиторная – 4 часа.

Вопросы для самостоятельной работы

1. Определение понятия "анемия".
2. Современная классификация анемий.
3. Сущность, патогенез и этиология железодефицитных (ЖДА) анемий.
4. Общие симптомы ЖДА. Клинические проявления сидеропенического синдрома.
5. Картина периферической крови и костного мозга при ЖДА.
6. Дополнительные методы исследования, подтверждающие диагноз ЖДА.
7. Лечение и профилактика ЖДА.
8. Сущность и этиопатогенез В12-дефицитной анемии.
9. Клиническая картина В12-дефицитной анемии.
10. Картина периферической крови и костного мозга при В12-дефицитной анемии. Что такое мегалобластическое кроветворение?
11. Жалобы и объективные данные со стороны желудочно-кишечного тракта при В12-дефицитной анемии.
12. Ранний неврологический синдром болезни (название, патоморфологическая сущность, проявление) при В12-дефицитной анемии.
13. Отличие клиники фолиеводефицитной от В12-дефицитной анемии.
14. Лечение и его эффективность при В12-дефицитной и фолиеводефицитной анемиях. Профилактика обострений.

15. Ретикулоцитарный криз и его диагностическое значение.
16. Сущность апластических (гипопластических) анемий, отличие от других.
17. Возможная этиология этих анемий. Патогенез болезни.
18. Общие клинические признаки гипопластических и апластических анемий. Основные клинические синдромы, течение болезни, осложнения.
19. Состояние периферической крови и костномозгового кроветворения при гипо - и апластических анемиях.
20. Лечение и профилактика гипо – и апластических анемий.

Литература для самоподготовки:

Основная

1. “Внутренние болезни”, учебник (под редакцией Комарова Ф. И. – М. Медицина, 1990 г.)
2. Лекции по анемиям
3. “Внутренние болезни”, учебник (под редакцией Б.И.Шулутко, т.2- Санкт-Петербург, 1994 г.

Дополнительная

1. “Руководство по гематологии”, под редакцией Воробьева А. И. - 1985 г., т.2.
2. Штейнгардт Ю. Н., Волкова Л. И. “Вопросы и ответы по внутренним болезням”, р. II, Томск, 1995 г.

Подготовила: доцент Мельник Т. Г.

Тема: ЛЕЙКОЗЫ (разбор больных)

Мотивация. Лейкоз – это злокачественная опухоль кроветворной ткани, исходящая из кроветворных клеток костного мозга. Заболеваемость лейкозами составляет 150-200 случаев в год на 1 млн. человек. На продолжительность жизни при острых лейкозах прежде всего влияет распространенность процесса к моменту постановки диагноза и активная цитостатическая терапия по современным схемам. Рано начатая терапия цитостатиками при остром лимфобластном лейкозе ведет к выздоровлению детей более, чем в 50% случаев. Диагноз лейкоза должен быть заподозрен терапевтом, что требует от последнего современных знаний об этой патологии.

Цель занятия.

В результате изучения темы студент должен

Иметь представление:

- о классификации гемобластозов, их частоте;
- о картине костного мозга при лейкозах;
- о роли цитохимических методов исследования клеток крови в диагностике лейкозов;
- о современных схемах лечения.

Знать:

- сущность, современные представления об этиопатогенезе лейкозов, их классификацию;
- клинику и диагностику острого лейкоза, хронического миелолейкоза и хронического лимфолейкоза;
- современные методы диагностики, диффдиагноза, принципы лечения этих форм лейкозов.

Владеть умениями:

- методикой обследования больного с лейкозом;
- планом дополнительного обследования в терапевтической клинике больного с подозрением на лейкоз;
- оценкой анализов крови у больных с острым и хроническим лейкозом;

Место проведения занятия – гематологическое отделение ОКБ.

Содержание занятия:

- 1) Клинический разбор больных с лейкозами.
- 2) Обсуждение и трактовка параклинических данных, формулировка диагноза, дифференциальный диагноз.
- 3) Обсуждение методов лечения острых и хронических лейкозов.

Самостоятельная работа

Внеаудиторная - 3 часа

Вопросы для самостоятельной работы

1. Сущность гемобластозов и лейкозов Классификация лейкозов.
2. Патогенетическое и гематологическое различие между острым и хроническим лейкозом
3. Клиника острого лейкоза, его течение, осложнения.
4. Гематологическая характеристика основных форм острого лейкоза. (периферическая кровь, костный мозг).
5. Общие принципы лечения острых лейкозов.
6. Признаки клинической и гематологической ремиссии . Течение. Прогноз.
7. Клиническая картина и течение хронического миелолейкоза.

8. Гематологическая картина хронического миелолейкоза (периферическая кровь, костный мозг).
9. Клиническая картина и течение хронического лимфолейкоза.
10. Гематологическая картина хронического лимфолейкоза. (периферическая кровь, костный мозг).
11. Какими гематологическими изменениями характеризуется:
 - а) обострение лейкозного процесса
 - б) бластные кризы
 - в) ремиссия лейкозного процесса
12. Общие принципы лечения хронических лейкозов. Лечение бластных кризов.

Литература для самоподготовки студентов

Основная:

- 1) «Внутренние болезни» под ред. Ф.И.Комарова с соавт., М., Медицина, 1990.
- 2) Лекции.
- 3) Вопросы и ответы по внутренним болезням. Метод указания, Томск, 1999 г.

Дополнительная:

- 4) Руководство по гематологии под ред. А.И.Воробьева, 1985, Т.1.
- 5) Л.Г.Ковалева «Острые лейкозы», М., Медицина, 1990.

Методическую разработку подготовила доцент Мельник Т.Г.

Тема: ЛЕЙКОЗЫ (семинар)

Мотивация для проведения занятия:

Лейкоз – это злокачественная опухоль кроветворной ткани, исходящая из кроветворных клеток костного мозга. Заболеваемость лейкозами составляет 150-200 случаев в год на 1 млн. человек. На продолжительность жизни при острых лейкозах прежде всего влияет распространенность процесса к моменту постановки диагноза и активная цитостатическая терапия по современным схемам. Рано начатая терапия цитостатиками при остром лимфобластном лейкозе ведет к выздоровлению детей более, чем в 50% случаев. Диагноз лейкоза должен быть заподозрен терапевтом, что требует от последнего современных знаний об этой патологии.

Цель занятия

- разобрать с современных позиций этиологию, патогенез, классификацию лейкозов, принятую в нашей стране ;клиническую и лабораторную диагностику лейкозов , дифференциальный диагноз с синдромо-меходными заболеваниями и принципы лечения лейкозов.

В результате проведенного занятия студент должен

иметь представление:

- о частоте гемобластозов, их классификации;
- о картине костного мозга в норме и при лейкозах;
- о современных схемах лечения лейкозов.

знать

- сущность, современные представления об этиопатогенезе лейкозов, их классификацию;
- клинику и диагностику острого лейкоза, хронического миело- и лимфолейкоза;
- методику обследования больных лейкозом;
- тактику врача и план дополнительного обследования в терапевтической клинике больных с подозрением на лейкоз;
- спектр заболеваний, требующих дифференциальной диагностики с лейкозами.

Место проведения занятия – учебная комната, класс компьютерного тестирования.

Содержание занятия:

- разобрать и уточнить вопросы особенностей клинической картины, анализов крови, миелограммы при различных вариантах гемобластозов, их острых и хронических форм;
- уяснить вопросы диагностики и дифференциальной диагностики различных форм лейкозов и синдромо-меходных заболеваний (агранулоцитоз, гипопластическая анемия, сепсис и др.), лейкомоидных реакций иного происхождения (туберкулез, саркома, СКВ, инфекционный мононуклеоз и др.);
- разобрать принципы лечения лейкозов;
- проверить свои знания по конкретным вопросам гематологии с помощью компьютерного тестирования.

Самостоятельная работа

Внеаудиторная работа - 2-3 часа.

Вопросы для самостоятельной подготовки.

1. Сущность гемобластозов.
2. Современные представления об этиопатогенезе лейкозов. Классификация лейкозов.
3. Клиническая картина острого лейкоза, хронического миело-, лимфолейкоза.
4. Картина крови и миелограммы при различных вариантах лейкозов.
5. Оценка других дополнительных методов исследования при лейкозах (клинические и биохимические анализы, УЗИ).
6. Тактика врача и план дополнительного обследования в терапевтическом стационаре больного с подозрением на лейкоз.
7. Принципы лечения лейкозов.

Литература для самостоятельной работы студентов**Основная**

1. Руководство по гематологии под ред. А.И.Воробьева, М. 1985, Т.1.
2. «Внутренние болезни» под ред. Ф.И.Комарова с соавт., М., Медицина, 1990.
3. .3. «Болезни крови». Вопросы и ответы по внутренним болезням. Ю.Н.Штейнгардт, Л.И.Волкова. – Томск, 1994.
4. «Внутренние болезни в вопросах и задачах». Компьютерное тестирование под ред. Л.И.Волковой, 2000.
5. «Внутренние болезни», Лекции для врачей и студентов. Б И Шулутко., Спб, 1994.
6. 6.Лекции

Дополнительная

- 1.«Патогенез и лечение лейкозов» А.И.Воробьев, М.Д.Бриллиант. М., 1976.
- 2.»Острые лейкозы», Л. Г. Ковалева., М.,Мед., 1990.
- 3.«Секреты гематологии и онкологии» Э.Мари Вуд, Пол А.Бонн. Москва, 1997

Методическую разработку подготовила доцент кафедры Н.А.Животягина.

У курс

ТЕМА: РЕВМАТИЗМ, МИТРАЛЬНЫЕ ПОРОКИ (РАЗБОР БОЛЬНЫХ)

Мотивация:

Основной причиной формирования приобретенных пороков сердца, в частности, митрального стеноза, является ревматизм. В нашей стране за последние 25 лет заболеваемость и смертность от ревматизма снизилась более чем в 3 раза. Однако распространенность ревматических пороков сердца остается высокой, что, в частности, связано с накоплением таких больных в старших возрастных группах. Митральные пороки сердца являются частой причиной нарушений сердечного ритма, сердечной недостаточности.

Митральный стеноз – порок, обусловленный срастанием створок митрального клапана между собой, что приводит к уменьшению площади отверстия митрального клапана и создает препятствие движению крови из левого предсердия в левый желудочек.

Недостаточность митрального клапана – порок, обусловленный деформацией створок митрального клапана, при котором они не закрывают полностью митральное отверстие и во время систолы желудочков происходит обратный ток крови из левого желудочка в левое предсердие (митральная регургитация).

Цель занятия:

- 1) Научиться методике обследования больных с митральным стенозом и митральной недостаточностью.
- 2) Усвоить принципы диагностики ревматизма в неактивной фазе.
- 3) Научиться правильной трактовке клинических и параклинических показателей, необходимых для верификации пороков сердца.

Студенты должны иметь представление:

- Об инвазивных методах диагностики пороков сердца.
- О показаниях к инвазивным исследованиям при пороках сердца (зондирование правых отделов сердца, вентрикулокоронарография).
- О методах хирургической коррекции пороков митрального клапана и показаниях к ним.

Студенты должны

-знать:

- Патоморфологию митрального стеноза, митральной недостаточности, сложного митрального порока.
- Изменения внутрисердечной и системной гемодинамики при митральном стенозе, митральной недостаточности, сложном митральном пороке.
- Механизмы компенсации.
- Термины “сложный” и “комбинированный порок сердца”.
- Основные клинические проявления (жалобы больных, данные физикального обследования) при митральном стенозе, митральной недостаточности, сложном митральном пороке.
- Ведущие признаки митральных пороков сердца.
- Основные изменения, выявляемые инструментальными методами (ЭКГ, ФКГ, рентгенография грудной клетки, ЭхоКС).
- Особенности лечения сердечной недостаточности при декомпенсированном митральном стенозе, митральной недостаточности, сложном митральном пороке.

- уметь:

- Обследовать больного с пороками митрального клапана и составить план необходимых лабораторных и инструментальных исследований.
- Правильно интерпретировать результаты дополнительных исследований, в том числе ЭхоКС (УЗИ сердца).
- Формулировать диагноз ревматизма при наличии порока сердца.

Место проведения занятия: в палате, у постели больного и в учебной комнате.

Содержание занятия:

1. Контроль знаний по теме занятия, краткое обсуждение основных положений темы.
2. Клинический разбор (доклад куратора, осмотр больного в палате).
3. Обсуждение полученных анамнестических и физикальных данных, формулировка предварительного диагноза, составление плана обследования больного.
4. Обсуждение и трактовка параклинических данных, формулировка окончательного диагноза, дифференциальный диагноз.
5. Обсуждение тактики лечения и диспансеризации осмотренного больного.

Самостоятельная работа (внеаудиторная): 2 часа

Вопросы для самоподготовки:

1. Основные причины формирования митральных пороков.
2. Сущность терминов “сложный порок сердца”, “комбинированный порок сердца”.

3. Норма площади отверстия митрального клапана. “Критическая” площадь митрального отверстия, при которой начинаются заметные гемодинамические расстройства.
4. Методы выявления порока сердца в период компенсации.
5. Основные клинические проявления митральных пороков.
6. Основные осложнения митральных пороков сердца (сердечная недостаточность, нарушения ритма сердца, эмболии, вторичный инфекционный эндокардит).
7. Основные методы диагностики митральных пороков сердца.
8. Принципы лечения сердечной недостаточности, профилактики системных тромбоэмболий, вторичного инфекционного эндокардита.

Литература для самостоятельного изучения:

Основная:

- 1) Учебник “Внутренние болезни” под ред. В.И. Комарова с соавт. М., 1990.
- 2) Маколкин В.И., Овчаренко С.И. Внутренние болезни. М., 2000.
- 3) Насонова В.А., Астапенко М.Г. Клиническая ревматология. М., 1989.
- 4) Маколкин В.И. Приобретенные пороки сердца. Москва, 1986.

Дополнительная:

- 1) Чиркин А.А. и др. Диагностический справочник терапевта. Минск, 1993.
- 2) Виноградов А.В. Дифференциальный диагноз внутренних болезней. М., 1988.

**Тема: Инфекционный эндокардит.
(разбор больных)**

Мотивация

Инфекционный эндокардит – тяжелое заболевание эндокарда, чаще клапанного, вызываемое инфекционным агентом, протекающее по типу инфекционного и иммунного, аутоиммунного воспаления с вовлечением многих органов и систем, с возможным гематогенным заносом инфицированных тромбэмболов в различные органы и ткани.

Заболеваемость инфекционным эндокардитом значительно участилась в последние годы в связи с широким внедрением в медицинскую практику инвазивных методов диагностики и лечения. Росту заболевания способствует также распространение наркомании, снижение иммунной защиты у значительных слоев населения в связи с экологическими, экономическими, политическими потрясениями.

Изучение инфекционного эндокардита чрезвычайно важно также и потому, что несмотря на мощный арсенал антимикробных средств, смертность от него остается очень высокой – около 30% с учетом ранних и около 50% с учетом поздних осложнений.

Цель занятия:

В результате изучения темы студенты должны:

иметь представление:

- Об эпидемиологии инфекционного эндокардита ,
- О факторах риска возникновения инфекционного эндокардита

знать:

- Основные этиологические факторы и патогенетические механизмы инфекционного эндокардита.
- Классификацию заболевания.
- Особенности острого и подострого инфекционного эндокардита.
- Основные диагностические клинические и лабораторно-инструментальные критерии инфекционного эндокардита.
- Осложнения заболевания.
- Дифференциально-диагностический спектр инфекционного эндокардита.
- Принципы лечения инфекционного эндокардита.

владеть умением:

- грамотного физикального исследования больного с подозрением на инфекционный эндокардит,
- интерпретации клинических и параклинических показателей для верификации инфекционного эндокардита и оценки его активности,
- формулирования клинического диагноза инфекционного эндокардита.

Место проведения занятия:

учебная комната , палаты

Содержание занятия:

1. Клинический разбор больных с инфекционным эндокардитом (доклад кураторов, осмотр больных в палате)
2. Обсуждение и трактовка параклинических данных, формулировка диагноза, дифференциальный диагноз.
3. Обсуждение методов лечения и профилактики заболевания.

Самостоятельная работа студентов

Внеаудиторная - 2 часа

Вопросы для самостоятельной работы:

1. Современное представление о сущности инфекционного эндокардита.
2. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Классификация
3. Клиническая картина инфекционного эндокардита. Особенности клиники в зависимости от возбудителя, формы, стадии заболевания (кардиальные, внекардиальные проявления).
4. Лабораторные и инструментальные методы диагностики заболевания
5. Диагноз и дифференциальный диагноз инфекционного эндокардита.
6. Осложнения инфекционного эндокардита (ранние, поздние)
7. Этиотропная терапия инфекционного эндокардита .
8. Патогенетическая и симптоматическая терапия.
9. Показания к хирургическому лечению.
10. Критерии излечения
11. Профилактика. Диспансеризация.

Литература для самоподготовки:

Основная

1. Внутренние болезни. Учебник под ред. Ф.И. Комарова, Г.В. Кукеса, А.С. Сметнева. М., 1991
2. Б.И. Шулутоко Внутренние болезни. Лекции для врачей и студентов. Спб., 1994
3. Лекции

Дополнительная

1. А.А. Демин., Ал.А. Демин. «Бактериальные эндокардиты», М.1978.
2. О.М. Буткевич, Т.Л. Виноградова «Инфекционный эндокардит» , М.1997.
3. Р.Б. Минкин. «Болезни сердечно-сосудистой системы». С-Пб., 1994.
5. «Руководство по кардиологии» под ред. Е.И. Чазова, М. 1984.
6. Диагностика и лечение внутренних болезней. Рук-во для врачей в 3 т. Ред. Ф.И. Комаров, М., 1991

Методическую разработку подготовил доцент Н.А. Животягина.

Тема: Аортальные пороки. (разбор больных)

Мотивация.

Приобретенные аортальные пороки сердца встречаются довольно часто, причем поражаются люди разных возрастных групп. Природа заболеваний, вызывающих формирование аортальных пороков, может быть различной, что требует умения распознать по клиническим и лабораторным симптомам как сам порок, так и его этио- и патофизиологическую сущность, для того, чтобы избрать оптимальную тактику лечения больного.

Аортальный стеноз-сужение устья аорты вследствие воспалительных и (или) дегенеративных изменений полулунных створок аортального клапана, препятствующее нормальному опорожнению левого желудочка во время его систолы.

Недостаточность аортального клапана – неполное смыкание полулунных створок аортального клапана, обуславливающее обратный ток крови из аорты в левый желудочек во время его диастолы.

Цель занятия:

В результате изучения темы студенты должны:

иметь представление:

-О месте аортальных пороков в структуре заболеваний сердца

знать:

- Основные этиологические факторы, патогенетические механизмы и нарушения гемодинамики при аортальном стенозе и аортальной недостаточности.
- Клиническую симптоматику аортального стеноза и недостаточности (кардиальные и некардиальные периферические проявления).
- Возможные клинические ситуации, приводящие к формированию относительных аортальных стеноза и недостаточности..
- Основные диагностические методы для выявления аортальных пороков.
- Осложнения аортального стеноза и аортальной недостаточности. 6. Дифференциальная диагностика аортального стеноза и недостаточности.
- Лечение аортальных пороков, показания к хирургическому лечению .

владеть умением:

- -грамотного и последовательного физикального исследования больного с подозрением на аортальный порок,
- -интерпретации клинических и параклинических данных для верификации аортального стеноза и недостаточности и их происхождения
- -формулирования клинического диагноза аортального порока с учетом его природы
- -выбора оптимальной терапии конкретному больному с аортальным пороком с учетом этиологии, особенностей клинического течения, осложнений
- -решения вопроса о необходимости консультации кардиохирурга на предмет оперативного лечения аортального порока.

Место проведения занятия:

учебная комната, палаты 3 горбольницы, кардиоцентра

Содержание занятия:

1. Клинический разбор больных с аортальной недостаточностью и аортальным стенозом – истинной и относительной (доклад кураторов, осмотр больных в палате)
2. Обсуждение и трактовка параклинических данных, формулировка диагноза, дифференциальный диагноз.
3. Обсуждение методов лечения, прогноза и профилактики аортальных пороков.

Самостоятельная работа студентов

Внеаудиторная - 2 часа

Вопросы для самостоятельной работы:

1. Гемодинамическая сущность аортальных стеноза и недостаточности
2. Этиология, патогенез аортального стеноза, аортальной недостаточности
3. Физикальные симптомы аортального стеноза и аортальной недостаточности (сердечные и внесердечные периферические проявления)
4. Клиника сложного аортального порока.
5. Понятие о митрализации аортальных пороков
6. Сущность относительных аортальных стеноза и недостаточности
7. Параклиническая верификация аортальных пороков
8. Особенности клиники аортальных пороков различной этиологии
9. Течение, прогноз, осложнения аортальных стеноза и недостаточности
10. Место диагноза «аортальный порок» с общей структуре клинического диагноза
11. Принципы лечения больных с аортальными пороками
12. Показания к хирургическому лечению

Литература для самоподготовки:

Основная

1. Внутренние болезни. Учебник под ред. Ф.И. Комарова, Г.В. Кукеса, А.С. Сметнева. М., 1991
2. Б.И. Шулуто Внутренние болезни. Лекции для врачей и студентов. С-Пб., 1994.
3. В.И.Маколкин. Приобретенные пороки сердца. М., 1986.
4. Лекции

Дополнительная

1. Ф.Ф.Тетенев. Физические методы исследования в клинике внутренних болезней, Томск, 1995.
2. Р.Б.Минкин. «Болезни сердечно-сосудистой системы». С-Пб., 1994.
3. Диагностика и лечение внутренних болезней. Рук-во для врачей в 3 т. Ред. Ф.И. Комаров, М., 1991

Методическую разработку подготовила доцент Н.А.Животягина.

ТЕМА: БОЛЕЗНИ ПЕРИКАРДА (РАЗБОР БОЛЬНЫХ)

Мотивация:

Перикардиты – воспалительные заболевания серозной оболочки сердца, чаще они являются проявлением или осложнением другого заболевания (пневмония, ИБС, некоронарогенные заболевания сердца, аллергические реакции, опухолевый или аутоиммунный процесс). В ряде случаев перикардит является основным проявлением заболевания, и от его диагностики зависит установление основного заболевания, его фазы и прогноза, а лечение перикардита превращается в основополагающую задачу. Экссудативные перикардиты с тампонадой сердца, гнойный перикардит, констриктивный перикардит являются угрожающими для жизни состояниями, требуют своевременной диагностики и адекватного энергичного лечения.

Цель занятия:

1. Научиться методике обследования больных с перикардитом.

2. Усвоить принципы диагностики перикардита, отдельных его форм, тампонады сердца.
3. Научиться правильной трактовке клинических и параклинических показателей, необходимых для верификации перикардита.
4. Научиться назначать лечение при различных формах перикардита.

Студенты должны иметь представление:

- О распространенности заболеваний перикарда, летальности при этих заболеваниях.
- О хирургических методах лечения (перикардэктомия), показаниях к ним.

Студенты должны

- знать:

- Патоморфологию перикардитов.
- Изменения внутрисердечной и системной гемодинамики при констриктивном перикардите, тампонаде сердца.
 - Этиологию, патогенез перикардитов.
 - Классификацию перикардитов
- Клинику отдельных форм перикардитов: фибринозного, экссудативного, гнойного, адгезивного неконстриктивного и констриктивного.
- Дифференциальный диагноз при синдроме выпота в перикард.
- Признаки тампонады сердца, показания к перикардиоцентезу.
- Неинвазивные методы верификации диагноза перикардитов (перкуссия, аускультация, рентгенография грудной клетки, УЗИ сердца, ЭКГ), их возможности и ограничения.
- Принципы лечения перикардитов. Этиологическая, патогенетическая, симптоматическая терапия. Фармакотерапия, основные классы лекарственных препаратов.

Владеть умением:

- Обследовать больного с перикардитами.
- Правильно интерпретировать результаты дополнительных исследований, в том числе ЭхоКС (УЗИ сердца).
- Формулировать диагноз перикардита.
- Проводить дифференциальный диагноз при перикардальном выпоте.
- Назначить лечение больному с перикардитом.

Место проведения занятия: в палате, у постели больного и в учебной комнате.

Содержание занятия:

1. Контроль знаний по теме занятия, краткое обсуждение основных положений темы.
2. Клинический разбор (доклад куратора, осмотр больного в палате).
3. Обсуждение полученных анамнестических и физикальных данных, формулировка предварительного диагноза, составление плана обследования больного.
4. Обсуждение и трактовка параклинических данных, формулировка окончательного диагноза, дифференциальный диагноз.
5. Обсуждение лечения и плана диспансеризации.

Самостоятельная работа

Внеаудиторная 2 часа.

Вопросы для самоподготовки:

1. Распространенность заболеваний перикарда, летальность при этих заболеваниях.
2. Патоморфология перикардитов.
3. Этиология и патогенез перикардитов.
4. Изменения внутрисердечной и системной гемодинамики при экссудативном, констриктивном перикардите, тампонаде сердца.
5. Классификация перикардитов
6. Клиника отдельных форм перикардитов: фибринозного, экссудативного, гнойного, адгезивного и констриктивного.
7. Дифференциальный диагноз при перикардальном выпоте.
8. Признаки тампонады сердца, показания к перикардиоцентезу.
9. Неинвазивные методы верификации диагноза перикардитов (перкуссия, аускультация, рентгенография грудной клетки, УЗИ сердца, ЭКГ), их возможности и ограничения.
10. Принципы лечения перикардитов. Этиологическая, патогенетическая, симптоматическая терапия.
11. Фармакотерапия, основные классы лекарственных препаратов.
12. Хирургические методы лечения (перикардэктомия), показания к ним

Литература для самостоятельного изучения:

Основная:

1. Учебник “Внутренние болезни” под ред. В.И. Комарова с соавт., М., 1990.
2. Маколкин В.И., Овчаренко С.И. Внутренние болезни, М., 2000.
3. Диагностика и лечение внутренних болезней. Руководство для врачей под ред. Ф.И.Комарова, М., 1991.
4. Лекции по внутренним болезням.
5. Метелица В.И. Справочник по клинической фармакологии сердечно-сосудистых лекарственных средств. М., 1996.
6. Огороков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов. Лечение болезней внутренних органов. М., 1995 – 1999.

Дополнительная:

1. Чиркин А.А. и др. Диагностический справочник терапевта. Минск, 1993.
2. Виноградов А.В. Дифференциальный диагноз внутренних болезней. М., 1988.
3. Лепяхин В.К., Белоусов Ю.Б., Моисеев В.С. Клиническая фармакология и фармакотерапия. Руководство для врачей. М., 1993.
4. Кардиология в схемах и таблицах, под ред. М.Фрида и С.Грайнс, пер. с англ. М., 1996.
5. Внутренние болезни. Под ред. Ю.Браунвальда и др. в 10 кн. Пер. с англ. М., 1993 – 1997. Том 5.
6. Сумароков А.В., Моисеев В.С. Клиническая кардиология. М., 1995.

Методическую разработку подготовила
ассистент Т.Ю.Мамонова

Тема: Гипертоническая болезнь и симптоматические артериальные гипертензии (разбор больных)

Мотивация для изучения темы. Системная артериальная гипертензия (АГ) имеет различное происхождение. Среди ее форм выделяют гипертоническую болезнь (эссенциальная гипертензия) и симптоматические, или вторичные гипертонии. Артериальные гипертензии относятся к числу наиболее распространенных заболеваний сердечно-сосудистой системы и являются одним из основных факторов риска развития ИБС. Дифференциальная диагностика различных форм АГ имеет принципиальное значение, так как некоторые из них (при поражении сосудов почки, феохромоцитоме, первичном альдостеронизме и др.) могут быть излечены. Необходимость четкого разграничения гипертонической болезни и симптоматических гипертоний требует всестороннего обследования больных с применением современных методов диагностики.

Учебные цели

В результате изучения темы студенты должны:

иметь представление :

- об эпидемиологии гипертонической болезни (ГБ) и симптоматических артериальных гипертензий (САГ);

знать:

- сущность, этиологию, патогенез, морфологию гипертонической болезни и симптоматических артериальных гипертензий, их современную классификацию;
- ведущую клиническую симптоматику синдрома АГ, этапы обследования больных, дифференциально-диагностические признаки гипертонической болезни и симптоматических артериальных гипертензий (почечных, гемодинамических, эндокринных,) Осложнения ГБ, сущность гипертонических кризов, их классификацию, средства для купирования гипертонических кризов, Принципы лечения АГ, основные группы антигипертензивных средств (антагонисты кальция, d,- β – адреноблокаторы, диуретики, ингибиторы АПФ, периферические вазодилататоры), выбор гипотензивных средств при сочетании гипертонической болезни с другими заболеваниями, немедикаментозное лечение артериальной гипертонии;
- диспансеризацию больных ГБ.

уметь:

- выделить ведущие клинические синдромы, правильно сформулировать и обосновать диагноз ГБ и САГ, составить план необходимых параклинических исследований;
- выбрать оптимальные методы гипотензивной терапии для конкретного больного.

владеть:

- методикой сбора жалоб и анамнеза;
- методикой физикального обследования больного с артериальной гипертонией;
- методикой оказания неотложной помощи при гипертонических кризах.

Место проведения занятия – учебная комната, палаты.

Содержание занятия:

1. Проверка подготовки студентов (контрольные вопросы или опрос).

2. Курация больных.
3. Клинический разбор больных (доклад куратора, осмотр больных в палатах).
4. Обсуждение, трактовка параклинических данных, формулировка диагноза, дифференциальный диагноз.
5. Обсуждение лечения, неотложной помощи при гипертонических кризах, диспансеризация.

Самостоятельная работа:

внеаудиторная – 2 часа

Вопросы для самостоятельной подготовки:

1. Сущность синдрома артериальных гипертензий (АГ)
2. Современная классификация АГ.
3. Сущность, этиология, патогенез, морфология ГБ и САГ.
4. Клиническая картина ГБ.
5. Этапы обследования больных с АГ.
6. Дифференциально-диагностические признаки ГБ и САГ (почечных, гемодинамических, эндокринных).
7. Сущность гипертонических кризов, неотложная помощь.
8. Лечение ГБ. Основные группы гипотензивных препаратов.

Рекомендуемая литература для самоподготовки:

Основная:

1. «Внутренние болезни» /под ред.Ф.И.Комарова с соавт., М., Медицина, 1990.
2. Внутренние болезни под ред. Шулуток Б.И. С-П., 1994., 1998.
3. Лекции.
4. Внутренние болезни в вопросах и задачах. Учебное пособие. Томск. 2000.

Дополнительная:

5. Сумароков А.В., Моисеев В.С., Клиническая кардиология. М., 1995.
6. Кушаковский М.С. Гипертоническая болезнь и симптоматические гипертензии. М., 1992.
7. Методические рекомендации Российского национального конгресса «Человек и лекарство» Диагностика и лечение артериальной гипертензии. М., 1997.
8. Метелица В.И. Справочник по клинической фармакологии сердечно-сосудистых лекарственных средств. М., 1996.

Методические рекомендации подготовила ассистент Боярко В.В.

Тема: ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ И СИМПТОМАТИЧЕСКИЕ АРТЕРИАЛЬНЫЕ ГИПЕРТОНИИ (СЕМИНАР)

Мотивация. Артериальная гипертензия (АГ) – это повышение систолического или \ и диастолического давления в артериях большого круга кровообращения.

Гипертоническая болезнь (ГБ), или эссенциальная артериальная гипертензия – полиэтиологическое заболевание, при котором повышение артериального давления не связано с первичными повреждениями органов или систем.

Симптоматические или вторичные АГ (САГ) – это АГ, причинно связанные с определенными заболеваниями органов (или систем), участвующих в регуляции АД. Дифференциальная диагностика различных форм артериальных гипертензий имеет принципиальное значение, так как некоторые из них (при поражении сосудов почки, феохромоцитоме, первичном альдостеронизме и др.) могут быть излечены. Необходимость четкого разграничения гипертонической болезни и симптоматических гипертензий требует всестороннего обследования больных с применением современных методов диагностики.

Учебные цели:

Иметь представление

- о распространенности ГБ среди взрослого населения
- о современных методах диагностики САГ

В результате самостоятельного изучения литературы, практического занятия с разбором больных с ГБ и САГ и настоящего семинара слушатели должны

Знать и уметь использовать:

- сущность, современные взгляды на этиологию, патогенез, морфологию, клинику, диагностику ГБ и основных САГ, этапы обследования больных с синдромом артериальной гипертензии, основные дифференциальные диагностические критерии ГБ и САГ;
- осложнения ГБ, сущность гипертонических кризов, их классификацию, врачебную тактику при гипертонических кризах;
- принципы лечения АГ, основные группы антигипертензивных препаратов, ступенчатое назначение пре-

- паратов в зависимости от стадии ГБ, выбор препаратов с учетом осложнений, сопутствующих заболеваний;
- диспансеризацию больных ГБ.

Место проведения занятия – учебная комната.

Содержание занятия:

- курация больных – 0,5 часа.
- Семинар – 3 часа
- контрольная по рецептуре - 0,5 часа

Самостоятельная работа:

внеаудиторная – 2 часа

Вопросы для самоподготовки:

1. Сущность синдрома артериальной гипертензии, определение ГБ и САГ.
2. Классификация АГ., степени ее тяжести.
3. Этиология, патогенез, морфологические изменения при ГБ.
4. Стадии ГБ.
5. Этапы и алгоритм обследования больных с АГ. Верификация диагноза ГБ.
6. Почечные артериальные гипертензии : паренхиматозные, реноваскулярные. Причины, механизмы повышения АД. Диагностика.
7. Гемодинамические артериальные гипертензии. Причины, механизмы повышения АД. Диагностика.
8. Эндокринные артериальные гипертензии: феохромоцитома, синдром и болезнь Иценко-Кушинга, первичный альдостеронизм. Причины, механизмы повышения АД. Диагностика.
9. Гипертонические кризы, сущность, классификация, неотложная помощь.
10. Принципы современного лечения ГБ. Основные группы антигипертензивных препаратов.

Рекомендованная литература:

Основная:

1. Внутренние болезни. Учебник под ред. Комарова Ф.И. М.Мед., 1990.
2. Внутренние болезни. Лекции для студентов и врачей по ред Б.И.Шулутко,
3. С.-Пб, 1994.
4. Лекции по внутренним болезням.
5. Внутренние болезни в вопросах и задачах. Учеб. пособие. Томск. 2000.
6. Гипертоническая болезнь и симптоматические артериальные гипертензии. М.С.Кушаковский. М. Мед. 1992.

Дополнительная:

1. Клиническая фармакология и фармакотерапия. Ю.Б.Белюсов с соавт. М.1997
2. Справочник по клинической фармакологии сердечно-сосудистых лекарственных средств. В.И.Метелица. М.Медпрактик. 1996.
3. Диагностика и лечение артериальной гипертонии. Методические рекомендации Российского национального конгресса «Человек и лекарство» под ред. Г.Г.Арабидзе. М.1997.

Методическую разработку
подготовила ассистент Боярко В.В.

Тема: ИБС, СТЕНОКАРДИЯ (разбор больных)

Мотивация: При очевидных успехах лечения, ИБС остается грозным заболеванием, являясь основной причиной смертности населения в большинстве стран мира. Поэтому вопросы профилактики, эффективного лечения и повышения качества жизни больных ИБС являются актуальными для большинства стран мира, в том числе и России.

Стенокардия – это синдром, который является клиническим проявлением острой коронарной недостаточности и одним из самых частых клинических проявлений ИБС.

Цель занятия: изучить этиологию, патогенез, усвоить вопросы клиники, диагностики и лечебные мероприятия при ИБС, стенокардии

Студент должен иметь представление:

- о электрокардиографических нагрузочных пробах (велоэргометрической, фармакологических, чреспищеводной электрической стимуляции предсердий),
- о рентгеноангиографических методах исследования (коронарная ангиография, вентрикулография).

Студент должен

-знать:

1. Сущность ИБС, основные факторы риска, патогенез.
2. Классификацию ИБС.
3. Клиническую картину приступа стенокардии (стенокардитический синдром), отличие синдрома стенокардии от кардиалгии при НЦД, остеохондрозе грудного и шейного отдела позвоночника и др.
4. Клиническую характеристику больных стенокардией напряжения различных функциональных классов и нестабильной стенокардии.
5. Объем и значение основных параклинических методов исследований, необходимых для верификации диагноза. ЭКГ диагностика нарушений коронарного кровообращения.
6. Лечебные мероприятия при приступе стенокардии и терапию при стабильной и нестабильной стенокардии
7. Вопросы диспансеризации.

Владеть умением:

1. Грамотно проводить сбор жалоб, анамнеза и объективное исследование больных ИБС, с учетом ее разных форм
2. Правильно оценить найденные патологические симптомы
3. Интерпретировать результаты дополнительных исследований
4. Правильно формулировать диагноз и назначить лечение.

Место проведения занятия: разбор больного проводится в палате, обсуждение в учебной комнате.

Содержание занятия:

1. Клинический разбор больного (доклад куратора, объективное обследование больного в палате).
2. Формулировка предварительного диагноза и дифференциальная диагностика с синдромосходными заболеваниями.
3. Трактовка лабораторных и специальных методов исследования.
4. Формулировка окончательного диагноза и верификация его.
5. Обсуждение методов лечения и профилактики.

Самостоятельная работа

Внеаудиторная 2

Вопросы для самостоятельной подготовки:

1. Сущность ИБС, основные факторы риска
2. Патогенез ИБС. Сущность синдрома – коронарная недостаточность, его патофизиология
3. Классификация ИБС
4. Клинические проявления стенокардии (стенокардитический синдром)
5. Клиническая характеристика стенокардии напряжения различных функциональных классов
6. Клинические проявления других форм стенокардии (впервые возникшей, нестабильной, спонтанной стенокардии)
7. Диагностика стенокардии (ЭКГ, нагрузочные пробы, коронарная ангиография, радионуклеидные методы исследования)
8. Дифференциальная диагностика стенокардии с кардиалгиями при других сердечно-сосудистых заболеваниях (гипертрофическая кардиомиопатия, клапанный стеноз устья аорты и т.д.) и некоторых некардиальных заболеваний (остеохондроз грудного отдела позвоночника, синдром передней лестничной мышцы, грыжа пищевого отдела диафрагмы и др.)
9. Лечебные мероприятия при приступе стенокардии и терапия разных форм стенокардии
10. Основные группы антиангинальных препаратов, принципы ступенчатого медикаментозного лечения
11. Диспансеризация больных.

Литература:**Основная:**

1. Внутренние болезни. Учебник под ред. Ф.И.Комарова, М., 1990.
2. Гасилин В.С. Стенокардия, М., Медицина, 1987
3. Лекции

Дополнительная:

1. Руководство по кардиологии, ред. Е.И.Чазов, М., 1982.
2. Кардиология в таблицах и схемах, Практика, М, 1996.

3. Орлов В.Н. Руководство по ЭКГ. М., 1983.

Методическую разработку подготовила асс. Балаганская М.А.

Тема: ИБС, ИНФАРКТ МИОКАРДА (разбор больных)

Мотивация: При очевидных успехах лечения и профилактики инфаркт миокарда (ИМ) остается грозным проявлением ИБС, являясь основной причиной смертности населения в большинстве стран мира. Увеличение заболеваемости в целом и «омоложение» инфаркта миокарда не вызывают сомнения. Поэтому вопросы профилактики, эффективного лечения и повышения качества жизни больных ИМ являются актуальными для большинства стран мира, в том числе и России.

Инфаркт миокарда – это острый коронарный синдром с развитием одного или нескольких очагов ишемического некроза в сердечной мышце, обусловленных неадекватным ее кровоснабжением.

Цель занятия: изучить этиологию, патогенез, усвоить вопросы клиники, диагностики, лечебные мероприятия и неотложную помощь при ИМ, его осложнения.

Студент должен иметь представление:

- о современной организации оказания медицинской помощи при инфаркте миокарда (кардиологические бригады, палаты интенсивной терапии, их оснащение), принципах реабилитации больных, перенесших инфаркт миокарда, методах хирургического лечения ИБС.

Студент должен знать:

1. Основные клинические формы инфаркта миокарда (ИМ), его осложнения.
2. Диагностическое значение параклинических методов исследования и их интерпретацию (ЭКГ, биохимические анализы крови, общий анализ крови, сцинтиграфия миокарда).
3. Диф.диагноз инфаркта миокарда с синдромосходными неотложными состояниями: расслаивающая аневризма аорты, тромбоэмболия легочной артерии, затянувшийся приступ стенокардии, прободная язва желудка, панкреонекроз.
4. Принципы лечения больного инфарктом в разные периоды болезни.
5. Реабилитацию больных инфарктом миокарда.

Владеть умением:

1. Грамотно проводить сбор жалоб, анамнеза и объективное исследование больных ИМ;
2. Правильно оценить найденные патологические симптомы
3. Регистрировать и анализировать ЭКГ. Дать заключения по ЭКГ с указанием изменений, характеризующих нарушения коронарного кровообращения.
4. Правильно интерпретировать данные дополнительного обследования, необходимые для обоснования ИМ.
5. Владеть врачебной тактикой оказания неотложной помощи при инфаркте миокарда и его основных осложнениях.

Место проведения занятия: отделение неотложной кардиологии НИИ кардиологии.

Содержание занятия:

1. Микрокурация больных
2. Клинический разбор больных (доклад куратора, осмотр больных в палате)
3. Обсуждение и трактовка параклинических данных, формулировка диагноза, дифференциальный диагноз
4. Обсуждение методов лечения ИМ
5. Обсуждение тактики врача неотложной помощи при ИМ
6. Самостоятельный анализ ЭКГ с коронарной недостаточностью

Самостоятельная работа

Внеаудиторная __3 часа__

Вопросы для самостоятельной подготовки:

1. Определение инфаркта миокарда, его патогенез. Понятие о нестабильности атеросклеротической бляшки.
2. Основные клинические формы инфаркта миокарда.
3. Электрокардиографические признаки инфаркта миокарда.

4. Диагностическое значение параклинических методов исследования (биохимические анализы крови и мочи, общий анализ крови, сцинтиграфия миокарда).
5. Диф.диагноз инфаркта миокарда с синдромосходными неотложными состояниями: расслаивающая аневризма аорты, тромбоэмболия легочной артерии, затянувшийся приступ стенокардии, прободная язва желудка, панкреонекроз.
6. Осложнения инфаркта миокарда.
7. Принципы лечения и реабилитации больного инфарктом в разные периоды болезни.

Литература:

Основная:

1. Внутренние болезни. Учебник под ред. Ф.И.Комарова, М., 1990.
2. Сыркин А.Л. Инфаркт миокарда. М., 1991.
3. Орлов В.Н. Руководство по ЭКГ. М., 1983.
4. Лекции

Дополнительная:

1. Руководство по кардиологии, ред. Е.И.Чазов, М., 1982.
2. Кардиология в таблицах и схемах, Практика, М, 1996.
3. Алперт Дж., Френсис Г. Лечение инфаркта миокарда. Практика, 1999.

Методическую разработку подготовила асс. Балаганская М.А.

Тема: АТЕРОСКЛЕРОЗ, ИБС (семинар)

Мотивация: Атеросклероз - болезнь поражающая артерии среднего и крупного калибра, характеризуется отложением в интиме сосудов липидов (холестерина), с образование атеросклеротических бляшек, что приводит к развитию ишемии органов, которые кровоснабжаются этими сосудами.

ИБС – острое или хроническое поражение миокарда, обусловленное неадекватным его кровоснабжением (уменьшение или прекращение последнего) вследствие патологических процессов в коронарных артериях – атеросклероза, коронаростеноза или их сочетания. При очевидных успехах лечения ИБС остается грозным заболеванием, являясь основной причиной смертности населения в большинстве стран мира. Поэтому вопросы профилактики, эффективного лечения и повышения качества жизни больных ИБС являются актуальными в настоящее время.

Цель занятия: выяснить знания о сущности, этиологии, патогенезе, усвоение вопросов касающихся клиники, диагностики и лечебных мероприятий при атеросклерозе и ИБС

Студент должен иметь представление:

- о распространенности ИБС среди населения
- электрокардиографических нагрузочных пробах (велоэргометрической, фармакологических, чреспищеводной электрической стимуляции предсердий),
- о рентгеноангиографических методах исследования (коронарная ангиография, вентрикулография).

Студент должен

- знать:

1. Сущность атеросклероза и ИБС, основные их факторы риска, патогенез.
2. Клинические проявления основных локализаций атеросклероза (сосудов головного мозга – цереброваскулярная болезнь, нижних конечностей, сосудов брюшной полости)
3. Классификацию ИБС
4. Клиническую характеристику стенокардии
5. Дифференциальная диагностика стенокардии, отличие синдрома стенокардии от кардиалгии при ИЦД, остеохондрозе грудного и шейного отдела позвоночника и др.
6. Основные клинические формы инфаркта миокарда (ИМ), его осложнения.
7. Диф.диагноз инфаркта миокарда с синдромосходными неотложными
8. состояниями: расслаивающая аневризма аорты, тромбоэмболия легочной
9. артерии, затянувшийся приступ стенокардии, прободная язва желудка,
10. панкреонекроз.
11. Объем и значение основных параклинических методов исследований, необходимых для верификации диагноза. ЭКГ диагностика инфаркта миокарда.
12. Основные принципы лечения атеросклероза

13. Лечебные мероприятия при приступе стенокардии и терапию при разных формах ИБС
14. Принципы лечения больного инфарктом в разные периоды болезни
15. Вопросы диспансеризации

Место проведения занятия: учебная комната.

Содержание занятия:

1. Разбор учебных вопросов
2. Контрольная работа по рецептуре "Антиангинальные средства"

Самостоятельная работа

Внеаудиторная 2

Вопросы для самостоятельной подготовки:

1. Сущность атеросклероза.
2. Факторы, способствующие развитию атеросклероза. Патогенез атеросклероза.
3. Клинические проявления атеросклероза сосудов головного мозга, кишечника, нижних конечностей.
4. Основные принципы лечения атеросклероза
5. Основные группы гиполипидемических препаратов, механизм действия
6. Сущность ИБС, основные факторы риска
7. Патогенез ИБС
8. Классификация ИБС
9. Клинические проявления стенокардии
10. Клиническая характеристика стенокардии напряжения различных функциональных классов
11. Клинические проявления других форм стенокардии (впервые возникшей стенокардии, прогрессирующей стенокардии, спонтанной стенокардии)
12. Диагностика стенокардии (ЭКГ, нагрузочные пробы, коронарная ангиография, радионуклеидные методы исследования)
13. Дифференциальная диагностика стенокардии с кардиалгиями при других сердечно-сосудистых заболеваниях (гипертрофическая кардиомиопатия, клапанный стеноз устья аорты и т.д.) и некоторых некардиальных заболеваний (остеохондроз грудного отдела позвоночника, синдром передней лестничной мышцы, грыжа пищевого отдела диафрагмы и др.)
14. Лечебные мероприятия при приступе стенокардии и терапия разных форм стенокардии
15. Основные группы антиангинальных препаратов, принципы ступенчатого медикаментозного лечения
16. Определение сущности инфаркта миокарда.
17. Этиология инфаркта миокарда
18. Патогенез инфаркта миокарда
19. Основные клинические формы инфаркта миокарда.
20. Электрокардиографические признаки инфаркта миокарда.
21. Диагностическое значение параклинических методов исследования (биохимические анализы крови и мочи, общий анализ крови, сцинтиграфия миокарда)
22. Диф.диагноз инфаркта миокарда с синдромосходными неотложными состояниями: расслаивающая аневризма аорты, тромбоэмболия легочной артерии, затянувшийся приступ стенокардии, прободная язва желудка, панкреонекроз.
23. Осложнения инфаркта миокарда.
24. Принципы лечения больного инфарктом в разные периоды болезни
25. Диспансеризация больных

Литература:

Основная:

1. Внутренние болезни. Учебник под ред. Ф.И.Комарова, М., 1990.
2. Шхвацабая И.К. "Ишемическая болезнь сердца", М., Медицина.
3. Гасилин В.С. Стенокардия, М., Медицина, 1987
4. Лекции

Дополнительная:

1. Руководство по кардиологии, ред. Е.И.Чазов, М., 1982.
2. Кардиология в таблицах и схемах, Практика, М, 1996.
3. Орлов В.Н. Руководство по ЭКГ. М., 1983.

ТЕМА: НЕДОСТАТОЧНОСТЬ КРОВООБРАЩЕНИЯ (РАЗБОР БОЛЬНЫХ, СЕМИНАР)

Мотивация:

Недостаточность кровообращения (НК) – наиболее частое осложнение всех органических болезней сердца, а также ряда других хронических заболеваний внутренних органов (ХНЗЛ, нефриты и пр.) и эндокринной системы (например, сахарного диабета, тиреотоксикоза). Она является одной из основных причин госпитализации, инвалидизации и смертности среди взрослого населения. Необходимо знать достижения в диагностике и лечении, которые во многом изменили наши представления о сердечной недостаточности (СН).

Недостаточность кровообращения – патологическое состояние, заключающееся в неспособности системы кровообращения доставлять органам и тканям необходимое для их нормального функционирования количество крови.

Сердечная недостаточность – патологическое состояние, при котором дисфункция сердца приводит к его неспособности перекачивать кровь со скоростью, необходимой для удовлетворения метаболических потребностей тканей, или же эти потребности обеспечиваются только за счет повышения давления наполнения желудочков.

Обморок – легкая форма острой сосудистой недостаточности, клинически проявляющаяся внезапно возникшей кратковременной потерей сознания, обусловленной снижением кровоснабжения мозга.

Коллапс – форма сосудистой недостаточности, характеризующаяся падением сосудистого тонуса, снижением артериального и венозного давления, венозного возврата к сердцу, признаками гипоксии головного мозга и угнетением жизненно важных функций организма.

Шок – форма сосудистой недостаточности, которая проявляется артериальной гипотензией и гипоперфузией тканей, приводящих к централизации кровообращения, ацидозу, нарушению функций жизненно важных органов.

Цель занятия:

1. Научиться методике обследования больных с недостаточностью кровообращения.
2. Усвоить принципы диагностики недостаточности кровообращения.
3. Научиться правильной трактовке клинических и параклинических показателей, необходимых для верификации НК.
4. Усвоить принципы лечения больных с хронической сердечной недостаточностью.
5. Научиться оказывать неотложную помощь больным с сердечной астмой и кардиогенным отеком легких, обмороком и коллапсом.

Студенты должны

иметь представление:

- Об особенностях метаболизма миокарда при сердечной недостаточности
- О современных представлениях о патогенезе сердечной недостаточности (СН).
- Об инвазивных методах диагностики СН.
- О немедикаментозных методах лечения СН (хирургическое лечение, трансплантация сердца, особые режимы кардиостимуляции).

знать:

- Сущность синдромов: НК, сердечная недостаточность, сосудистая недостаточность.
- Основные причины (этиология) сердечной недостаточности.
- Основные патогенетические моменты в развитии СН, роль почек и эндокринных факторов в возникновении нарушений водно-электролитного баланса.
- Понятия систолическая, диастолическая, “скрытая” СН.
- Современную классификацию СН (по Стражеско – Василенко – Лангу и NYHA – Нью-Йоркской ассоциации кардиологов).
- Характер изменений гемодинамики при СН. и сосудистой недостаточности
- Клинические проявления острой и хронической СН, лево- и правожелудочковой, сосудистой недостаточности.
- Методы диагностики СН и сосудистой недостаточности. Клинические и дополнительные методы исследования.
- Основные принципы диеты при СН. Режим больных СН.
- Фармакотерапия СН и сосудистой недостаточности.
- Показания и противопоказания к назначению основных классов лекарственных препаратов, используемых для лечения СН (ИАПФ, диуретики, периферические вазодилататоры, сердечные гликозиды).

- Методы экстренной помощи при обмороке, коллапсе, сердечной астме и отеке легких, острой сосудистой недостаточности.
- Показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению
- Принципы врачебно-трудоустройственной экспертизы у больных недостаточностью кровообращения.
- Прогноз у больных недостаточностью кровообращения.

Владеть умением:

- Обследовать больного с острой и хронической НК.
- Правильно интерпретировать результаты дополнительных исследований, в том числе ЭхоКС (УЗИ сердца).
- Формулировать диагноз у больных НК и СН различной этиологии.
- Дифференцировать отечный синдром на основании данных клинко-инструментального обследования.
- Дифференцировать синдром кардиомегалии на основании данных клинко-инструментального обследования.
- Дифференцировать синдром сердечной астмы и приступ бронхиальной астмы на основании данных клинко-инструментального обследования.
- Оказать помощь больному с обмороком, коллапсом.
- Оказать помощь больному с сердечной астмой, кардиогенным отеком легких.

Место проведения занятия: в палате, у постели больного и в учебной комнате.

Содержание занятия:

1. Клинический разбор (доклад куратора, осмотр больного в палате).
2. Обсуждение полученных анамнестических и физикальных данных, формулировка предварительного диагноза, составление плана обследования больного.
3. Обсуждение и трактовка параклинических данных, формулировка окончательного диагноза, дифференциальный диагноз.
4. Обсуждение лечения осмотренных больных
5. Разбор основных положений темы:
 - Сущность, классификация основных видов и форм НК.
 - Патогенез, клиника и лечение острой сосудистой недостаточности.
 - Сущность, этиология, патогенез, клиника СН.
 - Сущность, этиология, патогенез, клиника, диагностика. Лечение сердечной астмы и отека легких.
 - Лечение хронической СН. Особенности врачебной тактики с учетом основного патологического процесса и стадии СН.
 - Показания и противопоказания к применению сердечных гликозидов. Тактика длительного применения сердечных гликозидов.
6. Проведение тестового контроля по темам: АГ, ИБС, НК.

Самостоятельная работа

Внеаудиторная - 3 часа

Вопросы для самоподготовки:

1. Определение понятий СН, НК. Основные причины (этиология) сердечной недостаточности.
2. Современные представления о патогенезе СН.
3. Нарушения гемодинамики. Систолическая, диастолическая, "скрытая" сердечная недостаточность.
4. Особенности изменений метаболизма миокарда при СН.
5. Классификация СН (по Стражеско – Василенко – Лангу и NYHA – Нью-Йоркской ассоциации кардиологов).
6. Клинические проявления острой и хронической СН, лево- и правожелудочковой.
7. Методы диагностики СН. Клинические и инструментальные (УЗИ сердца) методы исследования.
8. Основные принципы диеты при СН. Режим больных СН.
9. Диета и режим при рефрактерной СН. Диета Карреля.
10. Фармакотерапия СН. Показания и противопоказания к назначению основных классов лекарственных препаратов, используемых для лечения СН (ИАПФ, диуретики, периферические вазодилататоры, сердечные гликозиды).
11. Оксигенотерапия у больных СН.
12. Клинические проявления острой и хронической сосудистой недостаточности.
13. Методы экстренной помощи при обмороке, коллапсе, сердечной астме и отеке легких.
14. Показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению
15. Принципы врачебно-трудоустройственной экспертизы у больных недостаточностью кровообращения.
16. Прогноз у больных недостаточностью кровообращения.

Литература для самостоятельного изучения:

Основная:

1. Учебник “Внутренние болезни” под ред. В.И. Комарова с соавт., М., 1990.
2. Маколкин В.И., Овчаренко С.И. Внутренние болезни, М., 2000.
3. Диагностика и лечение внутренних болезней. Руководство для врачей под ред. Ф.И. Комарова, М., 1991.
4. Лекции по внутренним болезням.
5. Метелица В.И. Справочник по клинической фармакологии сердечно-сосудистых лекарственных средств. М., 1996.
6. Окороков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов. Лечение болезней внутренних органов. М., 1995 – 1999.

Дополнительная:

1. Чиркин А.А. и др. Диагностический справочник терапевта, Минск, 1993.
2. Виноградов А.В. Дифференциальный диагноз внутренних болезней, М., 1988.
3. Внутренние болезни. Под ред. Ю. Браунвальда и др. в 10 кн. Пер. с англ. М., 1993 – 1997.
4. Лепяхин В.К., Белоусов Ю.Б., Моисеев В.С. Клиническая фармакология и фармакотерапия. Руководство для врачей. М., 1993.
5. Кардиология в схемах и таблицах, под ред. М. Фрида и С. Грайнс, пер. с англ. М., 1996.

Методическую разработку подготовила ассистент Т.Ю. Мамонова

Тема: НАРУШЕНИЯ РИТМА (разбор больных и семинар)

Мотивация:

Нарушения ритма являются не самостоятельной нозологической формой, а проявлением или осложнением заболеваний сердца органической и функциональной природы, многих эндокринных заболеваний (тиреотоксикоз, микседема, феохромоцитомы и др.), следствием различных интоксикаций медикаментами (сердечные гликозиды, симпатомиметики и др.) и т.д. Они часто определяют прогноз основного заболевания, нередко требуют неотложной медикаментозной либо инструментальной терапии.

Нарушениями ритма сердца называются различные изменения нормальной очередности и частоты сокращений сердца, которые наступают в результате расстройства функции автоматизма, возбудимости, проводимости.

Учебные цели:

В результате изучения темы студенты должны:

- **иметь представление :**
 - о современных методах диагностики нарушений ритма, применяемых в кардиологических отделениях (Холтеровское мониторирование, тест предсердной стимуляции, электрограмма пучка Гиса).
- **знать и уметь использовать:**
 - классификацию клинических форм нарушений ритма, их этиологию и патогенез;
 - клинику и ЭКГ-диагностику основных нарушений ритма (экстрасистолии, пароксизмальные тахикардии, мерцательная аритмия, АВ-блокады, асистолия, фибрилляция желудочков);
 - принципы и способы лечения нарушений ритма, оказание неотложной помощи, тактику врача при острых нарушениях ритма.
- **владеть:**
 - методикой правильного и последовательного обследования больного с нарушением ритма (сбор анамнеза, объективное обследование больных, регистрация ЭКГ);
 - правильной интерпретацией ЭКГ больного с нарушением ритма
 - методом правильной формулировки диагноза у больного с нарушением ритма сердца;
 - оказанием неотложной помощи при остро возникающих нарушениях ритма;
 - методикой подбора препаратов для лечения основных нарушений ритма.

Место проведения занятия - учебная комната, палаты.

Содержание занятия:

1. Клинический разбор больных (доклад куратора, осмотр больного в палате).
2. Обсуждение и трактовка параклинических данных, формулировка диагноза, дифференциальный диагноз.

3. Обсуждение лечения основных нарушений ритма, неотложной помощи при пароксизмальных нарушениях ритма, асистолии, полной а-в блокаде, фибрилляции желудочков.
4. Программ-контроль по нарушениям ритма
5. Контрольная работа по рецептуре

Самостоятельная работа:

- Внеаудиторная –3 часа

Вопросы для самоподготовки:

1. Определение понятия “нарушение ритма”.
2. Классификация нарушений ритма.
3. Этиология основных форм нарушений ритма (синусовых тахикардии и брадикардии, пароксизмальной тахикардии, экстрасистолии, мерцательной аритмии, фибрилляции желудочков, атриовентрикулярной блокады).
4. Клиника и диагностика выше перечисленных форм нарушений ритма.
5. ЭКГ-картина основных видов нарушений ритма.
6. Принципы и методы лечения пароксизмальной тахикардии, экстрасистолии, мерцательной аритмии, фибрилляции желудочков, атриовентрикулярной блокады.
7. Антиаритмические препараты (4 групп), их характеристика, показания и противопоказания для назначения.

Материалы для самоподготовки:

При изложении клиники **синусовых тахикардий** следует подчеркнуть, что степень выраженности клинических симптомов определяется основным заболеванием и может проявляться ощущением сердцебиения, чувством стеснения в груди, одышкой, усталостью. В тех случаях, когда в результате тахикардии продолжительность диастолы и систолы становится почти равной, говорят о маятникообразном ритме или эмбриокардии. Дифференциальный диагноз с другими видами тахикардии, проявляющимися правильным ритмом, проводится с помощью ЭКГ, а также с помощью вагусных проб (массаж каротидного синуса, надавливание на глазные яблоки), в результате которых происходит постепенное замедление частоты сердечных сокращений на непродолжительное время при наджелудочковых тахикардиях.

Синусовая брадикардия чаще всего субъективно не ощущается, но при очень резком урежении ритма могут появиться головокружение, неприятные ощущения в груди, одышка, обморок, слабость. При выслушивании сердца, пальпации пульса определяется редкий ритм. Следует помнить, что синусовую брадикардию необходимо дифференцировать с узловым ритмом, с редким ритмом при атриовентрикулярных блокадах II и III степени, с блокированной предсердной экстрасистолией по типу бигеминии и желудочковой экстрасистолией по типу тригеминии с выпадением пульсовой волны. Но, в отличие от указанных нарушений, при синусовой брадикардии редко число сердечных сокращений бывает меньше 40 в 1 мин, для нее характерно учащение ритма после физической или эмоциональной нагрузки, введения атропина, отсутствие дефицита пульса и разницы между частотой пульсации яремных вен и артериального пульса. Окончательное суждение о природе брадикардии выносится по ЭКГ.

Синусовая аритмия – обычно не вызывает неприятных ощущений за исключением случаев сочетания с резкой синусовой брадикардией. Диагноз устанавливают с помощью ЭКГ, учитывая фазы дыхания. Определенное вспомогательное значение имеет исчезновение синусовой аритмии после задержки дыхания, физической или эмоциональной нагрузки, введения атропина и, наоборот, усиление аритмии на фоне глубокого дыхания, в состоянии покоя.

Клиника нарушений ритма сердца, возникающая вне синусового узла (эктопических)

Нередко **экстрасистолия** не проявляется неприятными субъективными ощущениями и обнаруживается случайно, при врачебном осмотре или при регистрации ЭКГ. Субъективные ощущения характеризуются возникновением дискомфорта в груди на короткое время толчка или, наоборот, остановки сердца, сопровождающимся ощущением пульсации, в области шеи, эпигастральной области или в голове. Частые экстрасистолы могут проявляться непродолжительным сердцебиением, сжатием, тупыми ударами в области сердца, побледнением, тошнотой, головокружением. При пальпации пульса или аускультации сердца экстрасистолия определяется как появление преждевременного удара с последующей компенсаторной паузой. Для выявления экстрасистол, их топической диагностики необходима регистрация ЭКГ.

Пароксизмальные тахикардии, делящиеся на наджелудочковые и желудочковые, характеризуются внезапным началом и внезапным прекращением приступа учащения сердечного ритма (свыше 150 в одну минуту). Следует помнить, что клинические проявления во время приступа наджелудочковой тахикардии зависят от формы тахикардии, характера основного заболевания и частоты сердечного ритма и проявляются сердцебиением, одышкой, головокружением. После прекращения приступа отмечают тошнота, потоотделение, мышечная дрожь, позывы к мочеиспусканию с выделением большого количества мочи. Пульс частый, правильный, малого наполнения, неменяющийся при перемене положения тела, физической нагрузке. Паузы между I и II тонами сердца становятся почти одинаковыми, что напоминает маятникообразный ритм. Артериальное давление может быть повышенным, но при длительном приступе нередко снижается, особенно, систолическое. Окончательно диагноз устанавливают на основе электрокардиографических данных, по-

лученных во время приступа.

Клинические проявления желудочковой тахикардии подобны проявлениям, наблюдающимся у больных, с наджелудочковой тахикардией, но нередко больные не ощущают приступа сердцебиения и жалуются лишь на появление одышки, удушье, боли в груди. Желудочковая тахикардия может также проявиться слабостью, обмороком, бледностью, сопровождаться усилением или появлением сердечной недостаточности, развитием кардиогенного шока. Окончательная диагностика данного нарушения ритма возможна только по ЭКГ.

Клинические проявления мерцательной аритмии зависят от степени выраженности гемодинамических нарушений, что в свою очередь бывает обусловлено формой мерцательной аритмии и характером заболевания сердца. Выделяют пароксизмальную мерцательную аритмию с частыми желудочковыми сокращениями (более 140 в 1 минуту) и постоянную форму (тахи-нормо-брадиаритмические варианты).

Субъективные расстройства при пароксизме мерцательной аритмии такие же, как и при других формах пароксизмальных тахикардий. Несколько реже наблюдаются выраженные гемодинамические нарушения, приводящие к резкой гипотонии и, несколько чаще, эмболии. Объективно – выявляется неправильный пульс различного наполнения, его дефицит по сравнению с числом сердечных сокращений, аритмичность и неодинаковая сила сердечных тонов.

При тахисистолическом варианте постоянной формы мерцательной аритмии субъективно ощущается сердцебиение, одышка, быстрая утомляемость, часто выявляются признаки сердечной недостаточности; бради- и нормоаритмические формы этой аритмии часто протекают бессимптомно и нередко выявляются при случайном осмотре.

Трепетание или фибрилляция желудочков в клинике проявляются внезапной потерей сознания, иногда судорогами, в первые минуты цвет кожи бледно-серый, затем становится синюшным. Зрачки расширяются, дыхание, пульс на крупных артериях, сердцебиение отсутствуют. Подобную клинику может дать асистолия желудочков, но дифференциальный диагноз возможен только с помощью электрокардиографического исследования.

Клиника нарушений проводимости.

Клинических проявлений при блокаде I степени нет, но при значительном удлинении интервала P-Q может выслушиваться дополнительный тон, который иногда оценивается как расщепление первого тона.

Субъективная симптоматика атриовентрикулярной блокады II степени сходна с симптоматикой при экстрасистолии и зависит от продолжительности и частоты выпадения сокращений желудочков.

При длительных паузах в сокращениях желудочков могут появиться головокружение, слабость, вплоть до приступа Морганьи-Адамса-Стокса. Объективно определяется брадикардия с частотой 30-50 в 1 минуту. Полная атриовентрикулярная блокада проявляется прежде всего значительной и постоянной брадикардией. Надо помнить, что частота пульса менее 50 в минуту уже подозрительна на полную блокаду, а при частоте менее 40 этот диагноз очень вероятен. Звучность I тона на верхушке изменчива (пушечный тон Стражеско), нередко выслушивается систолический шум. Короткие приступы асистолии проявляются кратковременным обмороком, коллапсом, слабостью и всегда представляют непосредственную угрозу для жизни, особенно, при развитии приступов Морганьи-Адамса-Стокса.

Лечение нарушений ритма.

Необходимо придерживаться следующей тактики при терапии нарушения ритма:

1. Идентифицировать нарушение ритма. Обязательна регистрация ЭКГ !.
2. Выявить причину (основное заболевание) и вероятный патогенез данной аритмии.
3. Определить прогноз на основе учета динамики клинических и гемодинамических нарушений.
4. Определить терапевтическую тактику с учетом предшествовавшей терапии, помня о том, что медикаментозное лечение часто является причиной нарушений ритма.
5. Осуществлять обязательный клинический и электрокардиографический контроль в ходе лечения.
6. Обеспечить профилактику рецидивов нарушения ритма.

I. Немедикаментозные методы лечения.

При пароксизмальной наджелудочковой тахикардии:

Механические приемы для раздражения блуждающего нерва с целью урежения числа сердечных сокращений и замедления атриовентрикулярной проводимости:

- 1) Проба Чермака-Геринга – массаж области каротидного синуса справа в течение 10-20 секунд в горизонтальном положении больного после 3-4 глубоких дыхательных движений и задержке дыхания на вдохе.
- 2) Проба Вальсальвы – натуживание в течение 10-20 сек. при попытке выдоха после глубокого вдоха при зажато носе и закрытом рте.
- 3) Проба Ашнера,-Даньини – надавливание на оба глазных яблока в течение 4-5 секунд при задержке дыхания на вдохе после 3-4 глубоких дыхательных движений (не проводить при близорукости, глазных болезнях).
- 4) Давление на верхнюю часть живота.
- 5) Сгибание и прижимание ног к животу.

II. Медикаментозная терапия

Антиаритмические средства делятся на 4 группы, по их основному механизму действия, то есть в соответствии с локализацией связывания и блокирования каналов в мембранах сердечных клеток. Затем рассматривается эта классификация кратко. Препараты 1 класса блокируют натриевые каналы клеточной мембраны и замедляют скорость проведения, подразделяются на 3 подгруппы:

1 А- хинидин, новокаинамид, дизопирамид – умеренно увеличивают рефрактерный период (посредством удлинения потенциала действия), умеренно замедляют проведение

1 В – лидокаин, мексилетин, фенитоин – не замедляют (или минимально) проведение и уменьшают длительность потенциала действия.

1 С –этацизин, этмозин – вызывают выраженное замедление скорости проведения, но очень незначительно удлиняют рефрактерный период (потенциал действия).

Препараты П класса - β-блокаторы (пропранолол, ацетобутолол, атенолол, надолол и др.) блокируют адренергические рецепторы (и подавляют эффект симпатической стимуляции на электрофизиологические свойства сердца).

Препараты Ш класса – амиодарон (кордарон), бретилия тозилат – блокируют калиевые каналы и удлиняют потенциал действия (увеличивают рефрактерные периоды).

Препараты IV класса – верапамил, дилтиазем – блокируют медленные кальциевые каналы (и воздействуют на те области сердца, которые деполяризуются в основном посредством кальциевых каналов: синусо-атриальный и атрио-вентрикулярные узлы).

Кроме этого, в лечении нарушений ритма и проводимости используются препараты калия и магния (панангин, аспаркам, оротат калия и др.), сердечные гликозиды (строфантин, дигоксин и др.), симпатомиметики (адреналин, норадреналин, алуpent и др.), холинолитики (атропин).

Ш. Прочие методы используются при аритмиях, не поддающихся медикаментозному лечению или при наличии лекарственных осложнений.

1. Электроимпульсная терапия дефибрилятором по показаниям.

2. Трансвенозная эндокардиальная электрическая стимуляция (временная) или постоянная с помощью имплантированных внутрисердечных электродов.

Литература для самоподготовки:

Основная:

1. Кушаковский М.С. “Аритмии сердца”. М., 1997.
2. Орлов В.Н. Руководство по электрокардиографии, М., 1983, 1997.
3. Метелица В.И. Справочник по клинической фармакологии сердечно-сосудистых лекарственных средств. М., 1996.
4. “Внутренние болезни”, учебник \ под ред.Ф.И. Комарова . М., Медицина, 1990.
5. Лекции.

Дополнительная:

1. Руководство по кардиологии под ред. Чазова Е.И., - М., Медицина, 1982, т. 3.
2. Мурашко В.В., Практическая электрокардиография, М, 1997.
3. Сумароков А.В., Моисеев В.С. “Клиническая кардиология”. Руководство для врачей. М., 1995.

Методическую разработку
подготовила асс. Боярко В.В.

ТЕМА: РЕВМАТИЗМ, РЕВМАТИЧЕСКИЙ ПОЛИАРТРИТ, РЕВМОКАРДИТ (РАЗБОР БОЛЬНЫХ)

Мотивация:

Ревматизм регистрируется во всех климато-географических зонах мира и является одной из основных причин формирования приобретенных пороков сердца. В нашей стране за последние 25 лет заболеваемость и смертность от ревматизма снизилась более чем в 3 раза. Однако распространенность ревматических пороков сердца остается высокой, что, в частности, связано с накоплением таких больных в старших возрастных группах.

Ревматизм – системное воспалительное заболевание соединительной ткани инфекционно-аллергической природы с преимущественной локализацией процесса в сердечно-сосудистой системе, развивающееся у предрасположенных к нему лиц, в связи с инфекцией β-гемолитическим стрептококком.

Цель занятия:

1. Научиться методике обследования больных с активным ревматизмом (полиартритом, ревмокардитом и другими его проявлениями).
2. Усвоить принципы диагностики и лечения активного ревматизма.
3. Научиться правильной трактовке клинических и параклинических показателей, необходимых для верификации диагноза.

Студенты должны

- **иметь представление:**

- Об этапах становления учения о ревматизме как системном воспалительном заболевании (Буйо, Сиденгам, Ашофф, Джонс), вкладе отечественных ученых в него (Сокольский, Талалаев, Струков, Стражеско, Нестеров).

- знать:

- Этиологию и основные патогенетические механизмы ревматизма.
- Классификацию ревматизма (по А.И.Нестерову, 1964 г. и МКБ X).
- Морфологические проявления активного ревматизма.
- Основные клинико-лабораторные проявления активного ревматизма. Критерии активности ревматизма.
- Первичный и возвратный ревмокардит: основные клинические проявления и его лабораторно-инструментальная диагностика.
- Основные клинические проявления и характерные черты ревматического полиартрита.
- Диагностические критерии Киселя – Джонса – Нестерова (1973 г.), ВОЗ (1988 г.).
- Основные заболевания, с которыми дифференцируют ревматический полиартрит и кардит.
- Принципы лечения, суть этапного лечения ревматизма (стационар – поликлиника – курорт); правила диспансерного наблюдения больных ревматизмом.
- Основные препараты, используемые для лечения активного ревматизма. Первичная и вторичная профилактика ревматизма.

- уметь:

- Обследовать больного с ревмокардитом/острым полиартритом и составить план необходимых лабораторных и инструментальных исследований.
- Правильно интерпретировать результаты инструментальных и лабораторных исследований, в том числе серологических и иммунологических.
- Формулировать диагноз ревматизма.
- Назначить лечение больным ревматизмом в зависимости от фазы и степени активности.

Место проведения занятия: в палате, у постели больного и в учебной комнате.

Содержание занятия:

1. Контроль знаний по теме занятия, краткое обсуждение основных положений темы.
2. Клинический разбор (доклад куратора, осмотр больного в палате).
3. Обсуждение полученных анамнестических и физикальных данных, формулировка предварительного диагноза, составление плана обследования больного.
4. Обсуждение и трактовка параклинических данных, формулировка окончательного диагноза, дифференциальный диагноз.
5. Обсуждение лечения конкретного больного

Самостоятельная работа

внеаудиторная - 2 часа

Вопросы для самоподготовки:

1. Определение ревматизма.
2. Эпидемиология, история изучения (кратко).
3. Этиология. Основные патогенетические механизмы.
4. Классификация ревматизма по А.И.Нестерову, 1964 г. и МКБ X.
5. Наиболее частые варианты проявления активного ревматизма.
6. Особенности поражения органов и систем при активном ревматизме (лабораторные, клинические).
7. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз ревматического полиартрита.
8. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз ревмокардита (первичного, возвратного).
9. Диагностические критерии ревматизма
10. Клинико-лабораторная характеристика степени активности ревматизма.
11. Принципы этапного лечения активного ревматизма, схема лечения.
12. Основные препараты, используемые для лечения ревматизма.
13. Диспансеризация, первичная и вторичная профилактика.

Литература для самостоятельного изучения:

Основная:

1. Учебник “Внутренние болезни” под ред. В.И. Комарова с соавт., М., 1990.
2. Маколкин В.И., Овчаренко С.И. Внутренние болезни, М., 2000.
3. Насонова В.А., Астапенко М.Г. Клиническая ревматология, М., 1989.
4. Диагностика и лечение внутренних болезней. Руководство для врачей под ред. Ф.И.Комарова, М., 1991.
5. Лекции по внутренним болезням.

Дополнительная:

1. Чиркин А.А. и др. Диагностический справочник терапевта, Минск, 1993.
2. Виноградов А.В. Дифференциальный диагноз внутренних болезней, М., 1988.
3. Лепяхин В.К., Белоусов Ю.Б., Моисеев В.С. Клиническая фармакология и фармакотерапия. Руководство

ТЕМА: БОЛЕЗНИ МИОКАРДА (РАЗБОР БОЛЬНЫХ)

Мотивация:

Некоронарогенные заболевания мышцы сердца – группа различных по этиологии и патогенезу преимущественно диффузных болезней сердечной мышцы воспалительного (**миокардиты**), дистрофического (**миокардиодистрофии**) или дегенеративного (**кардиомиопатии**) характера, проявляющихся нарушениями функции сократимости, возбудимости и проводимости, в тяжелых случаях протекающих с кардиомегалией, недостаточностью кровообращения, аритмиями. Очерченный клинический синдром, несмотря на его вариативность, позволяет в диагностическом плане рассматривать эти болезни как единую группу, исключив из нее коронарогенные и гипертонические по сути заболевания миокарда, а из числа миокардитов – собственно ревматический кардит.

Миокардит был выделен в качестве самостоятельной нозологической единицы еще в 1800 г. Современный этап изучения проблемы миокардитов начался с внедрением в 70-е годы XX века метода пункционной биопсии миокарда и разработкой экспериментальной модели миокардита у мышей. Однако и сегодня миокардит остается в значительной степени трудным для диагностики заболеванием; неуточненной остается истинная распространенность заболевания, недостаточно изучен патогенез, не разработаны специфические методы лечения.

Кардиомиопатии – заболевания миокарда неизвестной этиологии, имеют прогрессирующее, часто неблагоприятное течение. Общепринятая классификация ВОЗ 1980 г. выделяет три основные группы КМП: дилатационную, гипертрофическую (обструктивную и необструктивную) и рестриктивную. В 1995 г. группа экспертов ВОЗ предложила новую классификацию КМП, согласно которой они были определены как “болезни миокарда, связанные с дисфункцией сердца” с прежним делением на три формы. Дополнительно была выделена аритмогенная КМП (дисплазия) правого желудочка. Однако до сих пор многие вопросы терминологии, классификации, лечения остаются неизученными.

Миокардиодистрофии – заболевание миокарда, возникающее вследствие первичного нарушения метаболизма, приводящее к нарушению всех функций сердца (чаще сократительной).

Цель занятия:

1. Научиться методике обследования больных с заболеваниями миокарда некоронарогенной природы (миокардит, миокардиодистрофия, кардиомиопатия).
2. Усвоить принципы диагностики этих заболеваний.
3. Научиться правильной трактовке клинических и параклинических показателей, необходимых для верификации заболеваний миокарда некоронарогенной природы (миокардит, миокардиодистрофия, кардиомиопатия).

Студенты должны иметь представление:

- О распространенности заболеваний миокарда некоронарогенной природы (миокардит, миокардиодистрофия, кардиомиопатия), летальности при этих заболеваниях.
- Об инвазивных методах диагностики этих заболеваний (биопсия миокарда, коронаровентрикулография, зондирование отделов сердца).
- О хирургических методах лечения (трансплантация сердца, резекция МЖП, особые режимы кардиостимуляции).

Студенты должны

- знать:

- Патоморфологию миокардитов, миокардиодистрофий, кардиомиопатий.
- Изменения внутрисердечной и системной гемодинамики при гипертрофической асимметричной кардиомиопатии, ДКМП, других некоронарогенных заболеваниях.
- Этиологию, основные патогенетические механизмы, классификацию миокардитов. Основные клинические проявления миокардитов, критерии диагностики
- Этиологию, патогенез, классификацию миокардиодистрофий; клинику наиболее часто встречающихся форм (алкогольная, климактерическая, при авитаминозах и анемии, сахарном диабете, гипотиреозе и тиреотоксикозе).
- Классификацию кардиомиопатий; клинические проявления; особенности течения дилатационной, гипертрофической, рестриктивной кардиомиопатии.
- Неинвазивные методы верификации диагноза некоронарогенных заболеваний миокарда (рентгенография грудной клетки, УЗИ сердца, ЭКГ, сцинтиграфия миокарда), их возможности и ограничения.

- Принципы лечения некоронарогенных заболеваний миокарда. Фармакотерапия, основные классы лекарственных препаратов.
- Особенности лечения больных с рефрактерной сердечной недостаточности при ДКМП.
- Особенности лечения больных с обструктивной формой ГКМП (препараты, уменьшающие и увеличивающие обструкцию); антиаритмические препараты при ГКМП.
- Принципы лечения миокардитов, особенности режима. Лечение тяжелых форм миокардита (гигантоклеточный, миокардит Абрамова-Фидлера).
- Лечение миокардиодистрофий в зависимости от этиологии (т.е. основного заболевания).

- владеть умением:

- Обследовать больного с заболеваниями миокарда.
- Правильно интерпретировать результаты дополнительных исследований, в том числе ЭхоКС (УЗИ сердца).
- Формулировать диагноз миокардиодистрофии (всегда является осложнением основного заболевания), миокардита, кардиомиопатии.
- Проводить дифференциальный диагноз при кардиомегалии.
- Назначить лечение больному с некоронарогенными заболеваниями миокарда.

Место проведения занятия: в палате, у постели больного и в учебной комнате.

Содержание занятия:

1. Контроль знаний по теме занятия, краткое обсуждение основных положений темы.
2. Клинический разбор (доклад куратора, осмотр больного в палате).
3. Обсуждение полученных анамнестических и физикальных данных, формулировка предварительного диагноза, составление плана обследования больного.
4. Обсуждение и трактовка параклинических данных, формулировка окончательного диагноза, дифференциальный диагноз.
5. Обсуждение лечения и плана диспансеризации.

Самостоятельная работа

Внеаудиторная - 2 часа.

Вопросы для самоподготовки:

1. Эпидемиология заболеваний миокарда некоронарогенной природы (миокардит, миокардиодистрофия, кардиомиопатия): распространенность отдельных форм в различных климато-географических зонах, летальность при этих заболеваниях.
2. Патоморфология миокардитов, миокардиодистрофий, кардиомиопатий, перикардитов
3. Изменения внутрисердечной и системной гемодинамики при гипертрофической асимметричной кардиомиопатии.
4. Этиология, основные патогенетические механизмы миокардитов.
5. Классификация миокардитов.
6. Основные клинические проявления миокардитов, критерии диагноза.
7. Этиология, патогенез, классификация миокардиодистрофий.
8. Клинические проявления и верификация диагноза наиболее часто встречающихся форм миокардиодистрофий (алкогольная, климактерическая, при авитаминозах и анемии, сахарном диабете, гипотиреозе и тиреотоксикозе).
9. Классификация кардиомиопатий; клинические проявления; особенности течения дилатационной, гипертрофической, рестриктивной кардиомиопатии.
10. Неинвазивные методы верификации диагноза некоронарогенных заболеваний миокарда (рентгенография грудной клетки, УЗИ сердца, ЭКГ, сцинтиграфия миокарда), их возможности и ограничения.
11. Инвазивные методы диагностики заболеваний миокарда некоронарогенной природы (биопсия миокарда, коронаровентрикулография, зондирование отделов сердца).
12. Принципы лечения некоронарогенных заболеваний миокарда. Фармакотерапия, основные классы лекарственных препаратов.
13. Особенности лечения больных с рефрактерной сердечной недостаточности при ДКМП.
14. Особенности лечения больных с обструктивной формой ГКМП (препараты, уменьшающие и увеличивающие обструкцию); антиаритмические препараты при ГКМП.
15. Принципы лечения миокардитов, особенности режима. Лечение тяжелых форм миокардита (гигантоклеточный, миокардит Абрамова-Фидлера).
16. Лечение миокардиодистрофий в зависимости от этиологии (т.е. основного заболевания).

Литература для самостоятельного изучения:

Основная:

1. Учебник "Внутренние болезни" под ред. В.И. Комарова с соавт., М., 1990.
2. Маколкин В.И., Овчаренко С.И. Внутренние болезни, М., 2000.
3. Диагностика и лечение внутренних болезней. Руководство для врачей под ред. Ф.И. Комарова, М.,

- 1991.
4. Лекции по внутренним болезням.
 5. Метелица В.И. Справочник по клинической фармакологии сердечно-сосудистых лекарственных средств. М., 1996.
 6. Окорочков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов. Лечение болезней внутренних органов. М., 1995 – 1999.

Дополнительная:

1. Кушаковский М.С. Хроническая застойная сердечная недостаточность. Идиопатические кардиомиопатии. Санкт-Петербург, 1997.
2. Чиркин А.А. и др. Диагностический справочник терапевта. Минск, 1993.
3. Виноградов А.В. Дифференциальный диагноз внутренних болезней. М., 1988.
4. Лепяхин В.К., Белоусов Ю.Б., Моисеев В.С. Клиническая фармакология и фармакотерапия. Руководство для врачей. М., 1993.
5. Внутренние болезни. Под ред. Ю.Браунвальда и др. в 10 кн. Пер. с англ. М., 1993 – 1997. Том 5.
6. Джанашия П.Х., Круглов В.А., Назаренко В.А., Николенко С.А. Кардиомиопатии и миокардиты. Москва, 2000.
7. Моисеев В.С., Сумароков А.В., Стяжкин В.Ю. Кардиомиопатии. М., 1993.
8. Василенко В.Х. Миокардиодистрофии. М., 1989.

Методическую разработку подготовила асс. Т.Ю. Мамонова

**ТЕМА: РЕВМАТИЗМ, МИТРАЛЬНЫЕ ПОРОКИ
(РАЗБОР БОЛЬНЫХ)**

Мотивация:

Основной причиной формирования приобретенных пороков сердца, в частности, митрального стеноза, является ревматизм. В нашей стране за последние 25 лет заболеваемость и смертность от ревматизма снизилась более чем в 3 раза. Однако распространенность ревматических пороков сердца остается высокой, что, в частности, связано с накоплением таких больных в старших возрастных группах. Митральные пороки сердца являются частой причиной нарушений сердечного ритма, сердечной недостаточности.

Митральный стеноз – порок, обусловленный срастанием створок митрального клапана между собой, что приводит к уменьшению площади отверстия митрального клапана и создает препятствие движению крови из левого предсердия в левый желудочек.

Недостаточность митрального клапана – порок, обусловленный деформацией створок митрального клапана, при котором они не закрывают полностью митральное отверстие и во время систолы желудочков происходит обратный ток крови из левого желудочка в левое предсердие (митральная регургитация).

Цель занятия:

1. Научиться методике обследования больных с митральным стенозом и митральной недостаточностью.
2. Усвоить принципы диагностики ревматизма в неактивной фазе.
3. Научиться правильной трактовке клинических и параклинических показателей, необходимых для верификации пороков сердца.

Студенты должны

- иметь представление:

- Об инвазивных методах диагностики пороков сердца.
- О показаниях к инвазивным исследованиям при пороках сердца (зондирование правых отделов сердца, вентрикулокоронарография).
- О методах хирургической коррекции пороков митрального клапана и показаниях к ним.

- знать:

- Патоморфологию митрального стеноза, митральной недостаточности, сложного митрального порока.
- Изменения внутрисердечной и системной гемодинамики при митральном стенозе, митральной недостаточности, сложном митральном пороке.
- Механизмы компенсации.
- Термины “сложный” и “комбинированный порок сердца”.
- Основные клинические проявления (жалобы больных, данные физикального обследования) при митральном стенозе, митральной недостаточности, сложном митральном пороке.
- Ведущие признаки митральных пороков сердца.
- Основные изменения, выявляемые инструментальными методами (ЭКГ, ФКГ, рентгенография грудной клетки, ЭхоКС).

- Особенности лечения сердечной недостаточности при декомпенсированном митральном стенозе, митральной недостаточности, сложном митральном пороке.

- владеть умением:

- Обследовать больного с пороками митрального клапана и составить план необходимых лабораторных и инструментальных исследований.
- Правильно интерпретировать результаты дополнительных исследований, в том числе ЭхоКС (УЗИ сердца).
- Формулировать диагноз ревматизма при наличии порока сердца.

Место проведения занятия: в палате, у постели больного и в учебной комнате.

Содержание занятия:

1. Контроль знаний по теме занятия, краткое обсуждение основных положений темы.
2. Клинический разбор (доклад куратора, осмотр больного в палате).
3. Обсуждение полученных анамнестических и физикальных данных, формулировка предварительного диагноза, составление плана обследования больного.
4. Обсуждение и трактовка параклинических данных, формулировка окончательного диагноза, дифференциальный диагноз.
5. Обсуждение тактики лечения и диспансеризации осмотренного больного. .

Самостоятельная работа

внеаудиторная - 2 часа

Вопросы для самоподготовки:

1. Основные причины формирования митральных пороков.
2. Сущность терминов “сложный порок сердца”, “комбинированный порок сердца”.
3. Норма площади отверстия митрального клапана. “Критическая” площадь митрального отверстия, при которой начинаются заметные гемодинамические расстройства.
4. Методы выявления порока сердца в период компенсации.
5. Основные клинические проявления митральных пороков.
6. Основные осложнения митральных пороков сердца (сердечная недостаточность, нарушения ритма сердца, эмболии, вторичный инфекционный эндокардит).
7. Основные методы диагностики митральных пороков сердца.
8. Принципы лечения сердечной недостаточности, профилактики системных тромбоэмболий, вторичного инфекционного эндокардита.

Литература для самостоятельного изучения:

Основная:

1. Учебник “Внутренние болезни” под ред. В.И. Комарова с соавт. М., 1990.
2. Маколкин В.И., Овчаренко С.И. Внутренние болезни. М., 2000.
3. Насонова В.А., Астапенко М.Г. Клиническая ревматология. М., 1989.
4. Маколкин В.И. Приобретенные пороки сердца. Москва, 1986.

Дополнительная:

1. Чиркин А.А. и др. Диагностический справочник терапевта. Минск, 1993.
2. Виноградов А.В. Дифференциальный диагноз внутренних болезней. М., 1988.

Методическую разработку подготовила асс. Т.Ю. Мамонова

Поликлиника.

Тема: Острый бронхит, ангина. (амбулаторный прием больных)

Мотивация.

По частоте заболеваемости ангина занимает одно из первых мест, уступая только гриппу и ОРВИ. Она может вызывать тяжелые осложнения, вести к возникновению и ухудшению течения многих заболеваний, в том числе сердечно-сосудистой системы. Ангине присуща определенная контагиозность. Вспышки ангины чаще всего возникают в больших коллективах (детских, производственных, военных и т.д.) Это заболевание молодого, трудоспособного возраста. 70-100 % заболеваемости приходится на 17-30 лет. На крупных промышленных предприятиях основной экономической ущерб от временной нетрудоспособности обусловлен заболеваемостью ангиной и составляет 30 % всей заболеваемости.

Острый бронхит составляет 1,5 % в структуре всех заболеваний внутренних органов и чаще является осложнением ОРВИ.

Цель занятия:

В результате изучения темы студенты должны:

- иметь представление:

- об эпидемиологии ангины и острого бронхита (ОБ);
- о частоте развития осложнений при ангине и ОБ, их значении для прогноза заболевания;

- знать:

- сущность, этиологию, патогенез, клинику ангины;
- сущность, этиологию, клиническую картину ОБ;
- принципы профилактики ангины, ОБ.

- уметь:

- выделить ведущие клинические синдромы, составить план необходимых параклинических исследований у конкретного больного и интерпретировать их;
- обосновать и сформулировать диагноз ангины, ОБ;
- распознать и верифицировать осложнения ангины;
- выбрать оптимальные методы лечения для конкретного больного;

- владеть:

- методикой сбора жалоб и анамнеза;
- методикой обследования больного с подозрением на ангину, ОБ;

Место проведения занятия:

учебная комната кафедры; амбулаторный прием - в поликлинике гор. больницы N 3.

Содержание занятия:

1. Обсуждение этиологии, патогенеза, клинической картины, методов диагностики ангины и острого бронхита.
2. Обсуждение методов лечения, профилактики ангины и острого бронхита
3. Амбулаторный прием больных с острым бронхитом и ангиной.

Самостоятельная работа студентов

внеаудиторная - 2 часа

Вопросы для самостоятельной работы:

1. Сущность, этиология, патогенез ангины (острого тонзилита)
2. Клиническая картина ангины
3. Дифференциальная диагностика первичной ангины с ОРВИ, с вторичными ангинами при дифтерии, инфекционном мононуклеозе, лейкозе.
4. Лечение и профилактика ангины.
5. Определение сущности острого бронхита.
6. Этиология, патогенез, клиника, особенности лечения острого бронхита.
7. Дифференциальная диагностика острого бронхита и обострения хронического бронхита.
8. Лечение острого бронхита.

Литература для самоподготовки:

Основная:

1. Болезни органов дыхания. Руководство под ред. Палеева Н.Р. М. Медицина, 1989. С. 5-17
2. Острый бронхит - Методические рекомендации для врачей, Томск 1997, под ред. Л.И. Волковой
3. Руководство по оториноларингологии. М. Медицина 1994, С. 316-336

Дополнительная:

1. И.Б. Солдатов. Ангина, М. 1998
2. Ляшенко Ю.А. Ангина, Л. Медицина, 1985, 152 с.

Методическую разработку подготовила доцент Т.Г. Мельник

Тема: ОРВИ (амбулаторный прием больных)

Мотивация.

Грипп и другие острые респираторные заболевания (ОРВИ) до настоящего времени остаются самыми распространенными болезнями человека. Эти инфекции по-прежнему составляют 70-90 % всей инфекционной заболеваемости и наносят огромный экономический ущерб, занимая первое место среди причин временной потери нетрудоспособности. Ежегодно каждый человек переносит ОРВИ от 1 до 4 раз в год, а дети болеют в 3-4 раза чаще. Количество обращений за медицинской помощью в России по поводу ОРВИ составляет не менее 20-40 млн в год. Доля ОРВИ 30-40 % от потери рабочего времени среди взрослого населения и 60-80 % от потери учебного времени среди детей школьного возраста.

Цель занятия:

В результате изучения темы студенты должны:

- иметь представление:

- Об эпидемиологии ОРВИ и острого бронхита, о частоте встречаемости у военнослужащих;
- Об общих механизмах развития, особенностях диагностики и лечения вирусных инфекций;
- О частоте развития осложнений при ОРВИ, их значении для прогноза заболевания.

- знать:

- Сущность, этиологию и патогенез ОРВИ;
- Клиническую картину различных этиологических форм ОРВИ;
- Принципы профилактики ОРВИ.

- уметь:

- Выделить ведущие клинические синдромы, составить план необходимых параклинических исследований у конкретного больного и интерпретировать их;
- Обосновать и сформулировать диагноз ОРВИ;
- Распознать и верифицировать осложнения ОРВИ;
- Выбрать оптимальные методы лечения для конкретного больного;

- владеть:

- Методикой сбора жалоб и анамнеза;
- Методикой обследования больного с подозрением на ОРВИ;

Место проведения занятия:

учебная комната кафедры; амбулаторный прием - в поликлинике гор. больницы N 3.

Содержание занятия:

1. Обсуждение этиологии, патогенеза, клинической картины различных форм ОРВИ, методов диагностики
2. Обсуждение методов лечения, профилактики ОРВИ
3. Амбулаторный прием больных с ОРВИ

Самостоятельная работа студентов

внеаудиторная - 1.5 часа

Вопросы для самостоятельной работы:

1. Сущность ОРВИ
2. Этиология, патогенез ОРВИ
3. Грипп, клиника, диагностика, лечение, профилактика
4. Парагрипп, клиника, диагностика, лечение, профилактика
5. Аденовирусная инфекция, клиника, диагностика, лечение, профилактика
6. Респираторно-синцитиальная инфекция, клиника, диагностика, лечение, профилактика
7. Риновирусная инфекция, клиника, диагностика, лечение, профилактика
8. Дифференциальная диагностика основных ОРВИ
9. Специфическая и неспецифическая профилактика ОРВИ

Литература для самоподготовки:

Основная:

1. Инфекционные болезни. Турьянов В.Х., Царегородский А.Д., Лобзин Ю.В. - М., 1998. - С.166-187
2. Дрейзин Р.С., Астафьева Н.В. Острые респираторные заболевания: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника. - М., 1991. - 136 с
3. Острые респираторные заболевания в работе врача общей практики. Немеров Е.В. - Методические рекомендации. - Сибирский государственный медицинский университет. - Томск, 1999. - 45 с.

Дополнительная:

1. Руководство по пульмонологии / Под ред. Н.В. Путова, Г.Б. Федосеева. - Л., 1984. - С.60-81.
2. Руководство по медицине. Диагностика и терапия. В 2-х томах. Т.1: Пер. с англ. / Под ред. Р.Беркоц, Э. Флетчера. - М., 1997. - С.123-130

Методическую разработку подготовила доцент Т.Г. Мельник

ТЕМА: ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ УЧАСТКОВОГО ТЕРАПЕВТА. МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ. ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ БОЛЬНЫХ. ЭКСПЕРТИЗА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ.

МОТИВАЦИЯ: ведущей организационной формой работы всех амбулаторно-поликлинических учреждений является участковость, поэтому задача студентов состоит в изучении работы участкового терапевта, принципов диспансеризации, экспертизы нетрудоспособности.

ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ.

В результате изучения темы студенты должны

- иметь представление:

- о признаках стойкой нетрудоспособности, критериях к установлению групп инвалидности, порядке направления на медико-социальную экспертную комиссию (МСЭК);
- о критериях результативности диспансеризации.

- знать:

- задачи и обязанности участкового терапевта;
- основные принципы приема больных и оказание медицинской помощи на дому;
- возможности обследования и лечения больных в поликлинике;
- принципы организации диспансерной работы на врачебном участке, формирования диспансерных групп и их дальнейшего наблюдения;
- принципы оформления и ведения медицинской документации;
- общие организационные аспекты экспертизы трудоспособности;
- разновидности нетрудоспособности, виды временной нетрудоспособности, порядок оформления документов временной нетрудоспособности.

- владеть умением:

- обследования больного во время амбулаторного приема;
- заполнения амбулаторной карты;
- оформления больничного листа.

МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЯ – поликлинический кабинет

СОДЕРЖАНИЕ ЗАНЯТИЙ:

1. Ознакомление студентов с основными задачами и обязанностями участкового терапевта.
2. Изучение основных принципов приема больных и оказание медицинской помощи на дому.
3. Ознакомление с возможностями обследования и лечения больных в поликлинике.
4. Усвоение принципов организации диспансерной работы на врачебном участке, формирования диспансерных групп и их дальнейшего наблюдения.
5. Изучение показателей результативности диспансеризации.
6. Освоение принципов оформления и ведения медицинской документации.
7. Ознакомление с общими организационными аспектами экспертизы трудоспособности.
8. Изучение разновидностей нетрудоспособности, видов временной нетрудоспособности, порядка оформления документов временной нетрудоспособности.
9. Ознакомление с принципами выявления признаков стойкой нетрудоспособности, критериями к установлению групп инвалидности, порядком направления на медико-социальную экспертную комиссию (МСЭК).

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ УЧЕБНОГО ВРЕМЕНИ:

- внеаудиторная работа (самостоятельная работа) – 3 часа.

ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ:

1. Обязанности участкового врача.
2. Организация работы участкового терапевта.
3. Объем диагностических мероприятий в поликлинике.
4. Что такое «диспансеризация»?
5. Как осуществляется формирование диспансерных групп.
6. Документация для диспансерного наблюдения.
7. Критерии эффективности диспансеризации.
8. Виды нетрудоспособности.
9. Порядок оформления документов временной нетрудоспособности.
10. Критерии установления стойкой нетрудоспособности.
11. Порядок направления на медико-социальную экспертную комиссию.

МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ СТУДЕНТОВ:

I. ИЗУЧЕНИЕ РАБОТЫ УЧАСТКОВОГО ТЕРАПЕВТА. ДОКУМЕНТАЦИЯ. ВОЗМОЖНОСТИ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ В ПОЛИКЛИНИКЕ.

Основные задачи участкового терапевта:

1. Оказание населению участка квалифицированной терапевтической помощи на приеме в поликлинике и при обслуживании больных на дому.
2. Организация и непосредственное проведение системы профилактических мероприятий среди населения участка путем внедрения и совершенствования диспансерного метода работы.
3. Снижение заболеваемости и смертности обслуживаемого населения.

Обязанности участкового терапевта:

1. Активное выявление заболеваний в ранних стадиях патологического процесса и оказание своевременной квалифицированной лечебной помощи.
2. Проведение систематического динамического наблюдения и активное комплексное лечение до их выздоровления.
3. Своевременное направление больных для проведения необходимых методов диагностики.
4. Посещение больных на дому в день получения вызова, оказание им квалифицированной помощи, в том числе с привлечением при необходимости врачей других специальностей.
5. Проведение отбора и направление больных на госпитализацию в стационар.
6. Осуществление экспертизы временной нетрудоспособности.
7. Постоянное совершенствование диспансерного метода на участке.
8. Отбор больных, нуждающихся в диетическом питании, санаторно-курортном лечении, лечении в профилактории.
9. Проведение мероприятий по борьбе с инфекционными заболеваниями (раннее выявление, изоляция, регистрация, срочное извещение СЭС).
10. Изучение и анализ общей и инфекционной заболеваемости, заболеваемости с временной утратой трудоспособности, причин смерти на участке.
11. Организация и проведение санитарно-просветительной работы на участке.

Особенности организации работы терапевта поликлиники: сменность, чередование приемов в поликлинике с выполнением вызовов на дому. Особенности организации лечебной работы обусловлены жестким лимитом времени на прием одного больного, чередованием приема и выполнением вызова, непредсказуемостью и разнообразием заболеваний, необходимостью быстрой и самостоятельной ориентации в установлении диагноза.

Норма нагрузки участкового терапевта 3,75 человека в час.

При необходимости всех обратившихся следует разделить на 2 основные группы:

- 1) внеочередные (тяжелая травма, кровотечение, высокая температура, слабость);
- 2) неотложные - должны быть приняты врачом в день обращения.

У заболевшего уточняются жалобы, анамнез, производится тщательное обследование по системам и органам, измеряется температура, артериальное давление. В амбулаторной карте фиксируется дата посещения, жалобы, анамнез, температура тела, артериальное давление, данные объективного осмотра. Затем пишется предварительный диагноз, назначенный план обследования.

Если больной временно нетрудоспособен, то обязательно делается отметка о выдаче больничного листа, записывается его серия, номер, сроки освобождения от работы. Подробно записывается назначенное лечение с обязательным указанием доз препарата, длительности лечения, назначенные физиотерапевтические процедуры.

Больному выдаются направления на назначенные анализы, по показаниям проводятся консультации узких специалистов, о чем делается соответствующая запись в амбулаторной карте.

После установления диагноза, он выносится на лист уточненных диагнозов в амбулаторной карте с одновременным заполнением статистического талона, причем острые заболевания регистрируются со знаком " + ", а хронические лишь один раз в текущем календарном году со знаком " - ".

С целью раннего выявления инфекционных заболеваний, руководствуясь приказом № 271 от 1964г. МЗ СССР, у больных с лихорадкой более 5 дней с диагнозом: пневмония, затяжной бронхит, несезонный грипп, катаральная ангина, острое респираторное заболевание и во всех случаях с неясной лихорадкой необходимо на 5 день исследовать кровь на гемокультуру, реакцию свертывания комплемента в динамике (на 5 и 12 день). При лихорадке более 7 дней исследуют кровь на реакцию Видаля, Вассермана.

Все вызовы к больным на дом фиксируются в журнале вызовов данного участка в регистратуре до 12 часов дня. Вызовы, поступившие позднее обслуживаются дежурным врачом. Средняя норма обслуживания вызовов - 2 человека в час. Врач, взявший вызов, обязательно расписывается в журнале напротив фамилии больного. Первоочередному обслуживанию подлежат больные с высокой температурой, болями в сердце и т.д., т.е. те, которые нуждаются в первоочередной помощи. Осмотрев больного на дому по вызову, участковый врач в последующем (по мере необходимости) должен посещать больного по своей инициативе, без повторного вызова (активное посещение). Особого внимания требуют больные со сложными в диагностическом отношении заболеваниями. О каждом из них нужно известить заведующего терапевтическим отделением поликлиники. Осмотрев больного на дому, участковый врач назначает лечение, при необходимости выдает больничный лист. Если возникает необходимость в экстренной госпитализации, врач пишет на-

правление в дежурный терапевтический стационар соответствующего профиля, вызывает бригаду скорой помощи для госпитализации больного. При подозрении на острое инфекционное заболевание - сообщает в эпидстанцию и подает экстренное извещение.

Отек легких, сложное нарушение ритма, затянувшийся приступ стенокардии, инфаркт миокарда требуют вызова специализированной кардиологической бригады.

Если больной не госпитализирован, необходимо назначить лечение на дому (стационар на дому), активно его посещать. Запись в амбулаторной карте ведется под рубрикой "На дому". Требования к записи такие же, как на амбулаторном приеме.

При выявлении инфекционного заболевания при подозрении на него участковый врач как в случаях профессиональных заболеваний или пищевых отравлений заполняет карту экстренного извещения (ф. 058/у) и направляет её в санэпидемстанцию. Кроме того, он извещает заведующего терапевтическим отделением и кабинет инфекционных заболеваний и регистрирует каждый случай в определенном журнале (ф. 060/у).

Участковый врач должен принять необходимые меры к своевременной госпитализации инфекционных больных и предупреждению распространения заболевания до момента госпитализации.

Участковый врач организует систематическое наблюдение всех лиц, находившихся в контакте с инфекционными больными на время, соответствующие инкубационному периоду заболевания.

В современной поликлинике ответственные задачи в диагностике и лечении больных выполняют различные лечебно-диагностические отделения и кабинеты: функциональной диагностики, рентгенологическое отделение, клиничко-диагностическая лаборатория, физиотерапевтическое отделение, процедурный кабинет, эндоскопическое отделение.

Отделение функциональной диагностика организуется как структурное подразделение городской поликлиники. Основной целью таких обследований является применение современных методов функциональной диагностики с целью уточнения диагноза заболевания и оценки эффективности поликлинического лечения.

В крупных поликлиниках в настоящее время используется комплекс функциональных методов исследования: ЭКГ, ФКГ, определение основных гемодинамических показателей, велоэргометрия, спирография и пневмотахометрия.

Все поликлиники вне зависимости от объема их работы имеют рентгенодиагностические отделения (кабинеты). В условиях ежегодной диспансеризации особенно возрастает роль массовых рентгенологических обследований легких, желудочно-кишечного тракта, молочных желез.

Важным структурным подразделением городской поликлиники является клиничко-диагностическая лаборатория. В зависимости от мощности поликлиники клиничко-диагностическая лаборатория может осуществлять общеклинические, биохимические, серологические, микробиологические, микробиологические и другие исследования.

Основной задачей эндоскопического отделения является применение эндоскопических методов в целях ранней диагностики заболеваний желудочно-кишечного тракта, бронхолегочного аппарата с морфологическим подтверждением диагноза.

Лечебные подразделения включают:

- физиотерапевтическое отделение
- кабинет лечебной физкультуры
- процедурный кабинет
- кабинет рентгенотерапии.

II. ИЗУЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ В РАБОТЕ УЧАСТКОВОГО ВРАЧА. ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ.

Под диспансеризацией следует понимать активный метод динамического наблюдения медицинской организацией за состоянием здоровья известных контингентов населения, всестороннее обследование этих групп населения, имеющее целью раннее выявление начальных стадий заболеваний, лечение и предупреждение их развития и распространения.

Целью диспансеризации больных является сохранение трудоспособности или скорейшее ее восстановление, предупреждение инвалидности путем активного выявления и учета больных в ранней стадии заболевания, систематическое квалифицированное лечение больных, оказание им всесторонней помощи в улучшении условий их труда и быта и, наконец, проведение широкой индивидуальной и групповой профилактики данного заболевания.

Диспансеризации подлежат больные с терапевтической патологией: гипертонической болезнью, ХИБС, перенесшие инфаркт миокарда, ревматизмом, язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, гастритом с расстройством секреторной деятельности желудка, хроническим бронхитом, хронической пневмонией, бронхиальной астмой, хроническим холециститом желчнокаменной болезнью, хроническим гепатитом и панкреатитом, сахарным диабетом и тиреотоксикозом, нефритом.

Основными путями выявления лиц, требующих диспансерного наблюдения являются:

1. Профилактические массовые медицинские осмотры, среди которых различают предварительные, периодические, целевые и общие осмотры.

Предварительным осмотрам подлежат подростки, поступающие в ПТУ, призывники, лица, поступающие в высшие и средние учебные заведения, а также лица перед поступлением на работу, где возможен контакт с производственными вредностями.

Целевые профилактические осмотры проводят на предмет выявления больных, страдающих ранними формами заболеваний (сахарный диабет, гипертоническая болезнь, злокачественные образования и т.д.).

Периодические осмотры проводят для оценки в динамике состояния здоровья лиц, работающих в определенных профессиях и условиях труда.

2. Текущая обращаемость в лечебно-профилактические учреждения.

Отобранный контингент лиц в зависимости от характера и течения болезни делится на группы по одинаковым признакам, отражающим состояние здоровья. Различают три основные группы с дифференциацией в каждой из них соответствующих подгрупп.

I группа – работающие, здоровые люди, в которой выделяется подгруппа риска в отношении развития профессиональных заболеваний.

II группа – практически здоровые люди, страдающие теми или иными хроническими заболеваниями, не ограничивающими их трудоспособность. В эту группу включаются также лица, часто болеющие острыми заболеваниями.

III группа - хронически больные:

а) лица с хроническими заболеваниями, которые не препятствуют выполнению обычных для них видов труда,

б) лица с хроническими заболеваниями, ограничивающими трудовые возможности,

в) лица, страдающие хроническими заболеваниями, обуславливающими полную нетрудоспособность.

Второй этап диспансеризации – диспансерное наблюдение. Он включает активное систематическое наблюдение за обслуживаемым контингентом и предупредительные мероприятия. Сроки динамического наблюдения должны определяться нозологической формой заболевания и характером его течения с учетом индивидуальных особенностей организма и значений социального фактора. Например, больным, страдающим гипертонической болезнью, в зависимости от стадии ее течения для определения адекватности медикаментозной терапии необходим частый (не реже одного раза в 2-3мес.) активный контроль за состоянием их здоровья. В инструкции Министерства здравоохранения определены ориентировочные сроки активного наблюдения за больными различного профиля, установлен перечень проводимых у них обследований и частота их консультаций у других специалистов. Однако разработанные схемы методик динамического наблюдения за больными не исключают внесения изменений в порядок наблюдения и план лечебно-оздоровительных мероприятий в каждом случае.

Каждому больному, находящемуся на диспансерном учете, должно быть обеспечено при определенных показаниях:

1. специализированное поликлиническое или стационарное лечение,
2. санаторное лечение,
3. лечебное диетическое питание,
4. рациональное трудоустройство,
5. улучшение условий быта.

Все данные о лице, взятом на диспансерный учет, записываются врачом в его амбулаторную карту (форма 025/у). На каждого больного, взятого на диспансерный учет, заполняется подробная история болезни и устанавливается развернутый диагноз. При очередном медицинском осмотре врач делает запись в амбулаторной карте, отражая состояние больного, полноту проведенной комплексной терапии и дает рекомендации на предстоящий срок наблюдения.

По истечении определенного этапа динамического наблюдения (в конце года) на каждого больного составляется этапный эпикриз или эпикриз диспансерного больного, в двух экземплярах. В эпикризе должны быть отражены: первоначальное состояние больного, характер и объем проведенных лечебно-оздоровительных мероприятий, их влияние на динамику течения патологического процесса. Дается оценка эффективности диспансеризации больного, отмечаются снижение частоты обострений заболевания, потери рабочих дней из-за временной нетрудоспособности, первичный выход на инвалидность. Затем составляется план дальнейшего ведения больного, в который вносятся соответствующие рекомендации.

Помимо амбулаторной карты, на каждого больного, взятого на диспансерный учет, заполняют контрольную карту (форма 030/у). В карту вписывают точно установленный диагноз, сроки явок для очередных обследований, перечень мероприятий лечебно-оздоровительного характера и даты их выполнения

Оценка количества и эффективности диспансеризации производится по нескольким показателям.

1. Полнота охвата диспансерным наблюдением (отношение числа больных, находящихся на диспансерном учете, к числу всех больных, зарегистрированных в течение года).
2. Показатель своевременности выявления заболевания (отношение числа выявленных в ранних стадиях заболевания к общему числу выявленных больных в данном году).

3. Показатель своевременности взятия на диспансерный учет (отношение взятых на диспансерный учет из вновь выявленных больных в ранних стадиях заболевания к общему числу выявленных в данном году больных в ранних стадиях заболевания).
4. Показатель соблюдения сроков осмотров, плановость и активность диспансерного наблюдения (отношение числа диспансерных больных, у которых выдержаны сроки осмотров, к общему числу диспансерных больных, состоящих на учете, за год наблюдения).
5. Показатель полноты проведения лечебно-оздоровительных мероприятий диспансерной группы больных за год наблюдения (отношение числа больных, которым проведены определенные лечебно-оздоровительные мероприятия, к числу больных, нуждающихся в этих видах лечебно-оздоровительных мероприятий).
6. Показателями эффективности диспансеризации служат:
7. Показатель обострения заболевания (отношение числа больных с обострением основных заболеваний к числу больных, состоящих на диспансерном учете).
8. Показатель временной утраты трудоспособности (в случаях и днях).
9. Показатель переведенных больных в первую группу здоровья в связи с излечением от острых и хронических заболеваний по всем нозологическим формам за последние 5 лет наблюдения.
10. Показатель первичной инвалидности (отношение числа лиц, впервые получивших инвалидность, к среднегодовому числу диспансерных).

III. ЭКСПЕРТИЗА ВРЕМЕННОЙ И СТОЙКОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ В ПОЛИКЛИНИКЕ

Обоснованное экспертное заключение о состоянии трудоспособности, определение критериев освобождения и выписки больных на работу, выдачи и продления документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность, направления на клиничко-экспертную комиссию (КЭК) и установления групп инвалидности производится на основе медицинского и социальных факторов. При оценке нетрудоспособности необходимо учитывать, что “болезнь” и “нетрудоспособность” – понятия не идентичные.

Экспертиза трудоспособности дифференцирует две формы нарушения трудоспособности: временную и стойкую, т.е. инвалидность.

Временная нетрудоспособность определяется таким состоянием, когда нарушение функций, вызванное заболеванием или травмой и препятствующее выполнению профессионального труда, имеет временный, обратимый характер.

Инвалидность – стойкая полная или ограниченная утрата трудоспособности – наступает чаще при хронических заболеваниях с прогрессивным или ремиттирующим течением, а также при острых заболеваниях и травмах, сопровождающихся осложнениями и принимающих хронический характер.

Основным критерием, дифференцирующим временную утрату трудоспособности от стойкой, является благоприятный клинический и трудовой прогноз.

При выдаче больничного листа врач руководствуется “Инструкцией о порядке выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан” от 28 октября 1994г.

Документами, удостоверяющими временную нетрудоспособность и подтверждающими временное освобождение от работы (учебы), является листок нетрудоспособности (ЛНТ), и, в отдельных случаях, справки установленной формы, выдаваемые гражданам:

- при заболеваниях и травмах
- на период медицинской реабилитации
- при необходимости ухода за больным членом семьи, здоровым ребенком или ребенком-инвалидом
- на период карантина
- при отпуске по беременности и родам
- при протезировании в условиях протезно-ортопедического стационара.

При заболеваниях и травмах лечащий врач выдает ЛНТ единолично и одновременно на срок до 10 календарных дней и продлевает его единолично на срок до 30 календарных дней.

При сроках временной утраты трудоспособности более 30 дней решение вопроса дальнейшего лечения и продления ЛНТ осуществляется КЭК, назначаемой руководителем медицинского учреждения.

По решению КЭК, при благоприятном клиническом и трудовом прогнозе, ЛНТ может быть продлен до полного восстановления трудоспособности, но на срок не более 10 месяцев, в отдельных случаях (травмы, состояния после реконструктивных операций, туберкулез) – не более 12 месяцев, с периодичностью продления комиссией не реже, чем через 30 дней.

При заболеваниях, (травмах) ЛНТ выдается в день установления нетрудоспособности, включая праздничные и выходные дни. Не допускается его выдача за прошедшие дни, когда больной не был освидетельствован врачом.

В случаях, когда заболевание или травма, ставшая причиной временной не трудоспособности, явились следствием алкогольного, наркотического, ненаркотического опьянения, ЛНТ выдается с соответствующей отметкой о факте опьянения в амбулаторной карте и в листе не трудоспособности.

В случае заболевания студентов, учащихся средних и высших учебных заведений, для освобождения их от учебы, выдается справка установленной формы.

ЛНТ для санаторно-курортного лечения выдается на число дней, недостающих к очередному и дополнительному отпускам и время проезда.

ЛНТ выдается по уходу за взрослым членом семьи и больным подростком старше 15 лет, получающими лечение в амбулаторно-поликлинических условиях сроком до 3 дней, по решению КЭК – до 7 дней.

При временном отстранении от работы лиц, контактировавших с инфекционными больными или вследствие бактерионосительства, ЛНТ выдаются в лечебно-профилактическом учреждении врачом-эпидемиологом или врачом-инфекционистом, а при отсутствии – лечащим врачом. Продолжительность отстранения от работы в этих случаях определяется утвержденными сроками изоляции лиц, перенесших инфекционные заболевания и соприкасавшихся с ними.

ЛНТ является не только юридическим документом, освобождающим от работы и дающим право на получение пособия из средств социального страхования, но и медицинским документом, по которому производится учет, отчетность и изучение заболеваемости с временной утратой трудоспособности. Это обстоятельство требует от врачей лечебно-профилактических учреждений точного заполнения всех граф лицевой стороны ЛНТ.

В нем указывают название и адрес лечебного учреждения, дату выдачи листа, фамилию, имя, отчество, возраст и место работы больного и ставят печать лечебного учреждения в правом верхнем углу больничного листа. Печать ставят также внизу – при выписке больного на работу или при выдаче продолжения больничного листа. В каждой графе “освобождение” указывают должность и фамилию врача, выдавшего больничный лист, врач обязательно ставит свою подпись.

В графе “диагноз” указывают нозологическую форму заболевания, степень выраженности нарушения функций, характер течения заболевания, обусловившие временную не трудоспособность больного.

В графе “заключительный диагноз” обязательно должно быть указано основное заболевание, послужившее причиной утраты трудоспособности.

В графе “вид временной нетрудоспособности” указывается причина, обусловившая временную утрату трудоспособности.

В графе “режим” врач отмечает один из предписанных им режимов (стационарный, постельный, санаторный, амбулаторный, домашний). Во всех случаях нарушения больным режима врач должен указать дату его в соответствующей графе больничного листа и отметить в чем оно выразилось.

Сроки временной нетрудоспособности при различных заболеваниях и травмах зависят от этиологических факторов, клинических проявлений, стадии, течения болезни и возникающих осложнений. Определенное значение имеют сопутствующие заболевания, которые нередко отягощают течение основного патологического процесса, обусловившего временную утрату трудоспособности.

Большое влияние на продолжительность временной нетрудоспособности оказывают характер работы и условия труда больного. Сроки временной нетрудоспособности различны при одном и том же заболевании у лиц интеллектуального труда и у работающих преимущественно с физическим напряжением, в неблагоприятных санитарно-гигиенических условиях.

Сроки временной нетрудоспособности зависят также от организации медицинской помощи населению и качества лечебно-профилактической работы, технической оснащенности поликлиник и стационаров. Во многом они определяются качеством и постановкой экспертной службы в лечебно-профилактическом учреждении, знанием врачами основ врачебно-трудовой экспертизы.

До настоящего времени отсутствует единый методический подход к определению продолжительности временной нетрудоспособности больных с различными заболеваниями. В литературе обычно приводят лишь средние сроки временной нетрудоспособности при отдельных нозологических формах. Так, средние сроки при гриппе составляют 6,2 дня, при остром фарингите и тонзиллите – 6,5 дня, остром бронхите 5,8 дня, пневмонии 21,3 дня и т.д.

ЛИТЕРАТУРА

1. Поликлиническое дело. Учебное пособие для студентов под ред. Ю.А. Андрианова – Рязань: РМИ, 1984.
2. Поликлиническое дело (под ред. В.А. Миняева). – М.: Медицина, 1987.
3. Диспансеризация населения в СССР: состояние и перспектива. Г.А. Новгородцев, Г.З. Демченкова, М.Л. Полонский. – М.: Медицина, 1984.
4. Руководство по врачебно-трудовой экспертизе под ред. Ю.Д. Арбатской. – М.: Медицина, 1981.

ВПТ.

Тема: Острая лучевая болезнь.

Мотивация:

Острая лучевая болезнь - поражение всего организма, возникающее при однократном, повторном или длительном облучении всего тела или большей его части ионизирующим излучением в дозе, превышающей 1 грей. Актуальность изучения радиационных поражений обусловлена, прежде всего, возможностью использования в современной войне атомного оружия, применение которого приведет к массовому поступлению больных с острой лучевой болезнью (ОЛБ). В этих условиях врачу нужно уметь оценивать радиационную обстановку в момент и после нанесения противником ядерного удара, распознать возможность развития *ОЛБ*, оценить тяжесть и исход заболевания, определить необходимый объем мероприятий по диагностике, сортировке и эвакуации пораженных, оказании рациональной медицинской помощи на этапах эвакуации.

Кроме того, продолжается активное развитие атомной энергетики, что влечет за собой реальную опасность аварий на ядерных реакторах с развитием поражений персонала проникающим ионизирующим излучением и загрязнением окружающей среды радиоактивными веществами. Об этом заставляет помнить печальный опыт катастрофы на Чернобыльской АЭС.

Цели занятия:

В результате изучения темы студенты должны:

Иметь представление об организации и объеме специализированной помощи при острых радиационных поражениях.

Знать:

- основы биологического действия ионизирующего излучения;
- клиническую классификацию острых радиационных поражений;
- основные синдромы ОЛБ и их патогенез;
- клиническую характеристику костномозговой формы ОЛБ по периодам и степеням тяжести;
- изменения показателей крови в разные периоды ОЛБ в зависимости от степени тяжести;
- особенности течения ОЛБ при нейтронных и комбинированных радиационных поражениях;
- обоснование и формулировку диагноза ОЛБ;
- принципы внутрипунктовой и эвакуационно-транспортной сортировки в МПП и ОмедБ;
- принципы лечения и оказания неотложной помощи при ОЛБ;
- оптимальный объем помощи в МПП и ОмедБ.

Владеть умением:

- определять по клиническим признакам степень тяжести ОЛБ и правильно формулировать диагноз;
- проводить медицинскую сортировку пораженных ОЛБ в МПП и ОмедБ;
- определять оптимальный объем помощи на этапах медицинской эвакуации;
- проводить объективное обследование больного с синдромосходной патологией.

Место проведения занятий:

учебная комната кафедры, палаты.

Содержание занятия:

- опрос и собеседование по теме занятия;
- клинический разбор больных с синдромосходной патологией (гипо-, апластическая анемия, геморрагический диатез и т.д.)

Самостоятельная работа:

Внеаудиторная - 2 часа.

Вопросы для самостоятельной работы

1. Характеристика ионизирующего излучения.
2. Биологическое действие ионизирующего излучения на организм человека.
3. Патогенез ОЛБ.
4. Классификация радиационных поражений, ОЛБ.
5. Основные клинические синдромы ОЛБ, их патогенез.
6. Патогенез и клиническая характеристика периодов ОЛБ.
7. Клиника ОЛБ, развившейся от общего равномерного внешнего облучения.
8. Особенности клинической картины ОЛБ, развившейся при попадании радиоактивных веществ внутрь.
9. Особенности клиники и течения ОЛБ при нейтронном облучении и комбинированных радиационных поражениях.
10. Принципы диагностики ОЛБ.
11. Диагностика ОЛБ в МПП и ОмедБ.
12. Комплексная терапия поражённых ОЛБ.

13. Организация и объём терапевтической помощи поражённым ОЛБ на этапах медицинской эвакуации.

Литература для самоподготовки

Основная:

1. Гембицкий Е.В., Комаров Ф.И. Военно-полевая терапия: учебник. -М. Медицина, 1983.
2. Комаров Ф.И., Клячкин Л.М. Руководство по практическим занятиям по военно-полевой терапии. - М.: Медицина, 1983.
3. Руководство по гематологии: в 2 томах. Т.1 (под ред. Воробьёва А.И.) -М.: Медицина, 1985.
4. Лекция

Дополнительная:

1. Руководство по военно-полевой терапии. - М. :Воениздат, 1988.
2. Инструкция по этапному лечению поражённых с боевой терапевтической патологией. - М. :Воениздат, 1983.
3. Гуськова А.К., Байсоголов Г.Д. Лучевая болезнь человека. - М., 1971.
 3. Инструкция по диагностике, медицинской сортировке и лечению острых радиационных поражений (под ред. Гуськовой А.К.) - М., 1978.

Методическую разработку подготовил доц. Е.В. Немеров

Тема: Заболевания внутренних органов при боевой травме.

Мотивация:

Раненый, особенно с тяжёлой огнестрельной травмой или комбинированным поражением, спустя разные сроки после ранения закономерно оказывается терапевтическим больным, т.е. страдающим патологией внутренних органов, которая в дальнейшем может определить и исход травмы. Этим обусловлена актуальность проблемы своевременного выявления патологических процессов со стороны внутренних органов у раненых и проведения соответствующих лечебно-профилактических мероприятий.

В условиях современной войны, в связи с возможностью применения оружия массового поражения (ядерного, боевых отравляющих веществ), с учётом постоянного усовершенствования огнестрельного оружия, следует ожидать увеличения количества тяжёлых ранений, которые вызывают более глубокие и разнообразные изменения внутренних органов.

Данная тема имеет большее практическое значение, чем обозначенное в её названии. Вопрос следует рассматривать шире, с учётом трёх следующих взаимосвязанных направлений:

- травмы мирного времени (8,5 млн. травмированных в год);
- травмы в экстренных ситуациях;
- травмы военного времени.

Цели занятия:

В результате изучения темы студенты должны:

Иметь представление об основах организации и объёме специализированной помощи раненым и поражённым ударной волной при минно-взрывной травме.

Знать:

- общепатологические (шок, гнойно-резорбтивная лихорадка, раневой сепсис, раневое истощение, жировая эмболия) и органопатологические изменения органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, органов кроветворения, пищеварения и почек у раненых;
- поражающие факторы взрыва и механизм действия взрывной волны;
- основные принципы лечения изменений внутренних органов при минно-взрывной травме.

Владеть умением:

- проводить медицинскую сортировку раненых и поражённых взрывной волной в МПП и ОмедБ;
- определять оптимальный объём действий для диагностики указанных состояний;
- целенаправленно обследовать раненого и контуженного, сформулировать и обосновать диагноз;
- определять оптимальный объём медицинской помощи и дальнейшую эвакуацию сортировку при указанной патологии в МПП и ОмедБ;

Место проведения занятий: учебная комната кафедры, палаты.

Содержание занятия:

- обсуждение причин, способствующих развитию поражений внутренних органов у раненых, патологических синдромов;
- обсуждение заболеваний органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, почек, системы крови у раненых;
- разбор больных с синдромосходной патологией;

- обсуждение механизма действия взрывной волны на организм человека, изменений внутренних органов при минно-взрывной травме;
- обсуждение медицинской сортировки и этапного лечения поражённых взрывной волной;
- разбор учебной истории болезни поражённого взрывной волной.

Самостоятельная работа:

внеаудиторная – 2 часа.

Вопросы для самостоятельной работы

1. Факторы, способствующие развитию заболеваний внутренних органов при боевой травме.
2. Патологические синдромы у раненых: травматический шок, гнойно-резорбтивная лихорадка, раневой сепсис, раневое истощение, жировая эмболия.
3. Изменения со стороны органов дыхания у раненых.
4. Особенности патогенеза (в зависимости от вида и локализации ранения), клиника, диагностика, лечение и профилактика пневмоний у раненых.
5. Функциональные и органические поражения сердечно-сосудистой системы у раненых; особенности патогенеза, клиники, диагностики, лечения.
6. Заболевания почек у раненых.
7. Поражение системы крови у раненых.
8. Особенности поражения ЖКТ у раненых.
9. Особенности оказания медицинской помощи раненым на этапах медицинской эвакуации, пути профилактики и ранней диагностики осложнений со стороны внутренних органов.
10. Понятия “взрыв” и “взрывная волна”.
11. Основные факторы поражающего действия ударной волны на организм человека при минно-взрывной травме.
12. Патогенез поражения внутренних органов при минно-взрывной травме.
13. Клиника поражения ЦНС при минно-взрывной травме.
14. Клиника поражения внутренних органов при минно-взрывной травме.
15. Отдалённые последствия взрывной травмы, возникающие со стороны внутренних органов.
16. Медицинская сортировка и этапное лечение поражённых ударной волной.

Литература для самоподготовки

Основная :

1. Гембицкий Е.В., Комаров Ф.И. Военно-полевая терапия: учебник. – М.: Медицина, 1983.
2. Комаров Ф.И., Клячкин Л.М. Руководство по практическим занятиям по военно-полевой терапии. – М.: Медицина, 1983.
3. Лекция

Дополнительная:

1. Инструкция по этапному лечению поражённых с боевой терапевтической патологией. - М.: Воениздат, 1983.
2. Руководство по военно-полевой терапии. – М.: Воениздат, 1988.
3. Организация медицинской помощи на этапах эвакуации при взрывных травмах. – М., 1987.
4. Военно-полевая терапия (под ред. Гембицкого Е.В., Алексеева Т.И.) – Л., 1987.

Методическую разработку подготовил доц. Е.В. Немеров

Тема: Неотложная помощь на этапах медицинской эвакуации при угрожающих жизни состояниях.

Мотивация:

Актуальность проблемы обусловлена тем, что в практической деятельности, а тем более в военное время, врачу придётся иметь дело с отравлениями различной этиологии, а также с другими, угрожающими жизни, состояниями. В случае промедления оказания медицинской помощи такое состояние может привести пострадавшего к смерти в первые же минуты или часы. Поэтому необходима быстрая ориентация врача на этапах медицинской эвакуации, умение распознать природу поражения и принять срочные меры по устранению угрожающих жизни состояний.

Цели занятия:

В результате изучения темы студенты должны:

Иметь представление об основах организации и объеме специализированной помощи раненым и пораженным с угрожающими жизни состояниями.

Знать:

- клиническую характеристику угрожающих жизни состояний;
- принципы неотложной терапевтической помощи при острой сердечной недостаточности, остром психомоторном возбуждении, судорожном синдроме, гипертензивном кризе, инфаркте миокарда, приступе бронхиальной астмы;
- общие клинические симптомы, принципы диагностики и неотложной помощи при острых отравлениях различной этиологии;
- организацию и объем неотложной терапевтической помощи на этапах медицинской эвакуации (МПП, ОмедБ) при угрожающих жизни состояниях;

Владеть умением:

- проводить медицинскую сортировку раненых и пораженных с угрожающими жизни состояниями в МПП и ОмедБ;
- определять оптимальный объем действий для диагностики указанных состояний;
- оказать неотложную терапевтическую помощь при критических состояниях, возникающих в связи с острой недостаточностью жизненно важных систем и органов;
- оказать неотложную терапевтическую помощь при острых отравлениях различной этиологии, в том числе неизвестным ядом;
- определять оптимальный объем медицинской помощи и дальнейшую эвакотранспортную сортировку при указанных состояниях.

Место проведения занятия:

учебная комната кафедры, палаты.

Содержание занятия:

- обсуждение видов медицинской помощи, оказываемой на этапах медицинской эвакуации;
- обсуждение клиники, диагностики, принципов лечения острых отравлений, особенностей оказания медицинской помощи на этапах медицинской эвакуации;
- обсуждение клиники и неотложной помощи при отравлении окисью углерода и взрывными газами;
- обсуждение клиники и неотложной помощи при угрожающих жизни состояниях;
- решение ситуационных задач с заполнением первичных медицинских карточек.

Самостоятельная работа:

внеаудиторная – 2 часа.

Вопросы для самостоятельной работы:

1. Характеристика видов медицинской помощи, оказываемой раненым и пораженным на этапах медицинской эвакуации;
2. Содержание медицинской помощи, оказываемой в МПП и ОмедБ.
3. Содержание первичной медицинской карточки, порядок её заполнения.
4. Особенности клиники и диагностики острых отравлений.
5. Общие принципы лечения острых отравлений.
6. Доврачебная, первая врачебная и квалифицированная помощь при воздействии отравляющих веществ.
7. Клиническая картина и неотложная помощь при отравлении окисью углерода.
8. Клиническая картина и неотложная помощь при отравлении “пороховыми” (“взрывными”) газами.
9. Клиническая картина, неотложная помощь и особенности её оказания на этапах медицинской эвакуации при угрожающих жизни состояниях:
острая сердечная и сосудистая недостаточность,
гипертензивный синдром,
инфаркт миокарда,
судорожный синдром,
психомоторное возбуждение,
приступ бронхиальной астмы.

Литература для самоподготовки

Основная:

1. Гембицкий Е.В., Комаров Ф.И. Военно-полевая терапия: учебник. – М.: Медицина, 1983.
2. Комаров Ф.И., Клячкин Л.М. Руководство по практическим занятиям по военно-полевой терапии. – М.: Медицина, 1983.
3. Неотложные состояния и экстренная медицинская помощь: Справочник (под ред. Чазова Е.И.) – М.: Медицина, 1990.
4. Руководство по военно-полевой терапии. – М.: Воениздат, 1988.

Дополнительная:

1. Инструкция по этапному лечению поражённых с боевой терапевтической патологией. - М.:Воениздат, 1983.
2. Неотложная помощь при острых отравлениях: Справочник по токсикологии (под ред. Голикова С.Н.)
3. Неотложные состояния в пульмонологии. Пер. с англ. (под ред. Сана С.А.) – М.:Медицина, 1986.
4. Гроер К., Кавалларо Д. Сердечно-легочная реанимация. – М., 1996.
5. Фомина И.Г. Неотложная терапия в кардиологии. – М.:Медицина, 1997.
6. Интенсивная терапия. Пер. с англ (под ред. Мартынова А.И.) – М.:ГОЭТАР.Мед,1998.
7. Элконин Б.Л., Тополянский А.В., Кисин А.Г. Неотложная диагностика и терапия. – СПб., 1997.

Методическую разработку подготовил доц. Е.В. Немеров