

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ»

МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра факультетской терапии

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ
к практическим занятиям**

Дисциплина «Факультетская терапия»

Специальность 31.05.02 Педиатрия

Курс 3, 4

Семестр VI, VII

Количество часов 4

Уфа
2026

Методические указания для обучающихся
созданы на основании рабочей программы учебной дисциплины
«Факультетская терапия», утвержденной 25 ноября 2025 г., протокол №10

Рецензенты:

1. Заведующий кафедрой детских болезней ФГБОУ ВО ОрГМУ,
Минздрава России д.м.н., профессор Попова Л.Ю.
2. Главный врач ГБУЗ РБ Детская поликлиника №2 г. Уфа,
Бикметова Э.З.

Автор: доц. Э.Р. Камаева

Утверждено на заседании кафедры факультетской терапии протокол №2 от
19 сентября 2025 г.

1. Пневмония. Тема и ее актуальность.

Пневмония (П) – распространенное (10%) острое инфекционно-воспалительное заболевание легких преимущественно бактериальной этиологии с вовлечением всех структурных элементов легочной ткани и обязательным поражением альвеол. Значительный удельный вес острых пневмоний в структуре заболеваемости среди лиц трудоспособного возраста определяет актуальность своевременной диагностики, рационального лечения и профилактики.

1. 2. Учебные цели: изучение этиологии, патогенеза, клиники, классификации, современных методов диагностики, лечения и профилактики пневмонии; овладение врачебными навыками диагностики и лечения пневмонии; диагностики и оказания неотложной и экстренной медицинской помощи при осложнениях, проведения дифференциального диагноза между различными формами пневмонии и другими заболеваниями органов дыхания. Формирование общепрофессиональных и профессиональных компетенций, ПК-13, ОПК-5, ПК-14, ОПК-7, ассоциированных с трудовыми функциями А/01.7, А/02.7, А/03.7.

Для формирования общепрофессиональных и профессиональных компетенций обучающийся должен знать:

- анатомо-физиологические особенности органов дыхания;
- современную этиологию и патогенез П, факторы риска П;
- патоморфологические проявления П;
- современную классификацию П;
- клинические симптомы и диагностические критерии П;
- показатели лабораторно-инструментальных методов исследований (общий анализ крови, мокроты, мочи, биохимический анализ крови, рентгенография легких, спирография, пульсоксиметрия);
- легочные и внелегочные осложнения П;
- принципы лечения и профилактики, терапевтические дозы лекарственных препаратов, показания к хирургическому лечению;

- неотложные и реанимационные мероприятия при инфекционно-токсическом шоке, остром респираторном дистресс-синдроме, острой дыхательной недостаточности;
- меры профилактики П.

Для формирования общепрофессиональных и профессиональных компетенций обучающийся должен владеть:

- методами общеклинического обследования больных П (ПК-13);
- интерпретацией результатов лабораторных и инструментальных методов диагностики (ОПК-5, ПК-14);
- алгоритмом развернутого клинического диагноза по современным классификациям (ОПК-5, ПК-14);
- алгоритмом постановки предварительного диагноза с последующим направлением пациента к соответствующему врачу-специалисту (ОПК-5, ПК-14)
- основными врачебными лечебными мероприятиями при П (ОПК-7);
- алгоритмом диагностики и интенсивной терапии при неотложных и угрожающих жизни состояниях (инфекционно-токсическом шоке, остром респираторном дистресс-синдроме, острой дыхательной недостаточности) (ОПК-7)
- правильным ведением медицинской документации (медицинская карта стационарного больного) (ОПК-5, ПК-14);
- навыками врачебной этики и медицинской деонтологии (ПК-13).

Для формирования общепрофессиональных и профессиональных компетенций обучающийся должен уметь:

- определить статус пациента: собрать анамнез, провести опрос пациента или его родственников, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, аускультация), провести первичное обследование органов и систем у больного П;
- поставить предварительный диагноз и наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза и получения достоверного результата у больного с П;

- интерпретировать результаты наиболее распространенных методов лабораторной и инструментальной диагностики, применяемых для выявления П;
- сформулировать клинический диагноз с учетом МКБ-10 и современных клинических классификаций с указанием основного диагноза, его осложнений и сопутствующих заболеваний;
- обосновать клинический диагноз по данным анамнеза, физикального и лабораторно-инструментального исследований;
- составить алгоритм дифференциальной диагностики с другими заболеваниями (бронхит, туберкулез легких, рак легких);
- разработать план терапевтических действий с учетом протекания болезни и ее лечения;
- сформулировать показания к избранному методу лечения с учетом этиотропных и патогенетических средств, определить путь введения, режим и дозу лекарственных препаратов, оценить эффективность и безопасность проводимого лечения;
- оказать неотложную и экстренную медицинскую помощь при развитии осложнений П (инфекционно-токсический шок, острый респираторный дистресс-синдром, острая дыхательная недостаточность);
использовать в лечебной деятельности методы первичной и вторичной профилактики.

3. Материалы для самоподготовки к освоению данной темы:

Вопросы для самоподготовки:

1. Этиология и патогенез развития П.
2. Факторы риска развития П.
3. Основные патогенетические звенья П.
4. Классификация П.
5. Клиническая картина при П.
6. Критерии установления диагноза.
7. Принципы лечения П.
8. Профилактика П.

4. **Вид занятия:** практическое занятие.

5. **Продолжительность занятия:** 8 академических часов

6. **Оснащение:**

6.1. Дидактический материал (видеофильмы, тренинговые и контролируемые компьютерные программы, мультимедийные атласы и ситуационные задачи);

6.2. ТСО (компьютеры, видеодвойка, мультимедийный проектор)

7. Содержание занятия:

7.1. Контроль исходного уровня знаний и умений

Тестовые задания с одним правильным ответом

1. ОСНОВНОЙ МЕХАНИЗМ ИНФИЦИРОВАНИЯ ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ ПРИ ПНЕВМОНИИ (ОПК-5, ПК-14):

- 1) Аспирация секрета ротоглотки
- 2) Ингаляция
- 3) Гематогенная диссеминация и непосредственное распространение инфекции с прилежащих очагов патологии
- 4) Реактивация латентной инфекции

Эталон ответа: 1

Образец типовой ситуационной задачи

Больной В., 36 лет, строитель, госпитализирован с жалобами на боли в грудной клетке справа, сухой кашель, одышку, подъем температуры до 39,8⁰ С, озноб, резкую слабость.

Заболел остро после переохлаждения. Вчера вечером почувствовал озноб, слабость, повысилась температура до 38,58⁰ С. Принял аспирин. После временного улучшения, утром состояние ухудшилось, появился болезненный кашель.

Объективно: общее состояние тяжелое. Правильного телосложения, пониженного питания. Кожные покровы горячие, влажные, гиперемия правой щеки, акроцианоз. На губах герпетические высыпания. Отставание правой половины грудной клетки в акте дыхания. Над нижнебоковой поверхностью правого легкого определяется усиление голосового дрожания, укорочение перкуторного звука, дыхание с бронхиальным оттенком, крепитация. ЧД 32 в минуту.

Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушены, тахикардия, 110 уд/мин. АД – 85/60 мм рт. ст. Живот при поверхностной пальпации мягкий, болезненный в правой подреберной области. Размеры печени по Курлову – 9 х 8 х 7 см.

Общий анализ крови: Эритроциты 4,2 х 10¹²/л, гемоглобин – 126 г/л, лейкоциты – 12,9 х 10⁹/л, лейкоцитарная формула: э -1%, п -16%, с -62%, л - 15%, м - 6%, токсическая зернистость нейтрофилов +++, СОЭ – 58 мм/ч.

Анализ мочи: уд. вес – 1012, белок – 0,66 %, лейкоциты – 3-4-5 в поле зрения, гиалиновые цилиндры – 2-6 в п/зр, эритроцитов нет.

Рентгенография органов грудной клетки: справа средняя доля (S4, S5) гомогенно затемнена

ЭКГ: Синусовая тахикардия. Нарушение метаболических процессов в миокарде.

Вопросы к задаче:

1. Какое заболевание наиболее вероятно у больного? (ОПК-5, ПК-14)
2. Оцените данные дополнительных методов обследования. (ПК-13)
3. Сформулируйте и обоснуйте диагноз. (ОПК-5, ПК-14)
4. Укажите наиболее вероятные этиологические факторы данного заболевания. (ОПК-5, ПК-14)
5. Назначьте и обоснуйте лекарственную терапию. (ОПК-7)
6. Какие осложнения основного заболевания имеются у данного пациента? Неотложная помощь. (ОПК-7)

Эталонные ответы к задаче:

1. Внебольничная пневмония.
2. Нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, токсическая зернистость нейтрофилов, повышение СОЭ, протеинурия свидетельствуют о наличии острого инфекционно-воспалительного заболевания; данные рентгенографии органов грудной клетки – о правосторонней среднедолевой пневмонии
3. Внебольничная бактериальная правосторонняя среднедолевая пневмония, тяжелой степени тяжести. Осл.: ИТШ I ст., ДН 3 ст.
4. Пневмококк
5. Антибиотики бактерицидного действия (пенициллины, цефалоспорины, макролиды, фторхинолоны), дезинтоксикационная, жаронивающая терапия, муколитики.
6. Инфекционно-токсический шок. Дыхательная недостаточность. ИТШ: Немедленная катетеризация магистральной вены с непрерывной инфузионной терапией; временное прекращение применения антибиотиков бактерицидного действия (применяют бактериостатические или бактериоцидные препараты с низким эндотоксиновым потенциалом); применение ГКС в больших дозах; ингибиторы протеаз; коррекция водно-электролитного баланса; борьба с ДВС-синдромом; для стабилизации гемодинамики-инфузия прессорных аминов; увлажненный кислород-борьба с тканевой гипоксией; при острой сердечной недостаточности-сердечные гликозиды; в ряде случаев применяют методы экстракорпоральной детоксикации (плазмаферез, гемосорбция, УФО крови); при прогрессировании дыхательной недостаточности применяют ИВЛ.

7.2. Разбор с преподавателем узловых вопросов, необходимых для освоения темы занятия

1. Определение П. (ПК-13)
2. Факторы риска развития П. (ПК-13)
3. Патогенез П. (ПК-13)
4. Что лежит в основе классификации П? (ПК-13)
5. Патоморфологические изменения при П. (ПК-13)
6. Основные клинические проявления П. (ОПК-5, ПК-14)
7. Методы диагностики П. (ПК-13, ОПК-5, ПК-14)
9. Дифференциальная диагностика П. (ПК-13)
10. Осложнения П. (ОПК-5, ПК-14)
11. Что такое ассоциированные клинические состояния? (ОПК-5, ПК-14)
12. Принципы лечения П (характеристика основных групп антибактериальных препаратов, показания и противопоказания). (ОПК-7)
13. Неотложная помощь при осложнениях П. (ОПК-7)
14. Профилактика П. (ОПК-7)

7.3. Демонстрация преподавателем методики практических приемов по данной теме.

Методы физикального обследования больного П по органам и системам (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация). Интерпретация типичных общего, биохимического и серологического анализов крови, ЭКГ, рентгенограммы органов грудной клетки, КТ легких.

7.4. Самостоятельная работа обучающихся под контролем преподавателя: курация тематических больных, посещение с больными лечебных и диагностических кабинетов, анализ результатов дополнительных исследований, оформление истории болезни больного; работа с обучающими компьютерными программами, учебным аудиоматериалом, мультимедийным атласом, просмотр учебного видеофильма.

7.5. Контроль конечного уровня усвоения темы:

Подготовка к выполнению практических приемов по теме занятия.

Разбор проведенной курации больных, выполненных диагностических исследований и лечебных манипуляций. Демонстрация полученных практических навыков по обследованию и лечению больных. Разбор вопросов лечения курируемых больных П.

Материалы для контроля уровня освоения темы: наборы тестовых заданий, ситуационные задачи.

Тестовые задания с подбором соответствия (для каждого вопроса, пронумерованного цифрой, подберите один соответствующий ответ, обозначенный буквой, один и тот же ответ может быть использован один раз, два раза или не использован ни разу):

1. УКАЖИТЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ УКАЗАННЫХ ВАРИАНТОВ П: (ОПК-5, ПК-14)

1. Постепенное начало на фоне ОРЗ, кашель со слизисто - гнойной мокротой, потливость.	А. Крупозная пневмония.
2. Острое начало с высокой лихорадки, болями в груди, возможен коллапс.	Б. Очаговая пневмония.
3. Непродуктивный кашель, экспираторная одышка.	В. Пневмония, осложненная бронхоспастическим синдромом.
4. Крепитация на фоне бронхиального дыхания	Г. Абсцедирующая пневмония.
5. Длительная лихорадка с обильными потами, отсутствие положительной динамики в процессе лечения.	

Эталоны ответов: 1Б, 2А, 3В, 4А, 5Г.

Тестовые задания с одним или несколькими правильными ответами:

1. ПРЕПАРАТЫ, НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МИКОПЛАЗМЕННЫХ ПНЕВМОНИЙ (ОПК-7)

- 1) Пенициллины
- 2) Рифампицин
- 3) Макролиды

4) Левофлоксацин

Эталон ответа: 3,4

Образец типовой ситуационной задачи

Пациент В. 25 лет, строитель

Жалобы на боли в грудной клетке справа, сухой кашель, одышку, подъем t^0 до 39^0 С, озноб, резкую слабость.

Из анамнеза заболевания: Заболел остро, после переохлаждения, когда появились озноб, слабость, повысилась температура тела до $38,5^0$ С. Принял чай с малиной- без улучшения. Вызвал СМП. Госпитализирован.

Объективно: общее состояние тяжелое, сознание ясное, положение активное. Правильного телосложения, ИМТ 19 кг/м^2 .

Кожные покровы горячие, влажные, гиперемия правой щеки. Отставание правой половины грудной клетки в акте дыхания. Над нижнебоковой поверхностью правого легкого - усиление голосового дрожания, укорочение перкуторного звука, аускультативно - дыхание бронхиальное, крепитация. ЧД - 32 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, тахикардия. ЧСС=Пульс= 112 в 1 мин. АД - 90/60 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

Печень, селезенка не увеличены. Периферических отеков нет.

Данные лабораторно-инструментальных исследований:

Общий анализ крови: RBC- $4,2 \times 10^{12}/\text{л}$, HGB - 126 г/л; WBC- $17,0 \times 10^9/\text{л}$; э. - 1%, нейтрофилы: ю - 10%; п/я - 17%, с/я- 54%, лимф. - 10%, м - 8%, СОЭ - 58 мм/час.

R-графия грудной клетки: справа гомогенное затемнение в проекции S4, S5 ДЗ

ЭКГ: синусовая тахикардия, ЧСС 125 в мин.

Задание:

1. Назовите наиболее вероятное заболевание у больного (ОПК-5, ПК-14)
2. Оцените данные дополнительных методов обследования (ПК-13)
3. О каких заболеваниях можно думать по рентгенологическим данным? (ПК-13)
4. Какие дополнительные обследования необходимы для уточнения диагноза? (ПК-13)

5. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз. (ОПК-5, ПК-14)
6. Назовите наиболее частых возбудителей данного заболевания. (ОПК-5, ПК-14)
7. Назначьте лечение (напишите рецепты). (ОПК-7)
8. Возможные осложнения данного заболевания и неотложная помощь при них (ОПК-5, ПК-14; ОПК-7)

8. Место проведения самоподготовки:

читальный зал, учебная комната для самостоятельной контактной работы обучающихся, учебная лаборатория, палаты больных, кабинеты функциональной диагностики, модуль практических навыков, компьютерный класс.

9. Учебно-исследовательская работа обучающихся по данной теме:

1. Составить реферативное сообщение о современной классификации пневмоний.
2. Составить реферативное сообщение о современных антибактериальных средствах при П.
3. Анализ медицинских карт больных с пневмониями по материалам клинической базы кафедры.

2. Тема: Инфекционные деструкции легких (ИДЛ)

1. Актуальность. характеризуются воспалительной инфильтрацией и последующим гнойным или гнилостным распадом (деструкцией) легочной ткани в результате воздействия неспецифических патогенных микроорганизмов (к специфическим деструкциям относятся туберкулезная казеозная пневмония, сифилитическая гумма и др.). В зависимости от характера деструкции различают **абсцесс и гангрену легких**. ИДЛ представляют собой тяжелые нередко угрожающие жизни больного патологические состояния. Тяжесть течения, высокая летальность, большая распространенность в России определяют медицинскую и социальную актуальность проблемы.

2. Учебные цели: овладение практическими умениями и навыками диагностики, лечения и профилактики ИДЛ, оказания неотложной и экстренной медицинской помощи при осложнениях, проведения дифференциального диагноза между различными формами ИДЛ и другими

заболеваниями органов дыхания, формирование профессиональных компетенций ОПК-5, ОПК-7, ПК-13, ПК-14, ассоциированных с трудовыми функциями А/01.7, А/02.7, А/03.7.

Для формирования профессиональных компетенций обучающийся должен знать

- определение ИДЛ;
- этиологию и патогенез ИДЛ;
- современную классификацию;
- клинические симптомы;
- показатели лабораторно-инструментальных методов исследований (общий анализ крови, мокроты, мочи, биохимический анализ крови, рентгенография легких, спирография, пульсоксиметрия);
- осложнения ИДЛ;
- принципы лечения и профилактики, терапевтические дозы лекарственных препаратов, показания к хирургическому лечению;
- неотложные и реанимационные мероприятия при инфекционно-токсическом шоке, легочном кровотечении и других осложнениях ИДЛ;
- меры профилактики.

Для формирования профессиональных компетенций обучающийся должен владеть:

- методами общеклинического обследования больных с инфекционными деструкциями легких (ИДЛ) (ПК-13);
- интерпретацией результатов лабораторных и инструментальных методов диагностики (ОПК-5, ПК-14);
- алгоритмом развернутого клинического диагноза по современным классификациям (ОПК-5, ПК-14);
- алгоритмом постановки предварительного диагноза с последующим направлением пациента к соответствующему врачу-специалисту (ОПК-5, ПК-14);
- основными врачебными лечебными мероприятиями при ИДЛ (ОПК-7);

- алгоритмом диагностики и интенсивной терапии при неотложных и угрожающих жизни состояниях (легочное кровотечение, инфекционно-токсический шок) (ОПК-7)
- правильным ведением медицинской документации (медицинская карта стационарного больного) (ОПК-5, ПК-14);
- навыками врачебной этики и медицинской деонтологии (ПК-13).

Для формирования профессиональных компетенций обучающийся должен уметь:

- определить статус пациента: собрать анамнез, провести опрос пациента или его родственников, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, аускультация), провести первичное обследование органов и систем у больного ИДЛ;
- поставить предварительный диагноз и наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза у больного ИДЛ;
- интерпретировать результаты наиболее распространенных методов лабораторной и инструментальной диагностики, применяемых для выявления ИДЛ;
- сформулировать клинический диагноз с учетом МКБ-10 и современных клинических классификаций с указанием основного диагноза, его осложнений и сопутствующих заболеваний; обосновать клинический диагноз по данным анамнеза, физикального и лабораторно-инструментального исследований;
- составить алгоритм дифференциальной диагностики с другими заболеваниями (киста легкого, туберкулез легких, рак легкого)
- разработать план терапевтических действий с учетом протекания болезни и ее лечения;
- сформулировать показания к избранному методу лечения с учетом этиотропных и патогенетических средств, определить путь введения, режим и дозу лекарственных препаратов, оценить эффективность и безопасность проводимого лечения;
- оказать неотложную и экстренную медицинскую помощь при развитии осложнений ИДЛ (легочное кровотечение, инфекционно-токсический шок, пиопневоторакс);
- использовать в лечебной деятельности методы профилактики ИДЛ.

•

3.Материалы для самоподготовки к освоению данной темы:

Вопросы для самоподготовки:

Вопросы для самоподготовки	Письменные задания
1. Этиология и патогенез развития ИДЛ.	1. Нарисовать схему сегментарного строения легких.
2. Факторы риска развития ИДЛ	
3. Классификация ИДЛ.	
4 Клиническая картина при абсцессе и гангрене легких.	
5. Лабораторные данные, рентгенологические признаки ИДЛ	2. Написать общий анализ крови, характерный для ИДЛ.
6. Дифференциальный диагноз.	
7. Принципы лечения ИДЛ.	3. Написать в виде рецептов основные группы лекарственных препаратов для лечения ИДЛ (антибактериальные, муколитики, средства дезинтоксикации, иммуномодулирующие).
8. Профилактика ИДЛ.	

4. Вид занятия: практическое занятие.

5. Продолжительность занятия: 4 академических часа

6. Оснащение

6.1. Дидактический материал (видеофильмы, тренинговые и контролируемые компьютерные программы, мультимедийные атласы и ситуационные задачи);

6.2. ТСО (компьютеры, видеодвойка, мультимедийный проектор)

7. Содержание занятия:

7.1. Контроль исходного уровня знаний и умений

Тестовые задания с одним правильным ответом

1. Наиболее типичной картиной 1 стадии абсцесса легких является: (ПК-13)

1) Интенсивное затемнение легочной ткани с просветлениями

- 2) Округлая толстостенная полость с горизонтальным уровнем жидкости
- 3) Тонкостенная округлая полость
- 4) Горизонтальный уровень жидкости над диафрагмой

Эталон ответа: 1

7.2. Разбор с преподавателем узловых вопросов, необходимых для освоения темы занятия

1. Дайте определение ИДЛ (ПК-13).
2. Каковы факторы риска развития ИДЛ (ПК-13)
3. Каков патогенез ИДЛ (ПК-13).
4. Какова классификация ИДЛ (ПК-13).
5. Какие патоморфологические изменения наблюдаются при ИДЛ (ПК-13)
6. Каковы основные клинические проявления абсцесса и гангрены легких (ОПК-5, ПК-14)
7. При каких заболеваниях развиваются сходная с ИДЛ клиническая картина (ПК-13)
8. Методы диагностики ИДЛ (ОПК-5, ПК-13, ПК-14).
9. Какова дифференциальная диагностика ИДЛ (ПК-13)
10. Охарактеризуйте осложнения ИДЛ (ОПК-5, ПК-14).
11. Принципы лечения ИДЛ (характеристика основных групп гипотензивных препаратов, показания и противопоказания) (ОПК-7).
13. Неотложная помощь при осложнениях ИДЛ (ОПК-7).
14. Профилактика ИДЛ (ОПК-7).

7.3. Демонстрация преподавателем методики практических приемов по данной теме.

Методы физикального обследования больного ИДЛ по органам и системам (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация). Интерпретация типичных общего, биохимического и серологического анализов крови, ЭКГ, рентгенограммы органов грудной клетки при ИДЛ.

7.4. Самостоятельная контактная работа обучающихся под контролем преподавателя: курация тематических больных, посещение с больными лечебных и диагностических кабинетов, анализ результатов дополнительных исследований, оформление истории болезни больного; работа с обучающими компьютерными программами, учебным аудиоматериалом, мультимедийным атласом, просмотр учебного видеофильма.

7.5. Контроль конечного уровня усвоения темы:

Подготовка к выполнению практических приемов по теме занятия.

Разбор проведенной курации больных, выполненных диагностических исследований и лечебных манипуляций. Демонстрация полученных практических навыков по обследованию и лечению больных. Разбор вопросов лечения курируемых больных ИДЛ.

Материалы для контроля уровня освоения темы: тесты, ситуационные задачи.

Тестовые задания с подбором соответствия (для каждого вопроса, пронумерованного цифрой, выберите один соответствующий ответ, обозначенный буквой, один и тот же ответ может быть использован один раз, два раза или не использован ни разу):

1. НАЗОВИТЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ПОЯВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АБСЦЕССОМ ЛЕГКИХ ВО 2 ФАЗУ ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛЕДУЮЩИХ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ (ОПК-5, ПК-14):

1. Выделение обильной гнойной мокроты «полным ртом».	А. Формирование полости абсцесса.
2. Исчезновение симптомов интоксикации, снижение температуры тела	Б. Прорыв продуктов распада в бронх.
3. Тимпанический звук и амфорическое дыхание над областью поражения	В. Опорожнение полости деструкции.
4. Внезапная резкая боль в грудной клетке, одышка, тимпанит или коробочный звук	Г. Развитие пневмоторакса.

Эталоны ответов: 1Б, 2В, 3А, 4Г.

Тестовые задания с одним или несколькими правильными ответами:

1. ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ОБЩЕГО АНАЛИЗА КРОВИ ПРИ ИДЛ ЯВЛЯЕТСЯ (ОПК-5, ПК-14):

1. Нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево
2. Лимфопения
3. Гипохромная анемия
4. Лимфоцитоз

Эталон ответа: 1

Образец типовой ситуационной задачи

Больной В., 33 лет, грузчик, доставлен СМП в тяжелом состоянии с жалобами на боли в грудной клетке, кашель с гнойной мокротой, одышку, подъем температуры до 39° в течение недели, озноб, резкую слабость. Накануне отмечал выделение мокроты зеленого цвета с неприятным запахом около 100 мл.

Заболел остро 3 недели назад, когда на фоне ОРВИ после переохлаждения на фоне алкогольного опьянения появились озноб, слабость, повысилась температура до 38,5. Принимал аспирин, за медицинской помощью не обращался.

Объективно:

Общее состояние тяжелое. Правильного телосложения, пониженного питания. Кожные покровы горячие, влажные, бледно-землистые. Акроцианоз. Отставание левой половины грудной клетки в акте дыхания. Ниже угла лопатки слева – определяется тимпанит, амфорическое дыхание, мелкопузырчатые влажные хрипы. ЧД 28 в минуту.

Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушены, тахикардия, 110 уд/мин. АД – 100/60 мм рт. ст. Живот при поверхностной пальпации мягкий, болезненный в правой подреберной области. Размеры печени по Курлову – 9 x 8 x 7 см.

Общий анализ крови: Эритроциты $3,5 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 110 г/л, лейкоциты – $15,0 \times 10^9/л$, лейкоцитарная формула: п - 20%, с - 62%, л - 10%, м - 8%, токсическая зернистость нейтрофилов +++, СОЭ – 60 мм/ч.

Анализ мочи: уд. вес – 1012, белок – 0,66 %, лейкоциты – 2-3-4 в поле зрения, гиал.цилиндры – 2-6 в п/зр.

Рентгенография органов грудной клетки: слева в среднем легочном поле определяется округлая, нерезко ограниченная тень с горизонтальным уровнем жидкости

Вопросы к задаче:

1. Перечислите факторы, способствующие развитию данного заболевания (ПК-13).
2. Проанализируйте данные дополнительных методов обследования (ПК-13).
3. Сформулируйте и обоснуйте диагноз (ОПК-5, ПК-14).
4. Какие осложнения основного заболевания угрожают данному пациенту? (ОПК-5, ПК-14)
5. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз (ОПК-5, ПК-14)?

6. Назначьте и обоснуйте лекарственную терапию (ОПК-7).

Эталоны ответов к задаче:

1. Инфекционные факторы, снижение реактивности организма на фоне ОРВИ, переохлаждения, употребления алкоголя.
2. Нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, токсическая зернистость нейтрофилов, повышение СОЭ, протеинурия свидетельствуют о наличии острого инфекционно-воспалительного заболевания; данные рентгенографии органов грудной клетки – о левостороннем постпневмоническом абсцессе
3. Внебольничная бактериальная левосторонняя нижнедолевая пневмония тяжелой степени тяжести. Осл.: Постпневмонический абсцесс левого легкого ДН 3 ст.
4. ИТШ, эмпиема плевры, пиопневмоторакс, кровотечение
5. Гангрена легкого, фиброзно-кавернозный туберкулез легкого, рак легкого
6. Антибиотики широкого спектра бактерицидного действия, дезинтоксикационная, иммуномодулирующая, общеукрепляющая терапия

7. Место проведения самоподготовки:

читальный зал, учебная комната для самостоятельной контактной работы обучающихся, учебная лаборатория, палаты больных, кабинеты функциональной диагностики, модуль практических навыков, компьютерный класс.

9. Учебно-исследовательская работа обучающихся по данной теме:

1. Составить реферативное сообщение о современных группах антибактериальных средств для лечения ИДЛ.
2. Составить реферативное сообщение по неотложной помощи при инфекционно-токсическом шоке и ОРДС.
3. Анализ историй болезни пациентов с ИДЛ по материалам клинической базы кафедры.

3. Тема: «Хронический бронхит. Хроническая обструктивная болезнь легких»

Хронический бронхит (ХБ) выявляется по данным обращаемости у 6 – 10% взрослого населения. Мужчины болеют в 2–3 раза чаще. ХБ способствует развитию ХОБЛ и легочно-сердечной недостаточности.

По данным ВОЗ, ХОБЛ является 3-й лидирующей причиной смерти в мире, ежегодно от ХОБЛ умирает около 2.8 млн человек, что составляет 4.8%

всех причин смерти и сокращает естественную продолжительность жизни в среднем на 8 –10 лет. В связи с особой медицинской и социальной значимостью проблемы ХОБЛ под эгидой ВОЗ были разработаны международные рекомендации (консенсус) «Глобальная инициатива по ХОБЛ» (GOLD), которые систематически обновляются.

В России насчитывается около 1 млн. больных ХОБЛ (данные МЗ РФ), однако в действительности их количество может превышать 11 млн. человек.

Своевременная диагностика ХБ, адекватные лечебные и профилактические мероприятия играют большую роль в предупреждении развития ХОБЛ и связанных с ней инвалидизации и преждевременной летальности больных.

2. 2. Учебные цели: изучение этиологии, патогенеза, клиники, классификации, современных методов диагностики, лечения и профилактики ХБ и ХОБЛ, овладение врачебными навыками диагностики и лечения и профилактики ХБ и ХОБЛ; оказания неотложной и экстренной медицинской помощи при осложнениях болезни. Формирование общепрофессиональных и профессиональных компетенций, ОПК-5, ОПК-7, ПК-13, ПК-14, ассоциированных с трудовыми функциями А/01.7, А/02.7, А/03.7.

Для формирования общепрофессиональных и профессиональных компетенций студент должен знать:

- анатомо-физиологические особенности бронхолегочной системы, сегментарное строение легких.
- определение ХБ и ХОБЛ;
- этиологию и патогенез ХБ и ХОБЛ;
- особенности патологоанатомической картины при ХБ и ХОБЛ.
- современную классификацию ХБ и ХОБЛ;
- клиническую картину ХБ и ХОБЛ;
- диагностические критерии ХБ и ХОБЛ (показатели общего анализа крови, мокроты, рентгенографии органов грудной клетки,

бронхоскопия, спирографии, электрокардиографии, пульсоксиметрии, КТ органов грудной клетки);

- фармакологические свойства бронхолитических, муколитических, антибактериальных препаратов, терапевтические дозы лекарственных препаратов, виды хирургического лечения;
- осложнения, ассоциированные с ХБ и ХОБЛ;
- принципы лечения, профилактику развития осложнений ХБ и ХОБЛ;
- неотложную и экстренную медицинскую помощь при острой дыхательной недостаточности, ассоциированной с ХБ и ХОБЛ;
- меры профилактики ХБ и ХОБЛ.

Для формирования общепрофессиональных и профессиональных компетенций обучающийся должен владеть:

- методами общеклинического обследования пациентов с ХБ и ХОБЛ (ПК-13);
- интерпретацией результатов лабораторных и инструментальных методов диагностики ХБ и ХОБЛ (ОПК-5, ПК-14);
- алгоритмом постановки развернутого клинического диагноза по современной классификации (ОПК-5, ПК-14);
- алгоритмом постановки предварительного диагноза с последующим направлением пациента к соответствующему врачу-специалисту (ОПК-5, ПК-14);
- основными врачебными лечебными мероприятиями при ХБ и ХОБЛ (ОПК-7);
- алгоритмом диагностики и интенсивной терапии при неотложных и угрожающих жизни состояниях (бронхоспастический синдром, острая дыхательная недостаточность) (ОПК-7);
- правильным ведением медицинской документации (медицинская карта стационарного больного) (ОПК-5, ПК-14);

- навыками врачебной этики и медицинской деонтологии) (ПК-13);

Для формирования общепрофессиональных и профессиональных компетенций обучающийся должен уметь:

- собрать анамнез заболевания и жизни у больного ХБ и ХОБЛ, выявить факторы риска развития ХБ и ХОБЛ;
- провести осмотр и физикальное обследование больного с ХБ или ХОБЛ по органам и системам (пальпация, перкуссия, аускультация);
- сформулировать диагноз согласно современной классификации;
- назначить дополнительные методы исследования и дать оценку их результатам;
- провести дифференциальный диагноз ХБ и ХОБЛ с другими заболеваниями легких (пневмония, туберкулез легких, бронхиальная астма);
- назначить лечение (немедикаментозное и медикаментозное);
- оказать неотложную и экстренную медицинскую помощь при развитии осложнений ХБ и ХОБЛ (бронхоспастический синдром, острая дыхательная недостаточность);
- назначать меры профилактики.

3. Материалы для самоподготовки к освоению данной темы

Вопросы для самоподготовки:

1. Определение, этиология и патогенез ХБ и ХОБЛ
2. Факторы риска ХБ и ХОБЛ
3. Основные патогенетические звенья ХБ и ХОБЛ
4. Классификация ХБ и ХОБЛ
5. Клиническая картина ХБ и ХОБЛ
6. Критерии установления диагноза ХБ и ХОБЛ
7. Принципы лечения ХБ и ХОБЛ
8. Профилактика ХБ и ХОБЛ

4. Вид занятия: практическое занятие.

5. Продолжительность занятия: 4 академических часа

6. Оснащение:

6.1. Дидактический материал (видеофильмы, тренинговые и контролирующие компьютерные программы, мультимедийные атласы, ситуационные задачи.

6.2. ТСО (компьютеры, видеодвойка, мультимедийный проектор).

7. Содержание занятия:

7.1. Контроль исходного уровня знаний и умений

Тестовые задания с одним правильным ответом:

1. **НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНОЙ ОКРАСКОЙ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ ПРИ ХОБЛ ЯВЛЯЕТСЯ (ПК-13)**

- 1) вишневый румянец щек
- 2) акроцианоз, холодный на ощупь
- 3) бледность кожных покровов.
- 4) диффузный цианоз, теплый на ощупь
- 5) цвет кожи не изменен

Эталон ответа: 4

Образец типовой ситуационной задачи

Больной Н., 50 лет, строитель, поступил в клинику с жалобами на периодический кашель с трудноотделяемой слизистой мокротой, одышку при умеренной физической нагрузке, слабость. На протяжении последних 3 лет отмечает появление и прогрессирование одышки, затруднение отхождения мокроты, снижение работоспособности.

В анамнезе: длительный срок курения (40 лет), работа, связанная с частыми переохлаждениями, хронический бронхит.

Объективно: состояние больного средней степени тяжести. ИМТ 30 кг/м². Грудная клетка бочкообразной формы. Число дыханий 21 в минуту. При перкуссии над легкими в нижних отделах определяется коробочный звук. Аускультативно там же над легкими – ослабленное дыхание с удлиненным выдохом, при форсированном дыхании появляются рассеянные сухие свистящие хрипы. Тоны сердца приглушены. ЧСС= Пульс=89 в 1 минуту, ритм правильный. АД – 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена. Отеков нет.

Данные лабораторных исследований:

Общий анализ крови: RBC. – $6,0 \times 10^{12}/л$, HbG – 170 г/л, WB – $8,7 \times 10^9/л$, СОЭ – 2 мм/ час.

Общий анализ мочи: уд. вес – 1020, белок отр.

Рентгенограмма органов грудной клетки: легочные поля повышенной прозрачности. Легочный рисунок усилен.

Спирография: ОФВ₁ /ФЖЕЛ - 67%, ОФВ₁= 68% (постбронходилат.).

ЭКГ: Ритм синусовый. ЧСС =89 в мин. Амплитуда зубца Р во II, III и AVF 2,5 мм, форма остроконечная.

Вопросы к задаче:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз. (ОПК-5, ПК-14)
2. Назовите факторы риска ХБ и ХОБЛ у больного (ПК-13)
3. Назначьте дополнительные методы обследования. (ПК-13)
4. Оцените показатели лабораторно-инструментальных исследований (ПК-13)
5. Назначьте и обоснуйте лекарственную терапию (ОПК-7).

Эталонные ответы:

1. ХОБЛ, смешанный (эмфизематозно-бронхитический) фенотип, бронхиальная обструкция средней степени тяжести. Осл: ДН 3 ст. Соп.: Ожирение 1 ст.

2. Курение.

3. Компьютерная томография органов грудной клетки, эхокардиография, пульсоксиметрия, оценка по шкале mMRC, проведение САТ-теста, определение уровня α 1-антитрипсина, общий анализ крови, биохимическое исследование крови.

4. ОАК – эритроцитоз, повышение уровня НВГ, снижение СОЭ. Р-графия ОГК – признаки эмфиземы, ЭКГ – перегрузка правого предсердия

5. Отказ от курения. Коррекция массы тела, длительно действующие антихолинергические бронхолитики ингаляционно, муколитики.

7.2. Разбор с преподавателем узловых вопросов, необходимых для освоения темы занятия

Современные концепции этиологии, патогенеза, современная классификация, клинические особенности ХБ и ХОБЛ, современные методы диагностики и лечения.

Примерный перечень вопросов для собеседования:

1. Определение ХБ и ХОБЛ (ПК-13)
2. Факторы риска развития ХБ и ХОБЛ (ПК-13)
3. Патогенез ХБ и ХОБЛ (ПК-13)
4. Классификация ХБ и ХОБЛ (ПК-13)
5. Патоморфологические изменения при ХБ и ХОБЛ (ПК-13)
6. Основные клинические проявления ХБ и ХОБЛ (ПК-13)
7. Заболевания со сходной с ХБ и ХОБЛ клинической картиной (ПК-13)
8. Методы диагностики ХБ и ХОБЛ (ПК-13)

9. Дифференциальная диагностика ХБ и ХОБЛ (ПК-13)
10. Осложнения ХБ и ХОБЛ (ОПК-5, ПК-14)
11. Принципы лечения ХБ и ХОБЛ (характеристика основных групп бронхолитических препаратов, показания и противопоказания) (ОПК-7)
12. Неотложная и экстренная помощь при осложнениях ХБ и ХОБЛ (ОПК-7)
13. Профилактика ХБ и ХОБЛ. (ОПК-7)
14. Легочная реабилитация (ОПК-7)

7.3. Демонстрация преподавателем методики практических приемов по данной теме

Методы физикального обследования больного ХБ и ХОБЛ по органам и системам (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация). Интерпретация общего и биохимического анализов крови, ЭКГ, рентгенограммы и КТ органов грудной клетки, данные спирографии при ХБ и ХОБЛ

7.4. Самостоятельная работа обучающихся под контролем преподавателя: курация тематических больных, посещение с больными лечебных и диагностических кабинетов и лабораторий, анализ результатов дополнительных исследований, оформление истории болезни курируемого больного, работа с обучающими компьютерными программами, мультимедийным атласом, аудио- и видеоматериалами.

7.5 Контроль конечного уровня усвоения темы:

Подготовка к выполнению практических приемов по теме занятия

Разбор проведенной курации больных, выполненных диагностических исследований и лечебных манипуляций. Демонстрация полученных практических навыков по обследованию и лечению больных. Разбор вопросов лечения курируемых больных ХБ и ХОБЛ.

Материалы для контроля уровня освоения темы: набор тестовых заданий, ситуационные задачи.

Тестовые задания с подбором соответствия (для каждого вопроса, пронумерованного цифрой, выберите один соответствующий ответ, обозначенный буквой, один и тот же ответ может быть использован один раз, два раза или не использован ни разу):

1. СИМПТОМЫ И ПРИЧИНЫ ИХ ПОЯВЛЕНИЯ ПРИ ХОБЛ (ОПК-5, ПК-14)

1. Акцент II тона над легочной артерией.	А. Застойные явления по большому кругу кровообращения.
2. Увеличение печени	Б. Гипертензия малого круга.
3. Появление теплого диффузного цианоза.	В. Артериальная гипоксемия.
4. Появление систолического шума над рукояткой грудины.	Г. Относительная недостаточность трехстворчатого клапана.
5. Эпигастральная пульсация.	Д. Увеличение правого желудочка.

Эталоны ответов: 1Б, 2А, 3В, 4Г, 5Д

Тестовые задания с одним или несколькими правильными ответами:

1. ПРИЗНАКАМИ ДЕКОМПЕНСАЦИИ ХРОНИЧЕСКОГО ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА ЯВЛЯЮТСЯ (ОПК-5, ПК-14)

1. гипертрофия левого желудочка
2. гипертрофия правого желудочка
3. гепатомегалия
4. отеки нижних конечностей

Образец типовой ситуационной задачи

Больной Н., 61 год, механик, поступил в клинику с жалобами на периодический кашель с трудноотделяемой слизистой мокротой, одышку при небольшой физической нагрузке, слабость. На протяжении последнего года отмечает появление и прогрессирование одышки, затруднение отхождения мокроты, снижение работоспособности.

В анамнезе: длительный срок курения (40 лет), работа, связанная с частыми переохлаждениями, хронический бронхит.

Объективно: состояние больного тяжелое, диффузный теплый цианоз кожи. ИМТ 25 кг/м². Грудная клетка бочкообразной формы. Число дыханий 26 в минуту. При перкуссии над легкими коробочный звук. Аускультативно над легкими – ослабленное дыхание с удлиненным выдохом, рассеянные сухие свистящие хрипы. Тоны сердца приглушены. ЧСС= Пульс=96 в 1 минуту, ритм правильный. АД – 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена. Отеков нет.

Данные лабораторных исследований:

Общий анализ крови: RBC. – $6,6 \times 10^{12}/л$, HbG – 170 г/л, WB – $8,7 \times 10^9/л$, СОЭ – 2 мм/ час.

Общий анализ мочи: уд. вес – 1020, белок отр.

Рентгенограмма органов грудной клетки: легочные поля повышенной прозрачности. Межреберные промежутки расширены.

Спирография: ОФВ₁ /ФЖЕЛ - 59%, ОФВ₁= 60% (постбронходилат.).

ЭКГ: Ритм синусовый. ЧСС =96 в мин. Амплитуда зубца Р во II, III и AVF 2,5 мм, форма остроконечная.

Вопросы к задаче:

1. Сформулируйте предварительный диагноз. (ОПК-5, ПК-14)
2. Назовите экзогенные факторы риска ХБ и ХОБЛ. (ОПК-5, ПК-14)
- 3 Назначьте дополнительные методы обследования
- 4 Назовите фенотипы заболевания (ОПК-5, ПК-14)
5. Перечислите заболевания с подобными симптомами. (ОПК-5, ПК-14)
6. Оцените показатели лабораторно-инструментальных исследований (ПК-13)
7. Назначь лечение осложнения (ОПК-7)
8. Перечислите факторы легочной реабилитации
9. Назначьте современное лечение (ОПК-7).
10. Определите меры профилактики и прогноз (ОПК-7)

8. Место проведения самоподготовки:

Читальный зал, учебная комната для самостоятельной контактной работы обучающихся, учебная лаборатория, палаты больных, кабинеты функциональной диагностики, модуль практических навыков, компьютерный класс.

9. Учебно-исследовательская работа обучающихся по данной теме:

1. Составить реферативное сообщение о современных бронхолитических препаратах для лечения ХОБЛ.
2. Составить реферат по санаторно-курортному лечению при заболеваниях органов дыхания.

4. Тема: «Бронхиальная астма»

Актуальность Бронхиальная астма (БА) – является гетерогенным заболеванием, характеризующимся хроническим воспалением дыхательных путей, наличием таких респираторных симптомов, как свистящие хрипы, одышка, заложенность в груди и кашель, которые варьируют по времени и интенсивности, и проявляются вместе с вариабельной обструкцией дыхательных путей. БА остается одной из наиболее актуальных медико-

социальных проблем современной медицины. По данным эпидемиологических исследований в большинстве развитых стран Европы, в том числе России, и США астмой страдают около 5% взрослого населения. Рост заболеваемости БА в последние десятилетия связывают с ухудшением экологии, употреблением продуктов питания, содержащих консерванты, с иммунодефицитными состояниями и др. Причинами летальных исходов являются тяжелые осложнения и несвоевременность оказания медицинской помощи при обострении астмы.

Под эгидой ВОЗ ведущими мировыми учеными была разработана глобальная программа (инициатива, консенсус) по ключевым вопросам БА, представленная в докладе «Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы» (GINA). На основе нее в России разрабатываются национальные программы по борьбе с БА. Своевременная диагностика и рациональное лечение БА способствует существенному улучшению качества жизни больных, сохранению их трудоспособности и продолжительности жизни.

3. 2. Учебные цели: изучение этиологии, патогенеза, клиники, классификации, современных методов диагностики, лечения и профилактики БА, овладение врачебными навыками диагностики и лечения и профилактики БА; оказания неотложной и экстренной медицинской помощи при осложнениях болезни. Формирование общепрофессиональных и профессиональных компетенций, ОПК-5, ОПК-7, ПК-13, ПК-14, ассоциированных с трудовыми функциями А/01.7, А/02.7, А/03.7.

Для формирования общепрофессиональных и профессиональных компетенций студент должен знать:

- анатомо-физиологические особенности бронхолегочной системы, сегментарное строение легких.
- определение БА;
- этиологию и патогенез БА;
- особенности патологоанатомической картины при БА.
- современную классификацию БА;

- клиническую картину БА;
- диагностические критерии БА (показатели общего анализа крови, мокроты, рентгенографии органов грудной клетки, спирографии, электрокардиографии, пульсоксиметрии, пикфлоуметрии, КТ органов грудной клетки);
- фармакологические свойства бронхолитических, антилейкотриеновых, генно-инженерных биологических препаратов, кортикостероидов, терапевтические дозы лекарственных препаратов;
- осложнения, ассоциированные с БА;
- принципы лечения, профилактику развития осложнений БА
- неотложную и экстренную медицинскую помощь при острой дыхательной недостаточности (приступ удушья, астматический статус), ассоциированной с БА;
- меры профилактики БА.

Для формирования общепрофессиональных и профессиональных компетенций обучающийся должен владеть:

- методами общеклинического обследования пациентов с БА (ПК-13);
- интерпретацией результатов лабораторных и инструментальных методов диагностики БА (ОПК-5, ПК-14);
- алгоритмом постановки развернутого клинического диагноза по современной классификации (ОПК-5, ПК-14);
- алгоритмом постановки предварительного диагноза с последующим направлением пациента к соответствующему врачу-специалисту (ОПК-5, ПК-14);
- основными врачебными лечебными мероприятиями при БА (ОПК-7);

- алгоритмом диагностики и интенсивной терапии при неотложных и угрожающих жизни состояниях (бронхоспастический синдром, острая дыхательная недостаточность) (ОПК-7);

- правильным ведением медицинской документации (медицинская карта стационарного больного) (ОПК-5,ПК-14);

- навыками врачебной этики и медицинской деонтологии) (ПК-13);

Для формирования общепрофессиональных и профессиональных компетенций обучающийся должен уметь:

- собрать анамнез заболевания и жизни у больного БА, выявить факторы риска развития БА;

- провести осмотр и физикальное обследование больного с БА по органам и системам (пальпация, перкуссия, аускультация);

- сформулировать диагноз согласно современной классификации;

- назначить дополнительные методы исследования и дать оценку их результатам;

- провести дифференциальный диагноз БА с ХОБЛ;

- назначить лечение (немедикаментозное и медикаментозное);

- оказать неотложную и экстренную медицинскую помощь при развитии осложнений БА (приступ удушья, астматический статус);

- назначать меры профилактики.

3. Материалы для самоподготовки к освоению данной темы

Вопросы для самоподготовки:

1. Определение, этиология и патогенез БА
2. Факторы риска БА
3. Основные патогенетические звенья БА
4. Классификация БА
5. Клиническая картина БА
6. Критерии установления диагноза БА
7. Принципы лечения БА

8. Профилактика БА

4. Вид занятия: практическое занятие.

5. Продолжительность занятия: 4 часа

6. Оснащение:

6.1. Дидактический материал (видеофильмы, тренинговые и контролируемые компьютерные программы, мультимедийные атласы, ситуационные задачи.

6.2. ТСО (компьютеры, видеодвойка, мультимедийный проектор).

7. Содержание занятия:

7.1. Контроль исходного уровня знаний и умений

Тестовые задания с одним правильным ответом:

1. В МЕХАНИЗМЕ УДУШЬЯ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ НЕ УЧАСТВУЕТ (ПК-13)

1. альвеолярный отек
2. отек слизистой бронхов
3. бронхоспазм
4. повышенная секреция слизи
5. нарушение выделение мокроты

Эталон ответа: 1

Образец типовой ситуационной задачи

Больная С. 17 лет, студентка, поступила с жалобами на ощущение «стеснения в груди», затрудненное дыхание (особенно затруднен выдох), кашель с трудноотделяемой вязкой мокротой. Больной себя считает около 3 лет, приступы возникали редко, снимались ингаляцией сальбутамола. Ухудшение состояния отмечает после посещения зоопарка.

Наследственность отягощена: у бабушки аллергический ринит

Объективно: Общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Положение: вынужденное, сидячее, с фиксацией плечевого пояса. Кожные покровы, влажные. Дыхание затрудненное, с участием вспомогательной мускулатуры, сопровождается слышными на расстоянии свистящими хрипами. Частота дыханий – 23 в минуту. Над легкими перкуторно – коробочный звук. При аускультации выслушиваются сухие свистящие хрипы на фоне ослабленного дыхания. Тоны сердца приглушены. ЧСС= Пульс = 100 в мин. АД – 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Отеков нет.

Данные лабораторных исследований:

Общий анализ крови: RBC - $4,1 \cdot 10^{12}$ /л; HGB - 138 г/л, WBC- $17,0 \cdot 10^9$ /л; э. - 22%, п - 2%, с. - 49%, лимфоциты - 22%, моноциты - 5%, СОЭ - 10 мм/час

Р-графия органов грудной клетки: повышенная прозрачность легочной ткани, усиление легочного рисунка.

ЭКГ: Синусовый ритм. ЧСС 100 в 1 мин. Высокий остроконечный зубец Р во 2,3,avF

SaO₂ 93%

Вопросы к задаче:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз. (ОПК-5, ПК-14)
2. Назовите факторы, влияющие на появление БА у больной (ПК-13)
3. Назначьте дополнительные методы обследования. (ПК-13)
4. Оцените показатели лабораторно-инструментальных исследований (ПК-13)
5. Назначьте и обоснуйте лекарственную терапию (ОПК-7).

Эталонные ответы:

1. На основании: жалоб на ощущение «стеснения в груди», затрудненное дыхание (особенно выдоха), кашель с трудноотделяемой вязкой мокротой, анамнеза заболевания (больна около 3 лет, приступы возникали редко,

снимались ингаляцией сальбутамола. Ухудшение состояния отмечает после посещения зоопарка), анамнеза жизни (у бабушки аллергический ринит), объективных данных (общее состояние средней тяжести, положение вынужденное, сидячее, с фиксацией плечевого пояса. Кожные покровы влажные. Дыхание затрудненное, с участием вспомогательной мускулатуры, сопровождается слышными на расстоянии свистящими хрипами. Частота дыханий – 23 в минуту. Над легкими перкуторно – коробочный звук. При аускультации выслушиваются сухие свистящие хрипы на фоне ослабленного дыхания. Тоны сердца приглушены. ЧСС= Пульс = 100 в мин. АД – 110/70 мм рт. ст., данных общего анализа крови: WBC- $17,0 \cdot 10^9$ /л; э. – 22%, R-графии органов грудной клетки: повышенная прозрачность легочной ткани, горизонтальное положение ребер, ЭКГ: Синусовый ритм. ЧСС 100 в 1 мин. Высокий остроконечный зубец Р во 2,3,avF, SaO₂ 93%

1. Бронхиальная астма, аллергическая форма, интермиттирующая, обострение средней степени тяжести

Осл.: острая дыхательная недостаточность.

2. Наследственность, аллергены

3. эхокардиография, пульсоксиметрия, аллергологическое обследование, спирография с бронходилатационным тестом

4. Эозинофилия крови, R-графия органов грудной клетки: гиперинфляция легких, ЭКГ: Синусовая тахикардия. Перегрузка правых отделов сердца

5. Бронхолитическая и противовоспалительная терапия: бронхолитики: в2-адреномиметики через небулайзер, кортикостероиды внутривенно.

7.2. Разбор с преподавателем узловых вопросов, необходимых для освоения темы занятия

Современные концепции этиологии, патогенеза, современная классификация, клинические особенности БА, современные методы диагностики и лечения.

Примерный перечень вопросов для собеседования:

1. Определение БА (ПК-13)
2. Факторы, влияющие на развитие БА (ПК-13)
3. Патогенез БА (ПК-13)
4. Классификация БА (ПК-13)
5. Патоморфологические изменения при БА (ПК-13)
6. Основные клинические проявления БА (ПК-13)
7. Заболевания со сходной с БА клинической картиной (ПК-13)
8. Методы диагностики БА (ПК-13)
9. Дифференциальная диагностика БА (ПК-13)
10. Осложнения БА (ОПК-5, ПК-14)
11. Принципы лечения БА (характеристика основных групп базисной терапии, показания и противопоказания) (ОПК-7)
12. Неотложная и экстренная помощь при осложнениях БА (ОПК-7)
13. Профилактика БА. (ОПК-7)
14. АСИТ-терапия (ОПК-7).

7.3. Демонстрация преподавателем методики практических приемов по данной теме

Методы физикального обследования больного БА по органам и системам (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация). Интерпретация общего и биохимического анализов крови, ЭКГ, рентгенограммы и КТ органов грудной клетки, спирографии при БА

7.4. Самостоятельная работа обучающихся под контролем преподавателя: курация тематических больных, посещение с больными

лечебных и диагностических кабинетов и лабораторий, анализ результатов дополнительных исследований, оформление истории болезни курируемого больного, работа с обучающими компьютерными программами, мультимедийным атласом, аудио- и видеоматериалами.

7.5 Контроль конечного уровня усвоения темы:

Подготовка к выполнению практических приемов по теме занятия

Разбор проведенной курации больных, выполненных диагностических исследований и лечебных манипуляций. Демонстрация полученных практических навыков по обследованию и лечению больных. Разбор вопросов лечения курируемых больных БА.

Материалы для контроля уровня освоения темы: набор тестовых заданий, ситуационные задачи.

Тестовые задания с подбором соответствия (для каждого вопроса, пронумерованного цифрой, подберите один соответствующий ответ, обозначенный буквой, один и тот же ответ может быть использован один раз, два раза или не использован ни разу):

1. ТИПЫ И МЕХАНИЗМЫ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ ПРИ БА (ОПК-5, ПК-14)

1. Иммунологическая стадия реакции I типа	А. Сенсibilизации Т-лимфоцитов и реализацией повреждающего эффекта
2. Патохимическая стадия реакции I типа	Б. Образование циркулирующих комплексов растворимых антигенов с преципитирующими антителами, принадлежащими к иммуноглобулинам G и M.

3. Патофизиологическая стадия реакции I типа	В. Дегрануляция тучных клеток с освобождением первичных медиаторов – гистамина, серотонина и пр.
4. Реакция III типа характеризуется:	Г. Усиленная выработкой (иммуноглобулинов E) и фиксацией их на тучных клетках и базофилах.
5. Реакция IV типа (клеточного, замедленного)	Д. Повышение проницаемости микроциркуляторного русла, развитием отека, серозного воспаления, бронхоспазма.

Ответ: 1Г, 2В,3Д,4Б,5А

Тестовые задания с одним или несколькими правильными ответами:

1. К ГЕННО-ИНЖЕНЕРНЫМ ПРЕПАРАТАМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БА ОТНОСЯТ (ОПК-7)

1. меполизумаб
2. реслизумаб
3. бенрализмаб
4. зилеутон
5. омализумаб

Эталон ответа: 1,2,3,5

Образец типовой ситуационной задачи

Больная С. 35 лет, рабочая, поступила с жалобами на ощущение «стеснения в груди», затрудненное дыхание (особенно затруднен выдох), кашель с трудноотделяемой вязкой мокротой.

Анамнез заболевания: Заболела остро, когда на работе (резка полиэтилена «горячим ножом») стало тяжело дышать.

Наследственность не отягощена

Объективно: Общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Говорит с трудом. Положение: вынужденное, сидячее, с фиксацией плечевого пояса. Кожные покровы бледные, влажные. Дыхание затрудненное, с участием вспомогательной мускулатуры, сопровождается слышными на расстоянии свистящими хрипами. Частота дыханий – 25 в минуту. Над легкими перкуторно – коробочный звук. При аускультации выслушиваются сухие свистящие хрипы на фоне ослабленного дыхания. Тоны сердца приглушены. ЧСС= Пульс = 100 в мин. АД – 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Отеков нет.

Данные лабораторных исследований:

Общий анализ крови: RBC - $4,1 \cdot 10^{12}$ /л; HGB - 138 г/л, WBC- $17,0 \cdot 10^9$ /л; э. - 22%, п - 2%, с. - 49%, лимфоциты - 22%, моноциты - 5%, СОЭ - 10 мм/час

Мокрота слизистая, тягучего характера, при микроскопии определяются спирали Куршмана и кристаллы Шарко-Лейдена, лейкоциты.

Р-графия органов грудной клетки: повышенная прозрачность легочной ткани, горизонтальное положение ребер.

ЭКГ: Синусовый ритм. ЧСС 100 в 1 мин. Высокий остроконечный зубец Р во 2,3,avF

Вопросы к задаче:

3. Сформулируйте предварительный диагноз. (ОПК-5, ПК-14)
4. Назовите факторы, влияющие на развитие БА. (ОПК-5, ПК-14)
- 5 Назначьте дополнительные методы обследования
- 6 Назовите фенотипы заболевания (ОПК-5, ПК-14)
5. Перечислите заболевания с подобными симптомами. (ОПК-5, ПК-14)
6. Оцените показатели лабораторно-инструментальных исследований (ПК-13)

7. Назначьте лечение осложнения (ОПК-7)
8. Перечислите генно-инженерные препараты для лечения БА (ОПК-7)
9. Назначьте современное лечение (ОПК-7).
10. Определите меры профилактики осложнений и прогноз (ОПК-7)

8. Место проведения самоподготовки:

Читальный зал, учебная комната для самостоятельной контактной работы обучающихся, учебная лаборатория, палаты больных, кабинеты функциональной диагностики, модуль практических навыков, компьютерный класс.

9. Учебно-исследовательская работа обучающихся по данной теме:

1. Составить реферативное сообщение о современных лекарственных препаратах для лечения БА.
2. Составить реферат по санаторно-курортному лечению при БА.

5. Тема: Ревматическая лихорадка (РЛ) – это инфекционно-аллергическое системное воспалительное заболевание соединительной ткани с преимущественной локализацией процесса в сердечно-сосудистой системе, развивающееся у предрасположенных к нему лиц вследствие инфицирования β -гемолитическим стрептококком группы А. Большая распространенность (РЛ) среди лиц преимущественно молодого возраста, прогрессирующее течение с формированием клапанных пороков сердца, высокая летальность при явлениях нарастающей хронической сердечной недостаточности и развитии осложнений ревматических пороков сердца определяют актуальность темы.

4. 2. Учебные цели: изучение этиологии, патогенеза, клиники, классификации, современных методов диагностики, лечения и профилактики РЛ; овладение врачебными навыками диагностики и

лечения РЛ; диагностики и оказания неотложной и экстренной медицинской помощи при осложнениях, ассоциированных с РЛ; формирование общепрофессиональных и профессиональных компетенций, ОПК-5, ОПК-7, ПК-13, ПК-14, ассоциированных с трудовыми функциями А/01.7, А/02.7, А/03.7.

Для формирования общепрофессиональных и профессиональных компетенций обучающийся должен знать:

- определение РЛ;
- этиологию и патогенез РЛ;
- современную классификацию РЛ;
- большие, малые и дополнительные диагностические критерии РЛ (ВОЗ);
- клинические симптомы РЛ в зависимости от фазы и степени активности воспалительного процесса;
- показатели дополнительных методов исследований: общий анализ крови, биохимический анализ крови (белковые фракции, фибриноген, церулоплазмин, СРБ, серомукоид), серологическое исследование крови (титры противострептококковых антител), иммунологическое исследование (иммуноглобулины, В и Т-лимфоциты), ЭКГ, ЭхоКГ, R-графия сердца;
- особенности современного течения;
- принципы лечения, терапевтические дозы препаратов;
- первичную и вторичную профилактику РЛ.

Для формирования общепрофессиональных и профессиональных компетенций обучающийся должен владеть:

- методами общеклинического обследования больных РЛ (ПК-5);
- составлением плана лабораторно-инструментального обследования больного РЛ (ОПК-5, ПК-6);

- интерпретацией результатов лабораторных и инструментальных методов диагностики РЛ (ОПК-5, ПК-6);
- алгоритмом развернутого клинического диагноза по современным классификациям (ОПК-5, ПК-6);
- алгоритмом постановки предварительного диагноза с последующим направлением пациента к соответствующему врачу-специалисту основными врачебными лечебными мероприятиями при РЛ (ОПК-5, ПК-6);
- алгоритмом диагностики и интенсивной терапии при неотложных и угрожающих жизни состояниях (сердечная астма, отек легких, острая левожелудочковая недостаточность) (ОПК-7, ПК-10, ПК-11);
- правильным ведением медицинской документации (медицинская карта стационарного больного) (ОПК-5, ПК-6);
- определением мер первичной и вторичной профилактики РЛ;
- навыками врачебной этики и медицинской деонтологии.

Для формирования общепрофессиональных и профессиональных компетенций обучающийся должен уметь:

- собрать анамнез у больного РЛ, по характерным жалобам определить фазу и вариант течения болезни;
- провести физикальное обследование больного с РЛ (осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию);
- сформулировать диагноз РЛ согласно классификации Ассоциации ревматологов России (2003) и МКБ-10 пересмотра;
- назначить целенаправленное, инструментальное и лабораторное исследование, интерпретировать его результаты;
- провести дифференциальный диагноз РЛ со сходными заболеваниями (перикардит, инфекционно-аллергический миокардит, кардиомиопатии);

- назначить адекватное этиотропное, патогенетическое и симптоматическое лечение;
- определить меры первичной и вторичной профилактики.

3. Материалы для самоподготовки к освоению данной темы

1. Этиология и патогенез РЛ.
2. Классификация РЛ.
3. Клиническая картина РЛ.
4. Лабораторные и инструментальные методы диагностики РЛ.
5. Осложнения РЛ.
6. Дифференциальный диагноз РЛ.
7. Лечение РЛ.
8. Первичная и вторичная профилактика РЛ.

4. Вид занятия - практическое занятие.

5. Продолжительность - 4 академических часа

6. Оснащение:

6.1. Дидактический материал (видеофильмы, тренинговые и контролирующие компьютерные программы, мультимедийные атласы и ситуационные задачи);

6.2. ТСО (компьютеры, видеодвойка, мультимедийный проектор)

7. Содержание занятия:

7.1. Контроль исходного уровня знаний и умений

Тестовые задания с одним правильным ответом (выберите один наиболее правильный ответ).

1. ПО ЭТИОЛОГИИ И ПАТОГЕНЕЗУ РЛ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. Острым инфекционным заболеванием, вызванным В-гемолитическим стрептококком группы А.
2. Инфекционно-аллергическим заболеванием, имеющим в основе замедленную гиперергическую реакцию, обусловленную В-гемолитическим стрептококком группы А.
3. Заболеванием, вызванным вирусом.
4. Острым аллергическим заболеванием, имеющим основной аллергическую реакцию I (реагинового) типа.
5. Обменно-дистрофическим процессом.

7.2. Разбор с преподавателем узловых вопросов, необходимых для освоения темы занятия

Современные концепции этиологии, патогенеза РЛ, современная классификация, клинические особенности РЛ, современные методы диагностики и лечения.

1. Определение РЛ (ПК-13).
2. Факторы риска развития РЛ (ПК-13).
3. Патогенез РЛ (ПК-13).
4. Современная классификация РЛ (ПК-13).
5. Патоморфологические изменения в органах при РЛ (ПК-13).
6. Основные клинические проявления РЛ (ОПК-5, ПК-14).
7. Методы диагностики РЛ (ПК-13, ОПК-5, ПК-14).
8. Критерии диагностики ревматической лихорадки (ПК-13, ОПК-5, ПК-14).
9. Принципы лечения РЛ (характеристика основных групп препаратов, показания и противопоказания) (ОПК-7)
10. Неотложная помощь при осложнениях, ассоциированных с РЛ. (ОПК-7)
11. Профилактика РЛ (ОПК-7).

7.3. Демонстрация преподавателем методики практических приемов по данной теме.

Методы физикального обследования больного РЛ по органам и системам (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация). Интерпретация типичных общего, биохимического и серологического анализов крови, ЭКГ, рентгенограммы органов грудной клетки, ЭхоКГ.

7.4. Самостоятельная контактная работа обучающихся под контролем преподавателя: курация тематических больных, посещение с больными лечебных и диагностических кабинетов, анализ результатов дополнительных исследований, оформление истории болезни больного; работа с обучающими компьютерными программами, учебным аудиоматериалом, мультимедийным атласом, просмотр учебного видеофильма.

7.5. Контроль конечного уровня усвоения темы

Подготовка к выполнению практических приемов по теме занятия.

Разбор проведенной курации больных, выполненных диагностических исследований и лечебных манипуляций. Демонстрация полученных практических навыков по обследованию и лечению больных. Разбор вопросов лечения курируемых больных ГБ.

Материалы для контроля уровня освоения темы: тесты, ситуационные задачи.

Тестовые задания с подбором соответствия (для каждого вопроса, пронумерованного цифрой, подберите один соответствующий ответ, обозначенный буквой. Один и тот же ответ может быть использован один раз, два раза или не использован ни разу):

1. УКАЖИТЕ ПРИЧИНЫ ПОЯВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНЫМ РЛ СЛЕДУЮЩИХ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ: (ОПК-5, ПК-14).

1. Боли или неприятные ощущения в области сердца.	А. Ревматический миокардит.
2. Нарастание систолического шума на верхушке сердца, большая продолжительность его, стойкость.	Б. Формирование недостаточности митрального клапана.
3. Перебои в работе сердца, сердцебиение.	В. Экссудативный перикардит
4. Приглушенность I-го тона сердца, мягкий систолический шум на верхушке.	Г. Сухой перикардит.
5. Одышка.	
6. Глухость тонов в сочетании со значительным расширением границ сердца во все стороны и симптомами недостаточности кровообращения.	
7. Постоянные боли в области сердца, шум трения перикарда.	

Эталон ответа: 1АГ, 2Б, 3А, 4А, 5АВ, 6В, 7Г

Тестовые задания с одним или несколькими правильными ответами (выберите один или несколько правильных ответов):

1. КАКИЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЯВЛЯЮТСЯ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ РЛ? (ПК-5).

1. Анемия
2. Диспротеинемия, повышение фибриногена, появление СРБ
3. Повышение уровня холестерина, В-липопротеидов
4. Повышение титра противострептококковых антител

Эталон ответа: 2,4

Образец типовой ситуационной задачи

Больной М. 16 лет, поступил в клинику с жалобами на колющие боли в области сердца, «перебои», учащенное сердцебиение, одышку при физической нагрузке, боли в крупных суставах, повышение температуры до $37,2 - 37,5^{\circ}$ по вечерам.

Анамнез: 3 недели назад перенес ангину, не долечившись, приступил к занятиям. Вскоре появились боли в области сердца, одышка, повысилась температура до 38° , затем появились боли в коленных и локтевых суставах.

Объективно: бледность кожных покровов, легкий акроцианоз. Верхушечный толчок несколько ослаблен, смещен вниз и влево в VI межреберье по средне – ключичной линии. Границы сердца умеренно расширены влево. Тоны сердца приглушены, мягкий систолический шум на верхушке дующего характера, тахикардия до 102 уд в минуту. АД 125/75 мм рт ст

На ЭКГ – синусовая тахикардия, снижен вольтаж основных зубцов. В грудных отведениях зубец Т (+ –).

Общий анализ крови: Эр. $4,2 \cdot 10^{12}$ /л, Нв = 120 г/л, цв. п. 1,0, Л $11 \cdot 10^9$ /л (э – 5%, п – 7%, с = 53%, лимф. – 30%, м – 5%), СОЭ = 47 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок 75 г/л, альбумины 43%, α_1 глобулины – 6%, α_2 – 12%, β – 14%, γ – 25% , фибриноген – 6 г/л; СРБ (+3), серомукоиды – 460 ед, сиаловые кислоты 490 ед. Иммунограмма выявила снижение количества Т – супрессоров, повышенный уровень иммуноглобулинов и титров антистрептококковых антител.

Вопросы к задаче:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз. (ОПК-5, ПК-14)
2. Назовите этиологические факторы данного заболевания (ПК-13).

3. Какие современные методы обследования необходимы для диагностики данного заболевания (ПК-13)?
4. Выделите большие и малые критерии заболевания (ПК-13, ОПК-5, ПК-14).
5. С какими болезнями необходимо провести дифференциальную диагностику (ПК-13, ОПК-5, ПК-14)?
6. Какие лечебные мероприятия включает в себя 3х – этапный принцип лечения данного заболевания (ОПК-7)?

Эталоны ответов:

1. Ревматическая лихорадка, активная фаза, II степень активности, первичный ревмокардит, острое течение. Полиартрит. Осл. СН I ст.
2. β -гемолитический стрептококк группы А (тонзиллит, фарингит).
Предрасполагающие факторы: переохлаждение, молодой возраст, наследственность.
3. Биохимический анализ крови, общий анализ крови, иммунограмма, ЭКГ, ЭХО-КГ.
4. Большие критерии: кардит, полиартрит, хорея, кольцевидная эритема, подкожные узелки.

Малые: предшествующая ревматическая лихорадка, артралгии, повышение температуры тела, ускоренная СОЭ, лейкоцитоз, СРБ, диспротеинемия, удлинение PQ на ЭКГ.
5. Ревматоидный артрит, инфекционно-аллергический миокардит, инфекционный эндокардит.
6. 3-х этапность лечения РЛ:
 - а) лечение активной фазы болезни в стационаре;
 - б) продолжение лечения после выписки в реабилитационном отделении кардиологического санатория («Зеленая Роща», «Салют») или кардиоревматологическом кабинете поликлиники;
 - в) последующее многолетнее диспансерное наблюдение в поликлинике.

Основные лечебные мероприятия:

- борьба со стрептококковой инфекцией;
- подавление активного ревматического процесса;
- коррекция иммунологических нарушений;
- препараты метаболического действия;
- лечение сердечной недостаточности.

7. Место проведения самоподготовки:

читальный зал, учебная комната для самостоятельной контактной работы обучающихся, учебная лаборатория, палаты больных, кабинеты функциональной диагностики, модуль практических навыков, компьютерный класс.

8. Учебно-исследовательская работа обучающихся по данной теме:

1. Составить реферативное сообщение о современных группах фармакологических средств для лечения РЛ.
2. Составить реферативное сообщение по профилактике РЛ.

6. Тема: Митральные пороки сердца. Аортальные пороки сердца

5. **Актуальность.** Митральные пороки сердца (МПС) и аортальные пороки (АПС) сердца формируются вследствие аномального анатомического строения сердечных структур и обуславливают изменения внутрисердечной гемодинамики, а также системного кровотока. Однозначных и точных эпидемиологических сведений о частоте встречаемости пороков аортального и митрального клапанов нет, однако имеется тенденция к увеличению распространенности данных состояний в более старших возрастных группах. Этиология пороков весьма разнообразна, и ее структура меняется с возрастом. Рост средней продолжительности жизни населения, вероятно, будет способствовать росту числа лиц с пороками сердца. Клинически и гемодинамически значимые пороки резко повышают риск смерти больных, при этом медикаментозная терапия не улучшает прогноз и носит лишь вспомогательный характер. Только своевременная хирургическая коррекция способна предотвратить неблагоприятный исход. Все это обуславливает высокую социальную и медицинскую значимость, обсуждаемой проблемы.

6. **Учебные цели:** овладение врачебными умениями и навыками диагностики МПС и АПС; овладение навыками планирования и оказания плановой, неотложной и экстренной медицинской помощи у пациентов с МПС и АПС. Овладение навыками определения показаний к хирургическому лечению пороков сердца, ознакомление с основными методами хирургической коррекции. Формирование профессиональных компетенций ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7, ПК-13, ПК-14, ассоциированных с трудовыми функциями А/01.7, А/02.7, А/03.7.

7. Для формирования общепрофессиональных и профессиональных компетенций обучающийся должен знать:

- анатомо-физиологические особенности строения клапанного аппарата сердца;
- особенности внутрисердечной гемодинамики и гемодинамику в малом и большом кругах кровообращения;
- методику физикального обследования пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы;
- типы МПС (митральный стеноз, митральная регургитация) и АПС (аортальный стеноз, аортальная регургитация);
- классификации и основные этиоло-патогенетические факторы МПС и АПС в зависимости от типа;
- клинические синдромы при МПС и АПС, особенности клинической картины в зависимости от типа порока;
- осложнения МПС и АПС;
- инструментальные методы исследования, применяемые для диагностики МПС и АПС (фонокардиография, ЭКГ, рентгенография органов грудной клетки, эхокардиография с доплерографией, МСКТ и МРТ сердца) и характерные для МПС и АПС изменения, выявляемые с помощью этих методов;
- основные методы хирургической коррекции МПС и АПС, показания для хирургического лечения.

- принципы посиндромной медикаментозной терапии МПС и АПС.

Для формирования общепрофессиональных и профессиональных компетенций обучающийся должен владеть:

- собирать жалобы и анамнез, учитывая особенности коммуникации с пожилыми людьми и/или маломобильными пациентами (ОПК-4, ПК-13);
- проводить физикальное обследование пациента (ОПК-4, ПК-13);
- планировать и организовывать лабораторно-инструментальное диагностическое обследование пациента (ОПК-4, ПК-13);
- интерпретировать данные основных инструментальных исследований (ОПК-5, ПК-14);
- формулировать клинический диагноз с указанием основного заболевания, его осложнений, фоновых или сопутствующих заболеваний (ОПК-5, ПК-14);
- разрабатывать план действий с учетом протекания патологического процесса и его осложнений (ОПК-5, ПК-14);
- определять показания к тому или иному методу лечения (ОПК-5, ПК-14);
- оказывать помощь в неотложных ситуациях у пациентов с сердечно-сосудистой патологией (ОПК-7);
- работать с медицинской документацией (ОПК-5, ПК-14).

Для формирования общепрофессиональных и профессиональных компетенций обучающийся должен уметь:

- методами общеклинического обследования пациентов;
- интерпретацией результатов лабораторных и инструментальных методов диагностики;
- алгоритмом постановки развернутого клинического диагноза по современным классификациям;

- алгоритмом диагностики и интенсивной терапии при осложнениях АПС (острая левожелудочковая недостаточность, фибрилляция желудочков)

8. Вопросы для самоподготовки при освоении данной темы

3.1 Исходные базисные знания и умения:

Дисциплины	Содержание знаний
<i>Анатомия и физиология</i>	Нормальное анатомическое строение аорты, сердца и его клапанов. Функционирование клапанного аппарата сердца в зависимости от фазы сердечного цикла. Особенности внутрисердечной гемодинамики и гемодинамики в малом и большом кругах кровообращения. Особенности кровоснабжения сердца.
<i>Патанатомия:</i>	Особенности патологоанатомической картины митральных и аортальных пороков сердца различной этиологии в зависимости от этиологии
<i>Патофизиология</i>	Особенности внутрисердечной и центральной гемодинамики при различных пороках сердца. Закономерности патофизиологических изменений со стороны сердца и сосудов большого и малого кругов кровообращения. Механизмы компенсации гемодинамических нарушений при остро возникших повреждениях и хронической медленно прогрессирующей патологии клапанов сердца.
<i>Пропедевтика внутренних болезней</i>	<p>Семиотика пороков сердца. Методы физикального и лабораторно-инструментального исследования больных.</p> <p>Умение провести осмотр и пальпацию грудной клетки и крупных сосудов, выполнить перкуссию, аускультацию сердца, дифференцировать систолический и диастолический шумы и оценить результаты ЭКГ, ФКГ, рентгенограммы органов грудной клетки, протоколы с описанием данных эхокардиографии.</p>

<i>Фармакология</i>	Механизм действия средств применяемых для лечения сердечно-сосудистых заболеваний (ингибиторы АПФ, сартаны, сердечные гликозиды, диуретики, антиаритмических средств), побочные действия, показания и противопоказания к использованию данных лекарственных средств.
---------------------	--

3.2 Вопросы для самоподготовки

Митральный стеноз

1. Назовите основные причины митрального стеноза. Какая из них является самой распространенной.
2. Как площадь митрального отверстия связана внутрисердечными гемодинамическими изменениями и клиническими симптомами митрального стеноза?
3. Опишите патогенетическую последовательность гемодинамических изменений у больного с митральным стенозом.
4. Почему при митральном стенозе фибрилляция предсердий возникает чаще, чем при других пороках?
5. Назовите основные клинические синдромы у пациентов с манифестным митральным стенозом.
6. Перечислите факторы, способные спровоцировать быструю декомпенсацию сердечной недостаточности у больных с митральным стенозом.
7. Графически изобразите аускультативные данные при фонокардиографии у пациента с митральным стенозом.
8. Какой инструментальный метод диагностики является методом выбора при подозрении на наличие у пациента митрального стеноза?
9. Как будет меняться градиент давления на митральном клапане у больного со стенозом этого клапана? Укажите нормальные величины показателя.
10. Опишите стратегию медицинской помощи пациентам с митральным стенозом.
11. Назовите основные мишени для медикаментозной терапии у пациентов с митральным стенозом.
12. Перечислите варианты хирургической коррекции митрального стеноза.
13. В каких случаях у пациента с изолированным митральным стенозом следует предпочесть открытую вальвулотомию и вальвулопластику, либо протезирование митрального клапана, а не чрескожную балонную вальвулопластику?

Митральная регургитация

14. Опишите все возможные механизмы формирования митральной регургитации.
15. Объясните, чем острая митральная регургитация отличается от хронической. Назовите основные причины развития каждой из них.
16. Какие адаптационные механизмы обеспечивают компенсацию изменений гемодинамики у пациентов с хронической митральной регургитацией?
17. Опишите клинические признаки острой митральной регургитации.
18. Графически изобразите аускультативные данные при фонокардиографии у пациента с хронической митральной регургитацией.
19. Объясните механизм формирования на ЭКГ феномена r-mitrale у пациентов с митральными пороками.
20. Перечислите основные эхокардиографические признаки, выявляемые у пациента с хронической митральной регургитацией.
21. Какова врачебная тактика в отношении пациентов с острой митральной регургитацией?
22. Опишите стратегию ведения больных с хронической митральной регургитацией.
23. Назовите показания к хирургической коррекции хронической митральной регургитации.
24. Назовите терапевтические мишени для медикаментозного лечения и группы препаратов, которые применяются у пациентов с хронической митральной регургитацией.

Аортальный стеноз

25. Схематично нарисуйте основные типы аортального стеноза в зависимости от локализации стенотического сужения.
26. Почему временная асинхрония работы сердечных камер способна усугубить систолическую дисфункцию у пациентов с аортальным стенозом?
27. Объясните механизм развития ишемии миокарда у больных с аортальным стенозом.
28. Объясните, почему у пациентов с изолированным аортальным стенозом в стадии компенсации размер полости левого желудочка обычно не увеличивается либо увеличивается незначительно.
29. Перечислите основные клинические синдромы у больных с аортальным стенозом.
30. Графически изобразите аускультативные данные при фонокардиографии у пациента с аортальным стенозом.
31. Укажите наиболее чувствительный инструментальный метод диагностики (кроме Эхо - кардиографии) для выявления кальциноза аортального клапана.

32. Укажите преимущества мультиспиральной компьютерной томографии сердца над другими диагностическими методами, используемыми при обследовании пациентов с пороками аортального клапана.
33. Перечислите варианты хирургической коррекции аортального стеноза.
34. Объясните, почему пациентов с аортальным стенозом следует избегать артериальной гипотензии.

Аортальная регургитация

1. Какие заболевания могут привести к развитию острой аортальной регургитации?
2. Опишите патогенез гемодинамических изменений у пациента с хронической аортальной регургитацией.
3. Объясните механизм повышения пульсового давления у больного с хронической аортальной регургитацией.
4. Почему кардиомегалия часто обнаруживается у больных с хронической аортальной регургитацией?
5. Графически изобразите фонокардиографические данные у больного с хронической аортальной регургитацией.
6. Графически представьте характерные ЭКГ изменения у пациента с выраженной гипертрофией левого желудочка на фоне хронической аортальной регургитации.
7. Какой режим ультразвуковой диагностики наиболее информативен для выявления аортальной регургитации.
8. Перечислите варианты хирургической коррекции аортальной регургитации.
9. Перечислите фармакологические группы препаратов, которые могут быть использованы у пациентов с хронической аортальной регургитацией.

4. Вид занятия: практическое занятие.

5. Продолжительность занятия: 4 академических часа

6. Оснащение:

6.1 Дидактический материал: таблицы, схемы, наборы R-грамм, ЭКГ, эхо-грамм, фонокардиограмм, учебно–методическое пособие к практическим занятиям по данной теме, учебные пособия «Схема истории болезни», «Классификации заболеваний внутренних органов с примерами формулировки диагнозов», «Справочник лекарственных средств, применяемых в клинике внутренних болезней», тренинговая компьютерная программа «Диагностика внутренних болезней», мультимедийный атлас,

контролирующая компьютерная программа «ФАКТЕР», наборы контролирующих тестов по теме, ситуационных задач.

6.2 ТСО: компьютер, негатоскоп, мультимедийный проектор.

7. Содержание занятия:

7.1 Контроль исходного уровня знаний и умений (решение студентами индивидуальных наборов тестов по теме аортальные пороки сердца).

Ниже даны образцы типовых тестовых заданий по теме занятия с описанием их решения и эталонами ответов.

Тесты закрытого типа с одним правильным ответом

ДЛЯ ТЯЖЕЛОГО МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА ХАРАКТЕРНО (ОПК-4, ОПК-5, ПК-13, ПК -14)

1. мягкий ранний систолический шум на верхушке
2. тихий первый тон и отсутствие щелчка открытия митрального клапана
3. сердечный толчок слева от грудины, свидетельствующий о легочной гипертензии
4. смещение верхушечного толчка влево
5. щелчок открытия митрального клапана, выслушиваемый непосредственно перед вторым тоном сердца

Эталон ответа: 3

ИЗОЛИРОВАННАЯ ПАТОЛОГИЯ СТВОРОК АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА БЕЗ ПОРАЖЕНИЯ ЕЕ КОРНЯ ИЛИ ВОСХОДЯЩЕЙ ЧАСТИ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ (ОПК-4, ОПК-5, ПК-13, ПК -14)

1. синдрома Лоэса-Дитца
2. сифилитического мезаортита
3. аорто-артериита Токоясу
4. хронической ревматической болезни сердца
5. синдрома несовершенного остеогенеза

Тесты закрытого типа с несколькими правильными ответами:

**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АОРТАЛЬНОЙ РЕГУРГИТАЦИИ
ПОКАЗАНО (ОПК-7)**

1. При тяжелой регургитации и появлении одышки и/или обморока и/или стенокардии
2. У бессимптомных пациентов с фракцией выброса ЛЖ в покое $>50\%$ и выраженной дилатацией полости левого желудочка
3. У всех больных моложе 15 лет
4. У всех пациентов с острой тяжелой аортальной регургитацией
5. У пациентов с выполненным коронарным шунтированием или другими хирургическими вмешательствами на других клапанах сердца или восходящей аорте

Эталон ответа: 1, 2, 4, 5

У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛЫМ МИТРАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ (ОПК-4, ОПК-5, ПК-13, ПК -14, ОПК-7)

1. площадь отверстия митрального клапана $\leq 1 \text{ см}^2$
2. всегда в анамнезе имеется острая ревматическая лихорадка или хорей
3. наиболее чувствительный метод диагностики увеличения левого предсердия рентгенография органов грудной клетки
4. риск системных эмболий при синусовом ритме не увеличивается
5. митральная баллонная вальвулопластика не рекомендуется, если помимо митрального стеноза имеется значительная митральная регургитация

Эталон ответа: 1, 5

7.2 Разбор с преподавателем узловых вопросов, необходимых для освоения темы занятия

1. Определение митрального стеноза. (ОПК-4, ПК-13)
2. Классификации митрального стеноза. (ОПК-4, ПК-13)
3. Патогенез митрального стеноза. (ОПК-4, ПК-13)
4. Клинические проявления митрального стеноза. (ОПК-5, ПК-14)
5. Диагностический алгоритм при подозрении на митральный стеноз. (ОПК-4, ПК-13)
6. Медикаментозная терапия у пациентов с митральным стенозом. (ОПК-7)
7. Методы хирургической коррекции митрального стеноза. Показания к хирургическому лечению. (ОПК-7)
8. Определение митральной недостаточности (митральной регургитации). (ОПК-4, ПК-13)
9. Классификации митральной регургитации. (ОПК-4, ПК-13)
10. Патогенез митральной регургитации. (ОПК-4, ПК-13)
11. Клинические проявления митральной регургитации. (ОПК-5, ПК-14)
12. Диагностический алгоритм при подозрении на митральную регургитацию. (ОПК-4, ПК-13)
13. Медикаментозная терапия у пациентов с аортальной регургитацией. (ОПК-7)
14. Методы хирургической коррекции митральной регургитации. Показания к хирургическому лечению. (ОПК-7)
15. Определение аортального стеноза. (ОПК-4, ПК-13)
16. Классификации аортального стеноза. (ОПК-4, ПК-13)
17. Патогенез аортального стеноза. (ОПК-4, ПК-13)
18. Клинические проявления. (ОПК-5, ПК-14)
19. Диагностический алгоритм при подозрении на аортальный стеноз. (ОПК-4, ПК-13)
20. Методы хирургической коррекции аортального стеноза. Показания к хирургическому лечению. (ОПК-7)

21. Вспомогательная медикаментозная терапия у пациентов с аортальным стенозом. (ОПК-7)
22. Определение аортальной недостаточности (аортальной регургитации). (ОПК-4, ПК-13)
23. Классификации аортальной регургитации. (ОПК-4, ПК-13)
24. Патогенез аортальной регургитации. (ОПК-4, ПК-13)
25. Клинические проявления аортальной регургитации. (ОПК-5, ПК-14)
26. Диагностический алгоритм при подозрении на аортальную регургитацию. (ОПК-4, ПК-13)
27. Методы хирургической коррекции аортальной регургитации. Показания к хирургическому лечению. (ОПК-7)
28. Вспомогательная медикаментозная терапия у пациентов с аортальной регургитацией. (ОПК-7)

7.3 Демонстрация преподавателем методики практических приемов по данной теме

Методы физикального обследования больного с митральными и аортальными пороками сердца по органам и системам (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация), интерпретация инструментальных данных.

7.4 Самостоятельная аудиторная работа обучающихся под контролем преподавателя курация тематических больных, посещение с больными лечебных и диагностических кабинетов, анализ результатов дополнительных исследований, оформление истории болезни больного; работа с обучающими компьютерными программами, учебным аудиоматериалом, мультимедийным атласом, просмотр учебного видеофильма.

7.5 Контроль конечного уровня усвоения темы занятия:

Подготовка к выполнению практических приемов по теме занятия.

Разбор проведенной курации больных, выполненных диагностических исследований и лечебных манипуляций. Демонстрация полученных практических навыков по обследованию и лечению больных. Разбор вопросов лечения курируемых больных с МПС и АПС.

Материалы для контроля уровня освоения темы: наборы тестовых заданий, ситуационные задачи.

Тестовые задания с одним или несколькими правильными ответами:

Инструкция: выбрать один правильный ответ.

ПРИЧИНОЙ КЛАПАННОГО СТЕНОЗА АОРТЫ МОЖЕТ БЫТЬ (ОПК-4, ОПК-5, ПК-13, ПК-14)

1. Локальная гипертрофия межжелудочковой перегородки
2. Кальциноз створок аортального клапана
3. Мембранозная обструкция аортального клапана
4. Коарктация аорты
5. Стеноз восходящей части аорты

Эталон ответа: 2

Инструкция: выбрать несколько правильных ответов:

ДЛЯ АОРТАЛЬНОГО СТЕНОЗА ВЕРНО (ОПК-5, ПК-14)

1. существует надклапанный, клапанный и подклапанный аортальный стеноз
2. изолированный аортальный стеноз чаще имеет ревматическую этиологию
3. основная причина систолической дисфункции – несоответствие гипертрофии миокарда левого желудочка выполняемой нагрузке
4. наличие стенокардии имеет существенное прогностическое значение
5. наличие псевдокапиллярного пульса

Эталон ответа: 1, 3, 4

ОСОБЕННОСТЯМИ ХРОНИЧЕСКОЙ МИТРАЛЬНОЙ РЕГУРГИТАЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ (ОПК-4, ОПК-5, ПК-13, ПК -6)

1. ослабленный первый и громкий третий тоны сердца

2. признаки правожелудочковой недостаточности возникают при минимальной степени митральной регургитации
3. тяжесть регургитации увеличивается за счет уменьшения преднагрузки
4. пансистолический шум на верхушке и поднимающийся, смещенный влево верхушечный толчок
5. у части пациентов фибрилляция предсердий

Эталон ответа: 1, 4, 5

ЗАБОЛЕВАНИЯ, ОБЫЧНО ПРИВОДЯЩИЕ К ОСТРОЙ МИТРАЛЬНОЙ РЕГУРГИТАЦИИ (ОПК-4, ОПК-5, ПК-13, ПК -6)

1. синдром Марфана
2. острый инфаркт миокарда
3. острая ревматическая лихорадка
4. инфекционный эндокардит
5. дифтерия

Эталон ответа: 2, 3,4, 5

Тестовые задания с подбором соответствия Инструкция: для каждого вопроса, пронумерованного цифрой, подберите один соответствующий ответ, обозначенный буквой, один и тот же ответ может быть использован один раз, два раза или не использован ни разу.

УКАЖИТЕ СООТВЕТСТВИЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ У БОЛЬНЫХ С АОРТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ (ОПК-4, ПК-13)

1. «Пляска каротид», покачивание головой в такт пульсу, положительный капиллярный пульс, высокое пульсовое давление	А. Деформация и неполное смыкание створок аортального клапана
2. Дистолический шум в точке Боткина -Эрба и шум над аортой.	Б. Значительный выброс крови из левого желудочка и резкие колебания давления в артериальной системе

3. Появление приступов сердечной астмы, отек легких	В. Компенсаторная гипертрофия и дилатация левого желудочка
4. Появление раннего тихого диастолического шума на верхушке сердца (шум Флинта)	Г. Острая левожелудочковая недостаточность на фоне остро возникшей тяжелой аортальной регургитации
5. Смещение левой границы относительной и абсолютной тупости сердца резко влево	Д. Развитие относительного митрального стеноза

Эталоны ответов: 1А,Б; 2А; 3Г; 4Д; 5В.

Инструкция: определите верность каждого из двух утверждений и наличие связи между ними.

ПРИ СИМПТОМНОМ АОРТАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ НЕРЕДКО ПРИСУТСТВУЕТ СТЕНОКАРДИТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ, ПОТОМУ ЧТО ВОЗНИКАЕТ КОМПЕНСАТОРНАЯ ТАХИКАРДИЯ (ОПК-4, ПК-13).

Эталон ответа: В, Н, Н.

Образец типовой задачи

Больной К. 35 лет, учитель, обратился к врачу с жалобами на приступообразные сжимающие боли за грудиной, возникающие в ответ на физическую нагрузку (ходьба в быстром темпе на расстояние до 500 м), купирующиеся самостоятельно при прекращении нагрузки, средняя продолжительность болевого приступа 5-7 минут. Также беспокоит появление одышки при ходьбе, снижение толерантности к физической нагрузке, хорошо переносимой, год назад и быструю утомляемость, частые головокружения, головные боли.

Считает себя больным в течение последнего года, когда появились вышеуказанные жалобы. К врачу не обращался. Самостоятельно медикаментозные препараты не принимал. В детстве и юности часто болел ангинами. В студенческие годы во время медосмотров выявлялись «сердечные шумы». В дальнейшем по поводу патологии сердца никогда не обследовался. Артериальную гипертензию и другие заболевания сердечно-сосудистой системы у себя в анамнезе отрицает.

Объективно: Кожные покровы физиологической окраски, легкий акроцианоз. Над легкими – везикулярное дыхание. При пальпации области сердца – «кошачье мурлыканье» во II межреберье справа. Граница относительной сердечной тупости сердца смещена влево до передней подмышечной линии. Тоны сердца приглушены, II т. над аортой ослаблен, здесь же выслушивается грубый систолический шум, иррадиирующий на сосуды шеи, а также короткий систолический шум на верхушке сердца. ЧСС – 76 в мин. Пульс – 68 в мин., АД – 120/88 мм рт.ст. Пальпация живота безболезненна. Печень у края реберной дуги. Отеков нет.

Вопросы к задаче:

1. Выделите клинические синдромы, имеющиеся у пациента (ОПК-5, ПК-14).
2. Сформулируйте предварительный клинический диагноз (ОПК-5, ПК-14).
3. Объясните возможные причины появления систолического шума на верхушке сердца. Основываясь на данных аускультативной картины, патологию каких клапанов следует подозревать у больного? Что такое «митрализация» аортального порока? (ОПК-4, ПК-13)
4. Составьте план обследования для пациента (ОПК-7).
5. Определите тактику ведения больного (ОПК-7).
6. Какие группы лекарственных препараты можно использовать в данном случае? (ОПК-7).

Эталоны ответов:

1. Клинические синдромы: стенокардитический, синдром сердечной недостаточности, синдром хронического нарушения мозгового кровообращения.
2. Предварительный диагноз: Аортальный стеноз, вероятно, ревматической этиологии. Не исключается митральная недостаточность. Дифференцировать с ИБС (стенокардия напряжения) и атеросклерозом сосудов головного мозга.
3. Причиной короткого систолического шума на верхушке у пациентов с аортальным стенозом может служить феномен Галлавардин, также вероятно недостаточность митрального клапана. Для уточнения требуется эхокардиографическое исследование. Процесс появления митральной регургитации за счет дилатации фиброзного кольца митрального клапана и камеры левого желудочка у пациентов с аортальными пороками называют «митрализацией» аортального порока.
4. План обследования: ЭХО-КГ с доплерографией – оценка состояния камер сердца и клапанов сердца, оценка состояния аорты, рентгенография органов грудной клетки (обзорная и правая боковая проекции) – оценка состояния легких и средостения, выявление признаков застоя крови в малом кругу кровообращения, ЭКГ – диагностика гипертрофии миокарда левого желудочка, оценка ритма сердца. МСКТ сердца и коронарных сосудов, т.к. не исключен коронарный атеросклероз и сопутствующая ИБС. Учитывая мозговые симптомы, для исключения гемодинамически значимого атеросклероза магистральных артерий головы ультразвуковая доплерография сосудов шеи. ОАК – для исключения анемии. БХАК (глюкоза, общий белок, альбумин, общий холестерин, ЛПНП, ЛПВП, триглицериды, креатинин, мочевая кислота, АЛТ, АСТ, общий билирубин) – для оценки функционального состояния органов и систем, а также для оценки метаболизма.

5. После уточнения диагноза и подтверждения аортального стеноза пациенту показана консультация кардиохирурга для решения вопроса о выполнении плановой хирургической коррекции порока. Симптомный тяжелый аортальный стеноз – показание к операции. При отсутствии хирургического лечения прогноз для жизни больного, вероятно, неблагоприятный.
6. В период ожидания операции пациенту показаны следующие лекарственные средства: ингибиторы АПФ в сочетании с диуретиками. Учитывая невысокие показатели АД, возможна стартовая терапия из комбинации периндоприла и индапамида. Назначение дигоксина (сердечный гликозид) будет зависеть от величины фракции выброса левого желудочка. Если будет подтверждена ревматическая этиология поражения аортального клапана, пациент должен будет получать бициллинопрофилактику препаратом бициллин 1 в дозе 24 млн Ед 1 раз в в неделю в\м пожизненно.

8. Место проведения самоподготовки: читальный зал, учебная комната для самостоятельной аудиторной работы обучающихся, диагностические и учебные лаборатории, больничные палаты, кабинеты функциональной диагностики, компьютерный класс.

9. Учебно-исследовательская работа обучающихся по данной теме:

1. Составить реферативное сообщение о хирургических методах лечения МПС и АПС.
2. Составить реферат по неотложной помощи при различных осложнениях МПС и АПС.
3. Анализ историй болезни больных с МПС и АПС по материалам клинической базы кафедры.

7. Тема: «Инфекционный эндокардит

1. Актуальность. Инфекционный эндокардит (ИЭ) – заболевание, вызываемое различными инфекционными факторами, при котором возбудитель локализуется на клапанах сердца и пристеночном эндокарде на фоне закономерно выявляемой бактериемии.

ИЭ отличается достаточно большой распространённостью и высокой летальностью (50-60%). Заболевание поражает 15–25% больных с

приобретёнными пороками сердца, 7–10% – с врождёнными пороками – и 5% больных, прооперированных на «открытом сердце». Трудности диагностики и лечения ИЭ, склонность его к затяжному и рецидивирующему течению способствуют развитию тяжёлых осложнений (тромбоэмболии, сердечной и почечной недостаточности, анемии), являющихся причиной смерти или ранней инвалидизации больных. Всё это определяет актуальность вопросов профилактики и адекватного лечения ИЭ. Необходимо отметить, что в последнее десятилетие число больных ИЭ на фоне старого ревматического процесса уменьшилось, начинает преобладать первичный ИЭ, развившийся на неизменённых ранее клапанах. При этом первичный ИЭ вызывается более высоковирулентными микроорганизмами (стафилококки, грамотрицательные микроорганизмы) и значительно хуже поддаётся антибактериальной терапии. Причем возрастает роль парентеральных путей возникновения ИЭ у лиц, находящихся в группах риска (наркоманы и пр.). Пожилой возраст, частота первичного эндокардита, особые его формы (нозокомиальный эндокардит, эндокардит наркоманов), совершенствование диагностики, появление среди заболеваний-предшественников вторичного ИЭ пролапса МК и КМП, растущее разнообразие флоры: выделение, наряду с лидерами - зеленым стрептококком и золотистым стафилококком, группы грамотрицательных микроорганизмов, характерных возбудителей ИЭ (НАСЕК), выделение «масок» ИЭ, весьма высокая – до 5% частота протезных эндокардитов – эти и ряд других факторов могут рассматриваться, как новые признаки современного ИЭ по сравнению с доантибиотической эрой, при том, что собственно клиника болезни, как и ее лабораторные симптомы, принципиальных изменений не претерпели. Так что врач, прочитавший описание ИЭ XX века, вполне может и должен диагностировать это заболевание в веке XXI.

2. Учебные цели: изучение этиологии, патогенеза, клиники, классификации, современных методов диагностики, лечения и профилактики

ИЭ, овладение врачебными навыками диагностики, лечения ИЭ, диагностики и оказания неотложной помощи при осложнениях, формирование общепрофессиональных и профессиональных компетенций, ОПК-5, ОПК-7, ПК-13, ПК-14 ассоциированных с трудовыми функциями А/01.7, А/02.7, А/03.7.

Для формирования общепрофессиональных и профессиональных компетенций обучающийся должен знать:

- анатомо–физиологические особенности строения клапанного аппарата сердца, гемодинамику малого и большого кругов кровообращения;
- этиологию, патогенез и меры профилактики ИЭ;
- современную классификацию ИЭ;
- клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения ИЭ у различных возрастных групп;
- современные методы клинического, лабораторного и инструментального обследования больных (рентгенография сердца с контрастированием пищевода, биохимический, бактериологический и серологический анализы крови, ФКГ, ЭКГ, эхокардиография, доплер–эхокардиография);
- критерии диагноза ИЭ;
- методы лечения ИЭ, рациональный выбор конкретных лекарственных средств;
- неотложные и реанимационные мероприятия при острой левопредсердной и левожелудочковой недостаточности, отеке легких, мерцательной аритмии, кровохарканье;
- меры профилактики ИЭ.

Для формирования общепрофессиональных и профессиональных компетенций обучающийся должен владеть:

- методами общеклинического обследования больных ИЭ (ПК-13);
- интерпретацией результатов лабораторных и инструментальных методов диагностики (ОПК-5, ПК-14);
- алгоритмом постановки предварительного диагноза с последующим направлением пациента к соответствующему врачу-специалисту (ОПК-5, ПК-14)

- алгоритмом постановки развернутого клинического диагноза по современным классификациям (ОПК-5, ПК-14);
- основными врачебными лечебными мероприятиями при ИЭ (ОПК-7);
- алгоритмом диагностики и интенсивной терапии при неотложных и угрожающих жизни состояниях (сердечная астма, отек легких, острая левопредсердная и левожелудочковая недостаточность, тромбоэмболии, мерцательная аритмия) (ОПК-7)
- правильным ведением медицинской документации (медицинская карта стационарного больного) (ОПК-5, ПК-14);
- навыками врачебной этики и медицинской деонтологии (ПК-13).

Для формирования общепрофессиональных и профессиональных компетенций обучающийся должен уметь:

- собрать анамнез, провести опрос пациента или его родственников, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, аускультация), провести первичное обследование органов и систем у больного ИЭ;
- поставить предварительный диагноз и наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза и получения достоверного результата у больного с ИЭ;
- интерпретировать результаты наиболее распространенных методов лабораторной и инструментальной диагностики, применяемых для выявления аортальных пороков сердца;
- сформулировать клинический диагноз с учетом МКБ-10 и современных клинических классификаций с указанием основного диагноза, его осложнений и сопутствующих заболеваний;
- обосновать клинический диагноз по данным анамнеза, физикального и лабораторно-инструментального исследований;
- составить алгоритм дифференциальной диагностики с другими заболеваниями сердца: ИБС, миокардит, ревматическая лихорадка;
- разработать план терапевтических действий с учетом протекания болезни и ее лечения;
- сформулировать показания к избранному методу лечения с учетом этиотропных и патогенетических средств, определить путь введения, режим и

дозу лекарственных препаратов, оценить эффективность и безопасность проводимого лечения;

- оказать неотложную помощь при развитии осложнений ИЭ (сердечная астма, отек легких, острая левопредсердная и левожелудочковая недостаточность, тромбоэмболии, нарушения ритма и проводимости);
- использовать в лечебной деятельности методы первичной и вторичной профилактики.

3. Материалы для самоподготовки к освоению данной темы:

Вопросы для самоподготовки:

1. Этиология и патогенез ИЭ
2. Классификация ИЭ
3. Клиническая картина ИЭ
4. Лабораторные, рентгенологические, электрокардиографические, эхокардиографические изменения при ИЭ.
5. Осложнения, исходы.
6. Дифференциальный диагноз
7. Лечение
8. Профилактика ИЭ.

8. **Вид занятия:** практическое занятие.

9. **Продолжительность занятия:** 4 академических часа

6. Оснащение:

6.1. Дидактический материал: таблицы, схемы, наборы R-грамм, ЭКГ, фонокардиограмм, анализов крови, учебно–методическое пособие к практическим занятиям по данной теме, учебные пособия «Схема истории болезни», «Классификации заболеваний внутренних органов с примерами формулировки диагнозов», «Справочник лекарственных средств, применяемых в клинике внутренних болезней», тренинговая компьютерная программа «Диагностика внутренних болезней», мультимедийный атлас, контролирующая компьютерная программа «ФАКТЕР», наборы контролирующих тестов по теме, ситуационных задач.

6.2. ТСО: негатоскоп, электрокардиограф, ПК с аудиовизуальными записями, DVD – плеер, мультимедийный проектор и др.

7. Содержание занятия:

7.1. Контроль исходного уровня знаний и умений

Тестовые задания с одним правильным ответом

1. Укажите основное звено в механизме развития ИЭ: (ОПК-5, ПК-13, ПК-14)

1. Нарушение равновесия между потребностью миокарда в кислороде и адекватностью коронарного кровотока
2. Повышение периферического сопротивления, обусловленное спазмом периферических сосудов
3. Бактериемия.
4. Генетически обусловленный дефект иммунной системы
5. Нарушение нейрогормонально–метаболической регуляции сердечно–сосудистой системы

Эталон ответа: 3.

Образец типовой ситуационной задачи

Больной К., 38 лет, инвалид 2 группы, поступил на стационарное лечение по направлению участкового терапевта с жалобами на повышение температуры тела до 38-39 градусов, сопровождающееся ознобом, профузным потом, на одышку и сердцебиение при ходьбе, приступы удушья по ночам.

В анамнезе – ревматизм с 12-летнего возраста, в 18 лет установлен диагноз митрального порока сердца. Ежегодно лечился стационарно. Последние четыре года усилилась одышка, появились отёки на ногах. Постоянно принимает мочегонные и сердечные гликозиды. Состояние резко ухудшилось месяц назад после удаления зуба: появились ознобы, фебрильная температура. Лечился в поликлинике с диагнозом ОРВИ. Приём аспирина, бисептола, зинацефа был неэффективным.

Объективно: состояние тяжёлое. Кожные покровы бледные, на коже предплечий, плеч – петехиальные кровоизлияния, акроцианоз, отёки голеней. Симптом Мюссе. В лёгких везикулярное дыхание, незвучные мелкопузырчатые хрипы в нижнебоковых отделах. Верхушечный толчок усилен, пальпируется в 7-м межреберье. На верхушке сердца определяется диастолическое дрожание. Границы сердца расширены влево, вниз, вверх и вправо. Аускультативно: ослабление 1-го тона, систолический и

диастолический шум на верхушке. Над аортой 2й тон резко ослаблен, выслушивается мягкий, дующий диастолический шум, который проводится в точку Боткина- Эрба. ЧСС – 95 в мин. АД 160/40 мм рт. ст. Пульс скорый, высокий, аритмичный. ЧП 80 – в минуту. Печень выступает на 5 см из-под края рёберной дуги. Симптом Пастернацкого слабо положительный с обеих сторон.

Данные дополнительных исследований:

Общий анализ крови: Эр. – $2,1 \times 10^{12}/л.$, Нв – 92 г/л, Л. – $15 \times 10^9/л.$, э – 2%, п – 12%, с – 64%, л – 16%, м. – 6%, СОЭ – 54 мм/час

Общий анализ мочи: уд. вес – 1013, белок – 1,65%; эр. – 25-40 в п/зр., цилиндры гиалиновые 6-7 в п/зр.

Вопросы к задаче:

1. Сформулируйте предварительный диагноз. (ОПК-5, ПК-14)
2. С чем связано ухудшение состояния больного? (ОПК-5, ПК-14)
3. Назовите современный неинвазивный метод диагностики клапанных поражений сердца. (ПК-13)
4. Оцените данные общего анализа крови и анализа мочи. (ПК-13)
5. Что такое шум Флинта? При каком пороке он выявляется? (ОПК-5, ПК-14)
6. Назовите возможные осложнения основного заболевания у больного. (ОПК-5, ПК-14)
7. Принципы лечения больного (выписать рецепты). Показания к хирургическому лечению. (ОПК-7)

Эталонные ответы:

1. Инфекционный эндокардит, III степень активности, острое течение, вторичный (на фоне ревматического порока).

Недостаточность аортального клапана, диффузный нефрит, васкулит.

Осл. ХСН II Б. Анемия.

2. Присоединение инфекционного эндокардита.

3. Эхо-КГ

4. Данные общего анализа крови свидетельствуют о выраженной анемии, регистрируется лейкоцитоз (может быть следствием воспалительного процесса), резко ускоренное СОЭ позволяет судить об активности процесса. Анализ мочи: выявляется мочевого синдром (гематурия, протеинурия, цилиндрурия).

5. Диастолический шум относительного митрального стеноза, выслушивается на верхушке сердца при аортальной недостаточности.
6. А). Инфекционно-токсический шок.
Б). Сердечная недостаточность.
В). Тромбоэмболии.
Г). Почечная недостаточность
7. Показанием к хирургическому лечению является формирование клапанных пороков, бородавчатых наложений на клапанах.

7.2. Разбор с преподавателем узловых вопросов, необходимых для освоения темы занятия

1. Определение ИЭ. (ПК-13)
2. Факторы риска развития ИЭ. (ПК-13)
3. Патогенез ИЭ. (ПК-13)
4. Что лежит в основе классификации ИЭ? (ПК-13)
5. Патоморфологические изменения при ИЭ. (ПК-13)
6. Основные клинические проявления ИЭ. Особенности современного течения ИЭ. Особенности ИЭ наркоманов. (ОПК-5, ПК-14)
7. Методы диагностики ИЭ (ПК-13, ОПК-5, ПК-14)
8. Дифференциальная диагностика ГБ. (ПК-13)
9. Осложнения ИЭ. (ОПК-5, ПК-14)
10. Принципы лечения ИЭ (ОПК-7)
11. Неотложная помощь при ИЭ. (ОПК-7)
14. Профилактика ИЭ. (ОПК-7)

7.3. Демонстрация преподавателем методики практических приемов по данной теме.

Методы физикального обследования ИЭ по органам и системам (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация). Интерпретация типичных общего, биохимического и серологического анализов крови, ЭКГ, рентгенограммы органов грудной клетки, ЭхоКГ, УЗДГ, КТ.

7.4. Самостоятельная работа обучающихся под контролем преподавателя: курация тематических больных, посещение с больными лечебных и диагностических кабинетов, анализ результатов дополнительных исследований, оформление истории болезни больного; работа с обучающими компьютерными программами, учебным аудиоматериалом, мультимедийным атласом, просмотр учебного видеофильма.

7.5. Контроль конечного уровня усвоения темы:

Подготовка к выполнению практических приемов по теме занятия.

Разбор проведенной курации больных, выполненных диагностических исследований и лечебных манипуляций. Демонстрация полученных практических навыков по обследованию и лечению больных. Разбор вопросов лечения курируемых больных ИЭ.

Материалы для контроля уровня освоения темы: наборы тестовых заданий, ситуационные задачи.

Тестовые задания с подбором соответствия (для каждого вопроса, пронумерованного цифрой, выберите один соответствующий ответ, обозначенный буквой, один и тот же ответ может быть использован один раз, два раза или не использован ни разу):

1. Укажите клинические проявления осложнений, развивающихся при инфекционном эндокардите: (ОПК-5, ПК-14)

1. Приступ сердечной астмы	А. Анемия.
2. Цвет кожи «кофе с молоком»	Б. Формирование порока сердца
3. Увеличение печени, отёки на ногах	В. Тромбоэмболия
4. Резкое падение диастолического давления при высоком систолическом	Г. Почечная недостаточность
5. Гемиплегии, моторная афазия	Д. Сердечная недостаточность.
6. Очаговый нефрит, гематурия.	
7. Диастолический шум во 2-м межреберье справа	
8. Гипоизостенурия	

Эталон ответа: 1Д, 2А, 3Д, 4Б, 5С, 6С, 7Б, 8Д.

Укажите основные звенья патогенеза ИЭ: (ПК-13)

1. Бактериемия.
2. Оседание микроорганизмов на клапанах сердца.
3. Изменение реактивности организма и нарушения местного иммунитета.
4. Предшествующие изменения клапанов сердца, операции на сердце и крупных сосудах

Эталон ответа: 1,2,3,4.

9. Место проведения самоподготовки:

читальный зал, учебная комната для самостоятельной контактной работы обучающихся, учебная лаборатория, палаты больных, кабинеты функциональной диагностики, модуль практических навыков, компьютерный класс.

10. Учебно-исследовательская работа обучающихся по данной теме:

1. Составление реферата по новейшей периодической литературе по проблеме ИЭ.
2. Составление реферата по дифференциальной диагностике ИЭ.
3. Оформление наглядных пособий по теме занятия.
4. Анализ историй болезни больных с ИЭ по материалам клинической базы кафедры.

8. Тема: «Гипертоническая болезнь»

Актуальность. Артериальная гипертензия (АГ) — синдром повышения систолического АД (далее — САД) ≥ 140 мм рт. ст. и/или диастолического АД (далее — ДАД) ≥ 90 мм рт. ст.

Гипертоническая болезнь (ГБ) – хронически протекающее заболевание, основным проявлением которого является повышение АД, не связанное с выявлением явных причин, приводящих к развитию вторичных форм АГ (симптоматические АГ). Термин «гипертоническая болезнь», предложенный Г. Ф. Лангом в 1948 г., соответствует терминам «эссенциальная

гипертензия» и «артериальная гипертензия», используемым за рубежом. ГБ преобладает среди всех форм АГ, ее распространенность превышает 90%.

Вторичная (симптоматическая) АГ — АГ, обусловленная известной причиной, которую можно устранить с помощью соответствующего вмешательства.

Гипертонический криз — состояние, вызванное значительным повышением АД, ассоциирующееся с острым поражением органов-мишеней, нередко жизнеугрожающим, требующее немедленных квалифицированных действий, направленных на снижение АД, обычно с помощью внутривенной терапии.

ГБ (эссенциальная, первичная АГ) развивается преимущественно у лиц среднего возраста как результат дисфункции корковых и гипоталамических структур головного мозга и нарушения регуляции вазомоторной системы на фоне генетической предрасположенности, нейрогуморальной активации симпатической нервной системы, активации ренин-ангиотензин-альдостероновой системы, эндотелиальной дисфункции, нарушения водно-солевого баланса и вазоконстрикции с ремоделированием сердечно-сосудистой системы. Для формирования ГБ особое значение имеют психоэмоциональные нагрузки, особенности образа жизни пациента. Значительный удельный вес ГБ в структуре заболеваемости среди лиц трудоспособного возраста определяет актуальность своевременной диагностики, рационального лечения и профилактики.

9. 2. Учебные цели: изучение этиологии, патогенеза, клиники, классификации, современных методов диагностики, лечения и профилактики ГБ; овладение врачебными навыками диагностики и лечения ГБ; диагностики и оказания неотложной и экстренной медицинской помощи при гипертонических кризах и других осложнениях, ассоциированных с АГ; формирование общепрофессиональных и профессиональных компетенций ОПК-5, ОПК-7, ПК-13, ПК-14, ассоциированных с трудовыми функциями А/01.7, А/02.7, А/03.7.

Для формирования общепрофессиональных и профессиональных компетенций обучающийся должен знать:

- анатомо-физиологические особенности органов кровообращения;
- регуляцию артериального давления в норме;

- современную этиологию и теории патогенеза гипертонической болезни, факторы риска ГБ;
- патоморфологические проявления артериальной гипертензии;
- современную классификацию ГБ;
- клиническую картину ГБ;
- диагностические критерии ГБ (показатели общего анализа крови, исследование уровня глюкозы в венозной крови, уровня креатинина в сыворотке крови и расчет скорости клубочковой фильтрации (СКФ), выявление нарушений липидного обмена, лектролитных нарушений, мочи, анализа мочи по Нечипоренко, по Зимницкому, электрокардиографии, реоэнцефалографии, эхокардиографии, экскреторной урографии, мониторинга артериального давления, исследования глазного дна, УЗИ почек, УЗДГ МАГ, R-графии ОГК);
- осложнения ГБ, клинические состояния, ассоциированные с АГ;
- фармакологические свойства основных классов гипотензивных препаратов, терапевтические дозы препаратов;
- целевые уровни АД, тактику лечения ГБ, профилактику развития сердечно-сосудистых осложнений;
- неотложную и экстренную медицинскую помощь при гипертонических кризах и других осложнениях, ассоциированных с АГ;
- меры профилактики ГБ.

Для формирования общепрофессиональных и профессиональных компетенций обучающийся должен владеть:

- методами общеклинического обследования больных ГБ (ПК-13);
- интерпретацией результатов лабораторных и инструментальных методов диагностики (ОПК-5, ПК-14);
- алгоритмом развернутого клинического диагноза по современным классификациям (ОПК-5, ПК-14);
- алгоритмом постановки предварительного диагноза с последующим направлением пациента к соответствующему врачу-специалисту (ОПК-5, ПК-14)
- основными врачебными лечебными мероприятиями при ГБ (ОПК-7);
- алгоритмом диагностики и интенсивной терапии при неотложных и угрожающих жизни состояниях (гипертонический криз, сердечная астма, отек легких, острая левожелудочковая недостаточность) (ОПК-7)

- правильным ведением медицинской документации (медицинская карта стационарного больного) (ОПК-5, ПК-14);
- навыками врачебной этики и медицинской деонтологии.

Для формирования общепрофессиональных и профессиональных компетенций обучающийся должен уметь:

- собрать анамнез заболевания и жизни у больного ГБ, выявить факторы риска развития заболевания и их стратификацию;
- провести осмотр и физикальное обследование органов сердечно - сосудистой системы (пальпация, перкуссия, аускультация);
- сформулировать диагноз согласно современной классификации;
- назначить дополнительные методы исследования и дать оценку их результатам;
- провести дифференциальный диагноз с симптоматическими АГ;
- назначить лечение (медикаментозное и физиотерапевтическое);
- оказать неотложную и экстренную медицинскую помощь при неосложненном и осложненном гипертонических кризах;
- назначить меры профилактики ГБ.

4. Материалы для самоподготовки к освоению данной темы:

Вопросы для самоподготовки:

9. Этиология и патогенез развития ГБ.
10. Факторы риска развития ГБ и их стратификация.
11. Основные патогенетические звенья формирования и прогрессирования гипертонической болезни.
12. Классификация ГБ.
13. Клиническая картина ГБ.
14. Критерии установления диагноза.
15. Принципы лечения ГБ.
16. Профилактика ГБ.

5. **Вид занятия:** практическое занятие.

6. **Продолжительность занятия:** 4 академических часа

6. **Оснащение:**

6.1. Дидактический материал (видеофильмы, тренинговые и контролируемые компьютерные программы, мультимедийные атласы и ситуационные задачи);

6.2. ТСО (компьютеры, видеодвойка, мультимедийный проектор)

7. Содержание занятия:

7.1. Контроль исходного уровня знаний и умений

Тестовые задания с одним правильным ответом

1. КАКОЙ ПРИЗНАК ВЫЯВЛЯЕТСЯ ТОЛЬКО С НАСТУПЛЕНИЕМ 2-Й СТАДИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ? (ОПК-5, ПК-13, ПК-14)

1. Гипертонические кризы
2. Дилатация сердечных полостей
3. Стабилизация АД в форме систоло - диастолической гипертензии
4. Гипертрофия левого желудочка
5. Появление приступов стенокардии

Эталон ответа: 4

Образец типовой ситуационной задачи

Больная А., 56 лет, обратилась с жалобами на головные боли в затылочной области, ухудшение зрения и памяти, плохой сон.

Впервые подобные жалобы возникли 2 года назад после психоэмоционального перенапряжения, беспокоили редко, к врачу не обращалась, принимала анальгетики, ноотропил с переменным эффектом. Четыре месяца назад в связи с конфликтной ситуацией на работе была вынуждена уйти на пенсию, после чего состояние ухудшилось: усилились и участились головные боли, снизилась эффективность терапии анальгином, ноотропилом.

Гинекологический анамнез: менструации с 12 лет, безболезненные, необильные, по 4-5 дней через 28 дней. Во время беременности (в 26 лет) токсикоз второй половины, когда отмечались выраженные отеки, повышение АД, после родов считала себя здоровой. Менопауза в 54 года, беспокоили приливы, сердцебиение.

Семейный анамнез: мать больной в 78 лет страдает артериальной гипертензией, 5 лет назад перенесла инсульт головного мозга.

При осмотре: больная эмоционально лабильна, плаксива. Пятнистая гиперемия лица, верхней половины грудной клетки. Отеков нет. ЧД – 16

уд/мин, при аускультации легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости: правая – на 1,5 см снаружи от правого края грудины в IV межреберье, левая – левая среднеключичная линия в V межреберье, верхняя – верхний край III ребра. Тоны сердца ритмичные, ЧСС – 84 уд/мин, I и II тоны над верхушкой ясные, акцент II тона над аортой. Пульс ритмичный, без дефицита, напряженный. АД – 160/100 мм рт. ст. Живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. При глубокой пальпации патологии со стороны толстой кишки, печени и селезенки не выявлено. Размеры печени по Курлову – 10 x 9 x 8 см. Нижний край печени мягкий, ровный, безболезненный. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Пальпация в точках Кювье безболезненна.

Общий анализ крови: гемоглобин – 136 г/л, лейкоциты – $5,6 \times 10^9$ /л, лейкоцитарная формула без особенностей, СОЭ – 8 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий холестерин – 4,8 ммоль/л, глюкоза – 5,1 ммоль/л, креатинин – 98 мкмоль/л.

Анализ мочи: уд. вес – 1012, белка, глюкозы нет, лейкоциты – 2 – 4 в поле зрения, эритроцитов нет. Анализ мочи по Нечипоренко: белка нет, лейкоциты – 250, эритроцитов нет.

Заключение окулиста: диффузное сужение артериол, Салюс I-II.

Вопросы к задаче:

1. Дайте заключение по ЭКГ. (ПК-13)
2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз по классификации ВОЗ. Какие факторы риска и поражения органов-мишеней имеются у больного? (ОПК-5, ПК-14)
3. Каковы патогенетические механизмы поддержания повышенного АД у данного больного? (ПК-13)
4. Назначьте и обоснуйте лекарственную терапию. (ОПК-7)
5. Дайте рекомендации по образу жизни. (ОПК-7)

Эталонные ответы к задаче:

11. На ЭКГ вольтажные критерии гипертрофии левого желудочка.

12. Гипертоническая болезнь II стадии, степень АГ 2, риск 3 (высокий). Артериальная гипертензия возникла у женщины среднего возраста в период перименопаузы на фоне стрессовых ситуаций при наличии генетической предрасположенности к гипертонической болезни. Отсутствие признаков симптоматической артериальной гипертензии (нефрогенной, гипертиреоз, симпатoadреналовые кризы) позволяет поставить диагноз гипертонической болезни. Степень артериальной гипертензии определяется уровнем АД, а риск – наличием поражения органов мишеней: гипертрофии левого желудочка, гипертонической ретинопатии II степени и фактора риска в виде отягощенной наследственности.

13. Патогенетические механизмы АГ к данной больной включают гиперактивацию симпатической нервной системы и ренин - ангиотензиновой системы.

14. Исходя из патогенеза следует назначить ингибиторы АПФ и β -адреноблокаторы или антагонисты кальция недигидропиридинового ряда (верапамил, дилтиазем).

15. Больной показан ряд немедикаментозных методов лечения, включая умеренные аэробные физические нагрузки (прогулки быстрым шагом, плавание), ограничение поваренной соли и воды, полноценный ночной сон и отдых.

7.2. Разбор с преподавателем узловых вопросов, необходимых для освоения темы занятия

1. Определение ГБ. (ПК-13)
2. Факторы риска развития ГБ. (ПК-13)
3. Патогенез ГБ. (ПК-13)
4. Что лежит в основе классификации ГБ? (ПК-13)
5. Патоморфологические изменения в органах мишенях при ГБ. (ПК-13)
6. Основные клинические проявления ГБ. (ОПК-5, ПК-14)
7. Заболевания, при которых развиваются симптоматические артериальные гипертензии. (ПК-13, ОПК-5, ПК-14)
8. Методы диагностики ГБ и симптоматических артериальных гипертензий. (ПК-13, ОПК-5, ПК-14)
9. Дифференциальная диагностика ГБ. (ПК-13)

10. Осложнения ГБ. (ОПК-5, ПК-14)
11. Что такое ассоциированные клинические состояния? (ОПК-5, ПК-14)
12. Принципы лечения ГБ (характеристика основных групп гипотензивных препаратов, показания и противопоказания). (ОПК-7)
13. Неотложная помощь при гипертонических кризах и других осложнениях, ассоциированных с АГ. (ОПК-7)
14. Профилактика ГБ. (ОПК-7)

7.3. Демонстрация преподавателем методики практических приемов по данной теме.

Методы физикального обследования больного ГБ по органам и системам (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация). Интерпретация типичных общего, биохимического и серологического анализов крови, ЭКГ, рентгенограммы органов грудной клетки, ЭхоКГ при ГБ, УЗДГ МАГ.

7.4. Самостоятельная работа обучающихся под контролем преподавателя: курация тематических больных, посещение с больными лечебных и диагностических кабинетов, анализ результатов дополнительных исследований, оформление истории болезни больного; работа с обучающими компьютерными программами, учебным аудиоматериалом, мультимедийным атласом, просмотр учебного видеофильма.

7.5. Контроль конечного уровня усвоения темы:

Подготовка к выполнению практических приемов по теме занятия.

Разбор проведенной курации больных, выполненных диагностических исследований и лечебных манипуляций. Демонстрация полученных практических навыков по обследованию и лечению больных. Разбор вопросов лечения курируемых больных ГБ.

Материалы для контроля уровня освоения темы: наборы тестовых заданий, ситуационные задачи.

Тестовые задания с подбором соответствия (для каждого вопроса, пронумерованного цифрой, подберите один соответствующий ответ, обозначенный буквой, один и тот же ответ может быть использован один раз, два раза или не использован ни разу):

1. ПРИЧИНЫ ПОЯВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ГБ СЛЕДУЮЩИХ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ: (ОПК-5, ПК-14)

1. Сердцебиение, ощущение пульсации в голове, покраснение лица, потливость. 2. Стойкое повышение АД. 3. Повышение систолического артериального давления. 4. Феномен перекреста - симптом Салюса-Гунна. 5. Расширение границ сердечной тупости влево. 6. Тахикардия, усиление тонов сердца. 7. Акцент II тона над аортой. 8. Систолический шум на верхушке сердца.	А. Повышение ударного и минутного объемов крови. Б. Развитие артериосклероза головного мозга. В. Гиперсекреция ренина, альдостерона, задержка натрия в стенках артериол- повышение периферического сосудистого сопротивления. Г. Рабочая гипертрофия левого желудочка. Д. Развитие относительной недостаточности митрального клапана.
--	---

Эталоны ответов: 1А, 2В, 3А, 4Б, 5Г, 6А, 7В, 8Д.

Тестовые задания с одним или несколькими правильными ответами:

1. КАКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ НУЖНО ВЫПОЛНИТЬ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ: (ОПК-5, ПК-14)

1. Суточная экскреция альдостерона с мочой
2. Определение ванилилминдальной кислоты в моче
3. Активность ренина в плазме
4. УЗИ поджелудочной железы

Эталон ответа: 2

Образец типовой ситуационной задачи

Больная С. 56 лет, предъявляет жалобы на головные боли преимущественно в затылочной и височной областях, сердцебиение, одышку при небольшой физической нагрузке, ноющие боли в области сердца.

Из анамнеза. В течение 11 лет отмечается высокая артериальная гипертония (АД в пределах 160/100 – 195/110 мм рт. ст). Антигипертензивные препараты принимает нерегулярно, иногда приступы повышения АД купирует приемом таблетки адельфана. Год назад у больной было острое нарушение

мозгового кровообращения. В анамнезе отмечает частые семейно-бытовые и производственные стрессовые ситуации. Наследственность по артериальной гипертензии и мозговому инсульту отягощена (отец умер от инсульта в возрасте 52 лет).

Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы чистые, обычной окраски, легкий акроцианоз. Повышенного питания. Над легкими дыхание везикулярное. Пульс 100 в мин. АД 190/115 мм рт. ст. Левая граница смещена влево на 2 см от средне - ключичной линии, тоны сердца приглушены, ритм правильный, на верхушке сердца систолический шум, акцент II тона над аортой. Печень не увеличена, отеков нет.

Общий анализ крови – без патологии.

Общий анализ мочи: белок - 0,33 ‰, единичные эритроциты в п/зр.

Биохимический анализ крови: общий холестерин - 7,2 ммоль/л, ЛПНП – 2,8 ммоль/л, ЛПВП – 1,0 ммоль/л, глюкоза 4,9 ммоль/л, АсТ – 28 ед/л. АлТ – 34 ед/л, билирубин – 16,8 ммоль/л, креатинин 101 мкмоль/л, мочевины – 7,2 ммоль/л.

Глазное дно – артерии резко сужены, уплотнены, вены полнокровны.

Электрокардиограмма: признаки гипертрофии левого желудочка с явлениями систолической перегрузки.

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз. (ОПК-5, ПК-14)
2. Какие факторы риска АГ имеются у больного? (ПК-13)
3. Какие дополнительные методы исследования необходимо назначить? (ПК-13)
4. Назовите ЭКГ-признаки гипертрофии левого желудочка. Нарисуйте ЭКГ. (ПК-13)
5. Перечислите особенности кардиалгического синдрома при этом заболевании. (ОПК-5, ПК-14)
6. Опишите патогенез данного заболевания. (ПК-13)
7. Какие осложнения имеются у больного? (ОПК-5, ПК-14)
8. Неотложная помощь при осложнениях. (ОПК-7)
9. Назначьте современное лечение (выпишите рецепты). (ОПК-7)
10. Определите прогноз и меры профилактики. (ОПК-7)

16. Место проведения самоподготовки:

читальный зал, учебная комната для самостоятельной контактной работы обучающихся, учебная лаборатория, палаты больных, кабинеты

функциональной диагностики, модуль практических навыков, компьютерный класс.

17. Учебно-исследовательская работа обучающихся по данной теме:

1. Составить реферативное сообщение о современных группах фармакологических средств для лечения ГБ.
2. Составить реферативное сообщение по неотложной помощи при гипертоническом кризе и других осложнениях ГБ.

9. Тема: Атеросклероз. ИБС стенокардия

10. Актуальность: Атеросклероз, являясь хроническим, системным, длительно развивающимся заболеванием, поражает артерии эластического и мышечно-эластического типа. При изменениях в коронарных сосудах у пациентов возникает ишемическая болезнь сердца (ИБС) (стенокардия, инфаркт миокарда, внезапная коронарная смерть), а при локализации патологического процесса в артериях нижних конечностей – перемежающаяся хромота и/или критическая ишемия нижних конечностей. Атеросклероз сосудов головного мозга может быть основой развития инсультов и транзиторных ишемических атак. Нередко наблюдается сочетание атеросклеротического поражения нескольких сосудистых бассейнов. Так ИБС часто встречается у лиц с атеросклерозом артерий головного мозга или нижних конечностей. Более того, ИБС является ведущей причиной смерти у таких пациентов. В структуре смертности от сердечно-сосудистых заболеваний на долю ИБС приходится около 55% случаев. Широкая распространенность атеросклероза и ИБС в популяции (особенно в старших возрастных группах), высокий риск смерти при острых формах ИБС, часто непредсказуемость развития обострений, эффективность комплексной профилактики, направленной на уменьшение

негативного влияния факторов сердечно-сосудистого риска, делают актуальным изучение проблем атеросклероза и ИБС.

11. Учебные цели: овладение врачебными умениями и навыками диагностики атеросклероза и стенокардии, ассоциированной с ИБС; овладение навыками выявления факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, оказания плановой, неотложной и экстренной медицинской помощи у пациентов со стабильной стенокардией. Овладение навыками определения показаний к хирургическому лечению стенокардии, ознакомление с основными методами хирургической коррекции. Формирование общепрофессиональных и профессиональных компетенций ОПК-5, ОПК-7, ПК-13, ПК-14, ассоциированных с трудовыми функциями А/01.7, А/02.7, А/03.7.

12. Для формирования общепрофессиональных и профессиональных компетенций обучающийся должен знать:

- анатомию и физиологию сердечно-сосудистой системы; кровоснабжение миокарда;
- липидный обмен в организме в норме
- патогенез и патоморфологию атеросклероза
- факторы сердечно-сосудистого риска
- методы первичной и вторичной профилактики атеросклероза
- медикаментозные средства гиполипидемической терапии
- факторы, влияющие на потребность миокарда в кислороде и его доставку
- клиническую классификацию ишемической болезни сердца
- понятия острых и хронических форм ИБС
- основные причины стенокардии
- клинические особенности и факторы, провоцирующие стенокардию;
- классификацию стабильной стенокардии по канадской классификации (1976 г.);

- стенокардию с неизменными коронарными артериями (спазм коронарных артерий, синдром X);
- клинические варианты нестабильной стенокардии
- методы исследования, используемые для диагностики стенокардии (ЭКГ покоя, ЭКГ при физической нагрузке (формы депрессии ST, вызванной физической нагрузкой), другие формы стресс-тестирования (перфузионная сцинтиграфия миокарда, стресс-эхокардиография), коронарная ангиография): показания, противопоказания, результаты;
- тактика ведения пациентов со стабильной и нестабильной стенокардией;
- неинвазивное лечение: антитромбоцитарная терапия, антиангинальная медикаментозная терапия (нитраты, бета-блокаторы, антагонисты кальциевых каналов, активаторы калиевых каналов, препараты второй линии терапии антагонисты If-каналов, активаторы калиевых каналов, ранолазин);
- инвазивное лечение (чрескожное коронарное вмешательство, аортокоронарное шунтирование).

Для формирования общепрофессиональных и профессиональных компетенций обучающийся должен владеть:

- выявить основные жалобы больного, анамнез его болезни и жизни; (ПК-13);
- выявить факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и стратифицировать риск развития стабильной стенокардии (, ПК-13);
- провести обследование больного с использованием физикальных методов обследования (пальпация, перкуссия, аускультация) (ПК-13);
- сформулировать диагноз в соответствии с классификацией (ПК-13);
- разработать план лабораторных и инструментальных исследований для уточнения диагноза и его осложнений, а затем оценить полученные результаты обследования (ПК-13, ОПК-5, ПК-14);
- назначать лечение (немедикаментозное и медикаментозное) (ОПК-5, ПК-14);

- определять показания к хирургическому лечению стенокардии (ОПК-5, ПК-14);
- оказание неотложной медицинской помощи при стенокардии (ОПК-5, ПК-14);
- консультировать пациента по вопросам здорового образа жизни (ОПК-5, ПК-14).

Для формирования общепрофессиональных и профессиональных компетенций обучающийся должен уметь:

- навыками эффективной коммуникации с пациентами и коллегами;
- навыками физикального осмотра пациента
- умением анализировать информацию и синтезировать решения
- навыками организации диагностических и лечебных процедур
- навыками оказания помощи в чрезвычайных ситуациях пациенту с ИБС

4 Материалы для самоподготовки к освоению данной темы:

Вопросы для самоподготовки

Вопросы для самоподготовки	Письменные задания
1. Назовите основные этапы формирования атеросклеротической бляшки	1. Мужчина 58 лет, курящий, ИМТ 29,5 кг/м, окружность талии 104 см, с систолическим АД 170 мм рт ст. (не использует антигипертензивные препараты) и уровнем общего холестерина 7,2 ммоль/л, утренней гликемией натощак 6,1 ммоль/л. Рассчитайте риск сердечно-сосудистых осложнений для пациента в ближайшие 10 лет по шкале SCORE. Укажите количество баллов, набранных пациентом, и группу риска.
2. Чем отличается обструктивный коронарный атеросклероз от необструктивного?	2. Для пациента из п. 1 разработайте индивидуальную программу, направленную на модификацию имеющихся у него факторов риска.

<p>3. Объясните, что такое атеротромбоз. Какую роль атеротромбоз играет в развитии острых форм ИБС</p>	<p>3. Оцените по шкале SCORE, как изменится риск смерти и сердечно-сосудистых событий в ближайшие 10 лет у пациента при выполнении им (см. пункт 1 и 2) всех Ваших рекомендаций и достижении целевых значений АД и холестерина.</p>
<p>4. Современная этиология и теории патогенеза ишемической болезни сердца стенокардии.</p>	<p>4. Схематически нарисуйте основные коронарные артерии и их ветви, обеспечивающие доставку артериальной крови к миокарду</p>
<p>5. Перечислите факторы, повышающие потребность миокарда в кислороде, а также состояния, ограничивающие доставку кислорода к тканям миокарда</p>	<p>5. Опишите типичные признаки стенокардии и основные факторы, провоцирующие развитие приступа</p>
<p>6. Назовите формы все возможные формы стенокардии. Опишите функциональные классы стабильной стенокардии согласно классификации Канадского кардиологического общества.</p>	<p>6. Нарисуйте все возможные варианты ЭКГ-депрессии сегмента ST (3 типа).</p>
<p>7. Перечислите особенности стенокардии при неизмененных коронарных артериях</p>	<p>7. Нарисуйте ЭКГ пациента со стенокардией Принцметала в момент приступа</p>
<p>8. Перечислите основные методы, необходимые для диагностики стабильной стенокардии</p>	<p>8. Опишите основные преимущества стресс-ЭКГ исследования в сравнении с ЭКГ исследованием в покое.</p>
<p>9. Какие еще заболевания (кроме ИБС) могут сопровождаться развитием синдрома стенокардии?</p>	<p>9. Как изменится сократительная функция миокарда у пациента со стенокардией напряжения на пике ишемии. Свой ответ аргументируйте. Какие диагностические методы позволят обнаружить эти изменения?</p>

10. Перечислите основные принципы ведения больного стабильной стенокардией	10. Какие рекомендации по образу жизни и физической активности вы дадите пациенту со стабильной стенокардией низкого функционального класса?
11. Перечислите основные группы препаратов для лечения стабильной стенокардии. Показания, противопоказания к их применению.	11. Выпишите рецепты на основные антиангинальные препараты (по 1 рецепту на каждую фармакологическую группу)
12. Назовите хирургические методы лечения стенокардии	12. Перечислите все показания к хирургическому лечению пациента со стенокардией, ассоциированной с коронарным атеросклерозом.

4. Вид занятия: практическое занятие.

5. Продолжительность занятия: 4 академических часа

6. Оснащение:

6.1 Дидактический материал: таблицы, схемы, наборы R-грамм, ЭКГ-атласы, эхо-грамм, учебно–методическое пособие к практическим занятиям по данной теме, учебные пособия «Схема истории болезни», «Классификации заболеваний внутренних органов с примерами формулировки диагнозов», «Справочник лекарственных средств, применяемых в клинике внутренних болезней», тренинговая компьютерная программа «Диагностика внутренних болезней», мультимедийный атлас, контролирующая компьютерная программа «ФАКТЕР», наборы контролирующих тестов по теме, ситуационных задач

6.2 ТСО: компьютер, негатоскоп, мультимедийный проектор.

7. Содержание занятия:

7.1 Контроль исходного уровня знаний и умений Тестовые задания с одним правильным ответом

СИМПТОМ ПАТОГНОМОНИЧНЫЙ ДЛЯ СТЕНОКАРДИИ (ПК-13, ОПК-5, ПК -14)

1. Колющие боли в области сердца во время физической нагрузки.
2. Желудочковая экстрасистолия после физической нагрузки.
3. Загрудинная боль и депрессия сегмента ST, возникающие одновременно при нагрузке.
4. Зубец Q в отведениях III, aVF
5. Отрицательный зубец T в отведениях V₁ - V₄

Эталон ответа: 3

Тестовые задания с одним или несколькими правильными ответами

БИСОПРОЛОЛ ОБЛАДАЕТ СЛЕДУЮЩИМИ СВОЙСТВАМИ (ОПК-5, ПК-14)

- 1) расширяет коронарные сосуды
- 2) снижает потребность миокарда в кислороде
- 3) снижает сократимость миокарда
- 4) снижает активность ренина плазмы
- 5) повышает ОПСС в первые дни лечения

Эталон ответа: 1, 2, 4

7.2 Разбор с преподавателем узловых вопросов, необходимых для освоения темы занятия

1. Определение атеросклероза (ПК-13)

2. Патогенез и патоморфология атеросклероза (ПК-13)
3. Факторы риска атеросклероза и расчет индивидуального риска для пациентов (шкала SCORE) (ПК-13)
4. Первичная и вторичная профилактика атеросклероза.
Гиполипидемическая терапия. (ОПК-7)
5. Определение и современная классификация ИБС. (ПК-13)
6. Понятия хронической и острой форм ИБС. (ПК-13)
7. Этиология и факторы риска ИБС. (ПК-13)
8. Патогенез и патоморфология различных форм ИБС. (ПК-13)

9. Стенокардия: понятие, симптомы, клинические типы, функциональные классы. (ПК-13, ОПК-5, ПК-14)
10. Особенности вазоспастической и микроваскулярной стенокардии. (ПК-13, ОПК-5, ПК-14)

11. Понятие нестабильной стенокардии (ОПК-5, ПК-14)

12. Безболевая ишемия миокарда. (ОПК-5, ПК-14)

13. Диагностический алгоритм у пациента с подозрением на стенокардию. ПК-13, ОПК-5, ПК-14)

14. ЭКГ критерии ишемии миокарда и ЭКГ-стресс-тесты. (ПК-13)

15. Визуализирующие стресс-тесты (стресс-эхокардиография и стресс-радиоизотопная перфузионная сцинтиграфия миокарда) в диагностике ишемии миокарда. (ПК-13)

16. Методы исследования, оценивающие состояние коронарного русла. (ПК-13)

17. Немедикаментозное лечение пациента со стабильной стенокардией (ОПК-7)

18. Медикаментозная антиангинальная терапия. (ОПК-7)

19. Медикаментозная терапия, направленная на профилактику сердечно-сосудистых осложнений. (ОПК-7)

20. Инвазивное лечение ИБС: ЧКВ и коронарное шунтирование. Ранние и поздние осложнения хирургического лечения стабильной стенокардии.
(ОПК-7)

21. Прогноз у пациентов со стабильной стенокардией (ПК-13)

7.3 Демонстрация преподавателем методики практических приемов по данной теме

Методика опроса и физикального обследования больного с ИБС (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация). Интерпретация данных, характерных для стенокардии, выявленных с помощью инструментальных методов диагностики.

7.4. Самостоятельная работа обучающихся под контролем преподавателя: курация тематических больных, посещение с больными лечебных и диагностических кабинетов, анализ результатов дополнительных исследований, оформление истории болезни больного; работа с обучающими компьютерными программами, учебным аудиоматериалом, мультимедийным атласом, просмотр учебного видеофильма.

7.5 Контроль конечного уровня усвоения темы занятия:

Подготовка к выполнению практических приемов по теме занятия.

Разбор проведенной курации больных, выполненных диагностических исследований и лечебных манипуляций. Демонстрация полученных практических навыков по обследованию и лечению больных. Разбор вопросов лечения курируемых больных со стабильной

Материалы для контроля уровня освоения темы: наборы тестовых заданий, ситуационные задачи.

Тестовые задания с одним или несколькими правильными ответами:

ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПА СТЕНОКАРДИИ ИСПОЛЬЗУЮТ
(ОПК-5, ПК-14)

- 1) каптоприл
- 2) ацетилсалициловую кислоту
- 3) нитроглицерин
- 4) амлодипин
- 5) бисопролол

Эталон ответа 3.

ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ (ПК-13):

1. Повышение уровня холестерина липопротеинов высокой плотности
2. Курение
3. Смерть отца от инфаркта миокарда в возрасте 75 лет
4. Неконтролируемая артериальная гипертензия

Эталон ответа: 2, 4.

Тестовые задания с подбором соответствия (для каждого вопроса, пронумерованного цифрой, выберите один соответствующий ответ, обозначенный буквой, один и тот же ответ может быть использован один раз, два раза или не использован ни разу):

ОПРЕДЕЛИТЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ СТЕНОКАРДИИ (ОПК-4, ПК-13):

1. Приступы стенокардии вызывает ходьба по ровному месту и в нормальном темпе на расстоянии 1-2 кварталов, подъем по лестнице на один этаж	А. Стенокардия напряжения ФК-II
2. Неспособность выполнять какую-либо нагрузку без возникновения приступа стенокардии.	Б. Стенокардия напряжения ФК-III
3. Приступы стенокардии возникают при быстрой ходьбе в гору, в морозную погоду, во время эмоционального стресса, при ходьбе по ровному месту в нормальном темпе на расстояние больше 2 кварталов и подъёме больше чем на 1 этаж.	В. Стенокардия напряжения ФК-I

4. Больной без затруднений ходит и поднимается по лестнице. Стенокардия возникает только при нагрузках высокой интенсивности, выполняемых быстро и длительно.	Г. Стенокардия напряжения ФК-IV
5. Возникновение приступов стенокардии при меньших нагрузках, учащение и усиление приступов стенокардии.	Д. Прогрессирующая стенокардия напряжения

Эталон ответа: 1Б, 2Г, 3А, 4В, 5Д

Ситуационная задача

Мужчина 56 лет обратился за медицинской помощью с жалобами на приступообразные давящие боли за грудиной, возникающие при быстрой ходьбе на расстояние от 1 до 1.5 км либо при подъеме по лестнице на 3-4 этажа. Болевой приступ обычно продолжается от нескольких 30-60 секунд до 5-10 минут и купируется прекращением физической нагрузки. Пациент отрицает появление одышки при выполнении обычной физической нагрузки.

Анамнез заболевания: страдает артериальной гипертензией на протяжении последних 5 лет, которую эффективно контролирует с помощью ежедневного приема телмисартана в дозе 40 мг/сут. Загрудинная боль стала беспокоить в течение последних 3 месяцев. Данное обращение за медицинской помощью в связи с болью в груди – первичное.

Анамнез жизни: Отец пациента умер от инфаркта миокарда в возрасте 60 лет, мать – жива, страдает артериальной гипертензией с 55-летнего возраста. Пациент никогда не курил, алкоголь употребляет эпизодически (несколько раз в месяц). Работа связана с психоэмоциональным стрессом.

Объективный осмотр: Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Индекс массы тела 34,5 кг/м², окружность живота 110 см. Кожные покровы бледно-розового цвета. Отеков нет. В легких по всем легочным полям дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 17 в минуту. Левая граница относительной тупости сердца смещена влево до левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 86 в минуту, акцент 2 тона над аортой. АД 140/80 мм рт. ст. Пульс ритмичный с частотой 86 в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Нижний край печени определяется по краю левой реберной дуги. Стул и диурез в норме.

Результаты обследования.

ЭКГ в покое: синусовый ритм, ЧСС 88 в минуту, электрическая ось сердца отклонена влево.

ЭКГ стресс-тест: рис. 1.

Общий анализ крови: Эритроциты - 4.8×10^{12} /л, Гемоглобин - 136 г/л, Лейкоциты - 4.5×10^9 /л, СОЭ - 6 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок - 72 г /л, альбумин - 40 г / л, общий холестерин - 6.5 ммоль/ л, ЛПНП - 4.3 ммоль / л, триглицериды - 1.3 ммоль/л, ЛПВП - 0.8 ммоль/л, глюкоза - 5.5 ммоль/ л, АЛТ - 29 Ед/л, АСТ - 18 Ед /л, СРБ (высокочувствительный) 4 Ед, креатинин 88 мкмоль/л, ПТИ 95%.

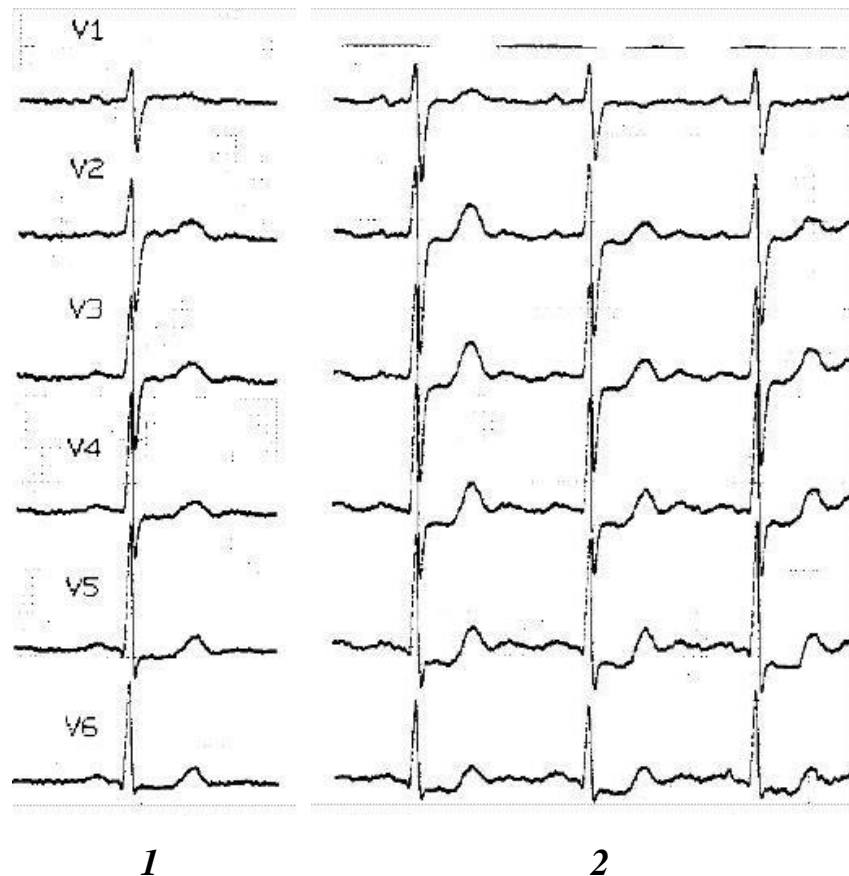


Рисунок 1. Стресс-ЭКГ. 1 - запись ЭКГ в покое; 2 – запись ЭКГ через 5 минут ходьбы на беговой дорожке.

Вопросы

1. Укажите все сердечно-сосудистые факторы риска у пациента. (ПК-13)
2. Сформулируйте предварительный диагноз у пациента (укажите основное заболевание, сопутствующие заболевания). Свой ответ обоснуйте. (ОПК-5, ПК-14)
3. Какие изменения выявлены при выполнении стресс ЭКГ. Сделайте заключение по результатам выполненной пробы. (ПК-13)
4. Какие дополнительные диагностические процедуры понадобятся для уточнения предварительного диагноза. Свой ответ обоснуйте. (ОПК-4, ПК-13)
5. Какие медикаментозные препараты следует назначить пациенту. Свой выбор обоснуйте. (ОПК-7)

Эталон ответа.

1. Факторы риска: ожирение (индекс массы тела 34,5 кг/м², окружность талии 110 см), отягощенная наследственность, гиперхолестеринемия, артериальная гипертензия, гипертрофия левого желудочка (смещение левой границ относительной тупости сердца влево), мужской пол, возраст старше 55 лет.
2. Предварительный диагноз:

Основное заболевание: ИБС: стабильная стенокардия напряжения, ФК II.

Сопутствующие заболевания: Артериальная гипертензия. Гиперхолестеринемия. Ожирение 1 степени.

Обоснование диагноза: ИБС стенокардия, так как представлены типичные симптомы коронарогенной кардиалгии в сочетании с такими факторами риска, как гиперхолестеринемия, ожирение, мужской пол, возраст старше 55 лет, другие сердечно-сосудистые заболевания. Имеющуюся у пациента стенокардию следует считать стабильной стенокардией напряжения, так как болевые приступы наблюдаются в ответ на динамическую физическую нагрузку, не возникают в покое, боли стереотипны и фиксируются на протяжении 3 последних месяцев. II ФК установлен в соответствии с Канадской классификацией: больной проходит без боли 1-1,5 км и поднимается по лестнице на 3-4 этажа.
3. Проба с физической нагрузкой (ЭКГ стресс-тест) ЭКГ в грудных отведениях в покое (1) – без особенностей, сегмент ST во всех грудных отведениях на изолинии. При нагрузке (2) появление патологической депрессии сегмента ST горизонтального в V3-V4 и косо-нисходящего типа в отведениях V5-V6, что свидетельствует о возникновении ишемии в передне - боковых отделах левого желудочка. Заключение: стресс–тест положителен в отношении ишемии.
4. План обследования: для уточнения степени поражения коронарного русла требуется проведение визуализирующих исследований. В качестве метода визуализации коронарных артерий в данном случае

предпочтение следует отдать МСКТ-ангиографии. Выбор методики обусловлен невысоким ФК стенокардии, стабильным характером ее течения и отсутствием в данный момент необходимости в инвазивном лечении. С целью оценки поражения атеросклерозом артерий других бассейнов следует рекомендовать выполнение ультразвуковой доплерографии магистральных сосудов головы и шеи.

5. В качестве медикаментозной терапии, направленной на устранение симптомов пациенту следует рекомендовать бета-адреноблокаторы (например, бисопролол в стартовой дозировке 2.5-5 мг/сут. с последующей титрацией дозы под контролем АД и ЧСС, целевые значения ЧСС 55-60 в минуту). Для предотвращения сердечно-сосудистых осложнений пациенту необходимо лечение гиполипидемическими препаратами и антитромбоцитарными средствами. Среди гиполипидемических средств группой выбора будут статины (например, аторвастатин в дозе 20 мг/сут, в динамике требуется титрация дозы препарата до достижения целевых показателей липидов в крови). Среди антитромбоцитарных средств следует предпочесть ацетилсалициловую кислоту в дозировке 75-150 мг/сут.

8. Место проведения самоподготовки:

читальный зал, учебная комната для самостоятельной аудиторной работы обучающихся, диагностические и учебные лаборатории, больничные палаты, кабинеты функциональной диагностики, компьютерный класс.

9. Учебно-исследовательская работа обучающихся по данной теме:

1. Составить реферативное сообщение по теме: «Хирургические методы лечения ИБС».
2. Составить реферат по теме: «ЭКГ-диагностика ишемии миокарда»
3. Анализ историй болезни больных с хроническими формами ИБС по материалам клинической базы кафедры

10, 11. Тема: ИБС. Инфаркт миокарда. ЭКГ диагностика инфаркта миокарда.

Актуальность. ИБС. Инфаркт миокарда (ИМ) - острое заболевание, обусловленное возникновением одного или нескольких очагов ишемического некроза в сердечной мышце в связи с абсолютной или относительной недостаточностью коронарного кровотока.

По данным крупных популяционных исследований в течение 1 месяца от начала заболевания летальность среди больных инфарктом миокарда остается высокой. Значительная распространенность ИМ, тяжелые осложнения, приводящие к стойкой потере трудоспособности, и высокая летальность определяют актуальность темы.

13.2. Учебные цели: изучение этиологии, патогенеза, клиники, классификации, современных методов диагностики, лечения и профилактики ИМ, овладение практическими умениями и навыками диагностики, лечения и профилактики ИМ, оказание неотложной и экстренной медицинской помощи при развитии осложнений, формирование общепрофессиональных и профессиональных компетенций ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7, ПК-13, ПК-14, ассоциированных с трудовыми функциями А/01.7, А/02.7, А/03.7.

Для формирования общепрофессиональных и профессиональных компетенций обучающийся должен знать :

- анатомо-физиологические особенности сердечно-сосудистой системы;
- современную этиологию и патогенез ИМ;
- классификацию ИМ;
- клинику ИМ при типичном ангинозном и атипичных вариантах болезни (астматический, гастралгический, аритмический, церебральный, с атипичной локализацией боли, бессимптомный);
- ЭКГ признаки ИМ в зависимости от глубины и распространенности поражения сердечной мышцы (крупноочаговый, трансмуральный, мелкоочаговый), от локализации (передний, заднедиафрагмальный, межжелудочковой перегородки), от стадии процесса (острая, подострая, рубцевания);
- показатели дополнительных методов исследования: биохимические маркеры некроза сердечной мышцы в сыворотке крови, УЗИ сердца и сосудов, ангиография и коронароангиография;
- осложнения ИМ в остром, подостром периодах, стадии рубцевания;

- принципы лечения, интенсивную терапию ИМ, неотложную и скорую медицинскую помощь при развитии осложнений;
- методы реабилитации больных, перенесших ИМ;
- санаторно-курортное лечение, ЛФК;
- прогноз;
- критерии временной нетрудоспособности.

Для формирования профессиональных компетенций обучающийся должен владеть:

- методами общеклинического обследования больных ИМ (ОПК-4, ПК-13);
- интерпретацией результатов лабораторных и инструментальных методов диагностики ИМ (ОПК-5, ПК-14);
- алгоритмом развернутого клинического диагноза по современной классификации (ОПК-5, ПК-14);
- основными врачебными лечебными мероприятиями при ИМ (ОПК-7);
- алгоритмом диагностики, лечения и профилактики осложнений острого ИМ (ОПК-7);
- правильным ведением медицинской документации (медицинская карта стационарного больного) (ОПК-5, ПК-14);
- навыками врачебной этики и медицинской деонтологии.

Для формирования профессиональных компетенций обучающийся должен уметь:

- определить статус пациента: собрать анамнез, провести опрос пациента или его родственников, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, аускультация), провести первичное обследование органов и систем у больного с ИМ;
- поставить предварительный диагноз и наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза и получения достоверного результата у больного с ИМ;
- интерпретировать результаты наиболее распространенных методов лабораторной и инструментальной диагностики, применяемых для выявления ИМ;
- сформулировать клинический диагноз с учетом МКБ-10 и современных клинических классификаций с указанием основного диагноза, его осложнений и сопутствующих заболеваний;
- обосновать клинический диагноз по данным анамнеза, физикального и лабораторно-инструментального исследований;

- составить алгоритм дифференциальной диагностики со сходными заболеваниями (нестабильная стенокардия, ТЭЛА, острый перикардит);
 - разработать план терапевтических действий с учетом протекания болезни и ее лечения;
 - сформулировать показания к избранному методу лечения, определить путь введения, режим и дозу лекарственных препаратов
- а) купирование болевого синдрома;
 - б) тромболитическая, антикоагулянтная и дезагрегантная терапия;
 - в) противоишемическая терапия;
 - г) профилактика и купирование нарушений ритма сердца;
- оказать неотложную и экстренную помощь при развитии осложнений ИМ (острая левожелудочковая недостаточность - отек легких, кардиогенный шок, нарушения ритма сердца и проводимости, синдроме Дресслера и др.);
 - определить показания к хирургическому методу лечения при ИМ;
 - использовать в лечебной деятельности методы первичной и вторичной профилактики.

7. Материалы для самоподготовки к освоению данной темы:

1. Этиология и патогенез ИМ.
2. Классификация.
3. Клиническая картина.
4. Осложнения.
5. Лабораторные и инструментальные методы диагностики.
6. Дифференциальный диагноз.
7. Лечение.
8. Оказание неотложной и экстренной медицинской помощи при осложнениях ИМ.
9. Реабилитация. Санаторно-курортное лечение. ЛФК.

8. **Вид занятия:** практическое занятие.

9. **Продолжительность занятия:** 8 часов (2 практических занятия по 4 часа)

6. Оснащение:

6.1. Дидактический материал (видеофильмы, тренинговые и контролируемые компьютерные программы, мультимедийные атласы и ситуационные задачи);

6.2. ТСО (компьютеры, видеодвойка, мультимедийный проектор)

7. Содержание занятия:

7.1. Контроль исходного уровня знаний и умений

Тестовые задания с одним правильным ответом (выберите один наиболее правильный ответ).

1. У БОЛЬНОГО 56 ЛЕТ ЧЕРЕЗ 1 ЧАС ПОСЛЕ ОКОНЧАНИЯ ПРИСТУПА ЗАГРУДИННЫХ БОЛЕЙ (ВЫРАЖЕННЫХ И ПРОДОЛЖИТЕЛЬНЫХ) НА ЭКГ ВЫЯВЛЕНЫ ГЛУБОКИЕ ОТРИЦАТЕЛЬНЫЕ ЗУБЦЫ Т В ОТВЕДЕНИЯХ V1-V3. О КАКОЙ ПАТОЛОГИИ МОЖНО ДУМАТЬ? (ОПК-5, ПК-14);

1. Мелкоочаговый инфаркт миокарда.
2. Затянувшийся приступ стенокардии.
3. Острая ишемическая дистрофия миокарда.
4. Крупноочаговый инфаркт миокарда

Эталон ответа: 1

7.2. Разбор с преподавателем узловых вопросов, необходимых для освоения темы занятия

- 1). Современная концепция этиологии и патогенеза ИМ (ОПК-4, ПК-13).
- 2). Современная классификация ИМ (ОПК-4, ПК-13).
- 3). Клинические особенности различных вариантов ИМ (ОПК-4, ПК-13).
- 4). Современные методы диагностики ИМ (ОПК-5, ПК-14).
- 5). Современные подходы к оказанию медицинской помощи при ИМ (ОПК-7, ПК-14).

7.3. Демонстрация преподавателем методики практических приемов по данной теме.

Методы физикального обследования больного ИБС по органам и системам (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация). Интерпретация типичных общего, биохимического анализов крови, ЭКГ, холтеровского мониторирования ЭКГ, рентгенограммы органов грудной клетки, ЭхоКГ, доплеровского исследования сосудов, КАГ.

7.4. Самостоятельная контактная работа обучающихся под контролем преподавателя: курация тематических больных, посещение с больными лечебных и диагностических кабинетов, анализ результатов дополнительных исследований, оформление истории болезни больного; работа с обучающимися

компьютерными программами, учебным аудиоматериалом, мультимедийным атласом, просмотр учебного видеофильма.

7.5. Контроль конечного уровня усвоения темы:

Подготовка к выполнению практических приемов по теме занятия.

Разбор проведенной курации больных, выполненных диагностических исследований и лечебных манипуляций. Демонстрация полученных практических навыков по обследованию и лечению больных. Разбор вопросов лечения курируемых больных ИБС.

Материалы для контроля уровня освоения темы: тесты, ситуационные задачи.

Тестовые задания с подбором соответствия (для каждого вопроса, пронумерованного цифрой, подберите один соответствующий ответ, обозначенный буквой, один и тот же ответ может быть использован один раз, два раза или не использован ни разу):

1. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ ИМ: (ОПК-5, ПК-14)

<p>1. ИМ начинается с обморока или преходящего нарушения мозгового кровообращения. Боли за грудиной появляются позже или отсутствуют.</p> <p>2. ИМ начинается с различных нарушений ритма - частой экстрасистолии, приступов мерцательной тахикардии, болевой синдром выражен незначительно.</p> <p>3. Заболевание протекает по типу сердечной астмы или отёка лёгких. Чаще встречается у больных пожилого и старческого возраста. Болей в сердце может не быть.</p> <p>4. Начало заболевания связано с болями в верхней части живота, тошнотой, рвотой, метеоризмом. Выражено напряжение брюшной стенки, болезненность её. Боли за грудиной возможны.</p> <p>5. Боли локализуются в правой половине грудной клетки, спине, позвоночнике. Боли за грудиной и в области сердца отсутствуют.</p>	<p>А. Болевой, с необычной локализацией болей.</p> <p>Б. Астматический.</p> <p>В. Абдоминальный</p> <p>Г. Аритмический.</p> <p>Д. Цереброваскулярный.</p>
--	---

Эталон ответа: 1Д, 2Г, 3Б, 4В, 5А

Тестовые задания с одним или несколькими правильными ответами: (выберите один или несколько правильных ответов):

1. КАКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ В/В ВВЕДЕНИЕ СЕРДЕЧНЫХ ГЛИКОЗИДОВ (СТРОФАНТИНА) В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА? (ОПК-7, ОПК-5, ПК-14)

1. Расширение зоны некроза в связи с коронаросуживающим эффектом строфантина в первые минуты после его введения
2. Фибрилляция желудочков
3. Разрывы сердца
4. Сердечная астма. Отёк лёгких.

Эталон ответа: 1,2,3

Образец типовой ситуационной задачи

Больной Ж. 47 лет, директор школы, доставлен кардибригадой с жалобами на боли жгучего характера за грудиной, сопровождающиеся ощущением нехватки воздуха и сердцебиением. Состояние резко ухудшилось 40 минут назад: после сильного стресса появились загрудинные боли. Приём нитроглицерина уменьшил боли на короткое время. Через несколько минут боли вновь усилились и приняли более распространённый характер, с иррадиацией в левую руку и нижнюю челюсть. Появилась резкая слабость, потливость, «страх смерти». Была вызвана скорая помощь.

Объективно: состояние тяжёлое. Бледность кожных покровов, акроцианоз. Покрит холодным потом. Над лёгкими – везикулярное дыхание, мелкопузырчатые влажные хрипы с обеих сторон. Тоны сердца глухие, аритмичные, ЧСС – 110 в мин.; АД – 80/50 мм рт. ст.; пульс – 110 в мин., слабого наполнения, аритмичен. Живот мягкий, печень у края рёберной дуги. Отёков нет.

Данные дополнительных исследований:

Анализ крови: Эр. – $4,8 \times 10^{12}/л$, НВ – 145г/л, Л. – $13 \times 10^9 /л$, СОЭ – 6 мм/час. Миоглобин – 128 г/л.

ЭКГ: синусовая тахикардия, единичные желудочковые экстрасистолы. В I, II, AVL, V2 – V4 отв. – сегмент ST в виде монофазной кривой.

Вопросы к задаче:

1. Сформулируйте диагноз (ОПК-5, ПК-14)
2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз (ОПК-5, ПК-14)?
3. Какие неотложные мероприятия необходимо провести больному (ОПК-7).

4. Что такое резорбтивно-некротический синдром и имеется ли он у больного (ОПК-4, ПК-13)?
5. Какие изменения ЭКГ подтверждают установленный Вами диагноз (ОПК-4, ПК-13)?
6. Назовите критерии кардиогенного шока и его стадии. Имеется ли он у больного (ОПК-5, ПК-14)?
7. Обоснуйте с позиции патогенеза болезни необходимость назначения тромболитической и антикоагулянтной терапии (ОПК-7).
8. Какие изменения эхокардиограммы характерны для данного заболевания (ОПК-4, ПК-13)?

Эталоны ответов:

1. ИБС: Острый инфаркт миокарда передне-перегородочной и верхушечной области левого желудочка, острейший период.
2. Расслаивающая аневризма аорты, стенокардия, остеохондроз, стеноз устья аорты.
3. Анальгезия, противошоковые мероприятия, тромболитическая (в первые 6-8 часов от начала болевого приступа), антикоагулянтная, антиагрегантная терапия, профилактика аритмий.
4. Появление общевоспалительных изменений в ОАК, повышение содержания миоглобина, ферментов, повышение температуры тела. Повышен миоглобин.
5. Появление монофазной кривой.
6. 5 диагностических критериев и 3 стадии шока. Кардиогенный шок I степени.
7. Борьба с развивающимся тромбозом коронарных артерий.
8. Появление зон гипокинезии.

18. Место проведения самоподготовки:

читальный зал, учебная комната для самостоятельной контактной работы обучающихся, учебная лаборатория, палаты больных, кабинеты функциональной диагностики, модуль практических навыков, компьютерный класс.

19. Учебно-исследовательская работа обучающихся по данной теме:

1. Составить реферативное сообщение по теме: «Этиология, патогенез ИБС. Инфаркт миокарда».
2. Составить реферативное сообщение о современных группах фармакологических средств для лечения острого ИМ.

3. Составить реферат или мультимедийную презентацию по теме «Методы реабилитации больных, перенесших инфаркт миокарда»
4. Составить реферат по теме: «ЭКГ-диагностика инфаркта миокарда»
5. Составить реферат или мультимедийную презентацию по теме «ЭКГ – диагностика нарушений ритма сердца и проводимости при инфаркте миокарда»

12. Тема: Хроническая сердечная недостаточность

Актуальность. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) – синдром, развивающийся в результате нарушения способности сердца к наполнению и/или опорожнению, протекающий в условиях дисбаланса между вазоконстрикторными и вазодилатирующими нейрогормональными системами; сопровождающийся неадекватной перфузией органов и тканей организма и сопровождающийся комплексом симптомов: одышкой, слабостью, сердцебиением, повышенной утомляемостью и задержкой жидкости в организме (отечным синдромом).

Причины развития ХСН в Российской Федерации:

1. ИБС, включая ПИКС (60% всех случаев)
2. Артериальная гипертензия (88%)
3. Пороки сердца (врожденные и приобретенные) (4,3%)
4. Миокардиты (3,6%)
5. Кардиомиопатии (дилатационная, гипертрофическая)
6. Алкогольная интоксикация
7. ХОБЛ (13%)
8. Анемии (12,3%)
9. Хроническая фибрилляция предсердий (10,3%)
10. Эндокринные заболевания (сахарный диабет (15,9%), тиреотоксикоз и др.), болезни перикарда, СЗСТ, инфильтративные поражения миокарда (амилоидоз и др.)
11. Перенесенное острое нарушение мозгового кровообращения (10,3%) и другие причины

Наиболее частыми причинами ХСН у мужчин является ИБС,

постинфарктный кардиосклероз, у женщин – АГ и СД. Но, как правило, эти три заболевания дополняют и потенцируют друг друга.

По статистическим данным, ХСН – единственная патология сердечно – сосудистой системы, распространенность которой в большинстве стран мира постоянно увеличивается. В общей популяции взрослого населения ХСН выявляется ежегодно у 1 – 2% населения. В России число больных ХСН, предположительно, не менее 12 – 14 млн. человек. Показатели заболеваемости ХСН выявляют ее многократное увеличение в каждой последующей возрастной группе: в 25 – 34 лет – 0,02 на 1000 населения, в 55 – 64 – 3,0 – 4,0 на 1000, 75 – 84 лет – 13,0 – 14,0 на 1000 населения. ХСН – одна из причин самой высокой летальности среди всех сердечно – сосудистых заболеваний. Выживаемость больных с тяжелой ХСН составляет чуть более 50% в год. 92% умерших от застойной СН составляют пациенты старше 65 лет. Важной является тенденция к росту числа госпитализаций, обусловленных ХСН. Она составляет, в среднем, 1,32 – 2,12 на 1000 населения (16,8%), ХСН фигурирует в диагнозе у 92% больных.

14. 2. Учебные цели: изучение этиологии, патогенеза, клиники, классификации, современных методов диагностики, лечения и профилактики ХСН; овладение врачебными навыками диагностики и лечения ХСН; диагностики и оказания неотложной и экстренной медицинской помощи при осложнениях, ассоциированных с ХСН; формирование общепрофессиональных и профессиональных компетенций ОПК-5, ОПК-7, ПК-13, ПК-14, ассоциированных с трудовыми функциями А/01.7, А/02.7, А/03.7.

Для формирования общепрофессиональных и профессиональных компетенций обучающийся должен знать:

- этиологию и патогенез хронической сердечной недостаточности;
- классификацию ХСН по стадиям (по Стражеско-Василенко, 1935) и ФК (НУНА, 1964), по уровню фракции выброса (ФВ);
- клинические признаки ХСН по стадиям;
- методы диагностики ХСН;
- принципы лечения и профилактики ХСН;
- классификацию острой сердечной недостаточности;
- неотложные и реанимационные мероприятия при осложнениях ХСН (острой декомпенсации ХСН);
- критерии временной нетрудоспособности.

Для формирования общепрофессиональных и профессиональных компетенций обучающийся должен владеть:

- собрать анамнез у больного ХСН, определить основное заболевание, приведшее к её развитию (ПК-13);
- провести физикальное обследование органов сердечно–сосудистой системы (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация), выявить клинические признаки ХСН (ПК-13);
- сформулировать диагноз заболевания по современной классификации по стадии и ФК (МКБ-10) (ОПК-5, ПК-14);
- назначить лабораторно–инструментальные и функциональные методы исследования и дать оценку их результатам (ОПК-5, ПК-14);
- назначить адекватное медикаментозное лечение ХСН (ингибиторы АПФ, антагонисты рецепторов к ангиотензину II, β -блокаторы, ивабрадин, антагонисты альдостерона, антагонисты рецепторов неприлизина, диуретики, сердечные гликозиды, статины, антикоагулянты, периферические вазодилататоры, антиаритмики, дезагреганты, корректоры метаболических нарушений), санаторное лечение, ЛФК (ОПК-7);
- назначить рациональный режим и лечебное питание (модификация образа жизни), дозировать водную нагрузку для больного, определив тем самым меры профилактики декомпенсации сердечной деятельности (ОПК-7);
- оказать неотложную и экстренную медицинскую помощь при развитии сердечной астмы, отёка лёгкого, нарушений ритма сердца (ОПК-7);
- определить меры профилактики(ПК-13).

Для формирования общепрофессиональных и профессиональных компетенций обучающийся должен уметь:

- методами общеклинического обследования больных ХСН
- интерпретацией результатов лабораторных и инструментальных методов диагностики ХСН
- алгоритмом постановки предварительного диагноза с последующим направлением пациента к соответствующему врачу-
- алгоритмом развернутого клинического диагноза по современной классификации
- основными врачебными лечебными мероприятиями при ХСН
- алгоритмом диагностики и интенсивной терапии, неотложной и экстренной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях (сердечная астма, отек легких, острая левожелудочковая недостаточность, тромбоэмболии, нарушения ритма сердца)

- правильным ведением медицинской документации (медицинская карта стационарного больного)
- навыками врачебной этики и медицинской деонтологии.

10. Материалы для самоподготовки к освоению данной темы:

Вопросы для самоподготовки:

17. Этиология и патогенез развития ХСН.
18. Факторы риска развития ХСН.
19. Основные патогенетические звенья формирования и прогрессирования ХСН.
20. Классификация ХСН.
21. Клиническая картина различных типов ХСН (левожелудочковой и правожелудочковой ХСН).
22. Критерии установления диагноза.
23. Принципы лечения ХСН. Лечебное питание.
24. Профилактика ХСН.

11. **Вид занятия:** практическое занятие.

12. **Продолжительность занятия:** 4 академических часа

6. Оснащение:

- 6.1. Дидактический материал (видеофильмы, тренинговые и контролирующие компьютерные программы, мультимедийные атласы и ситуационные задачи);
- 6.2. ТСО (компьютеры, видеодвойка, мультимедийный проектор)

7. Содержание занятия:

7.1. Контроль исходного уровня знаний и умений

Тестовые задания с одним правильным ответом

1. ДЛЯ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРНЫМИ СИМПТОМАМИ ЯВЛЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ ОДНОГО (ОПК-5, ПК-13, ПК-14)

1. Одышка
2. Ритм галопа
3. Набухание шейных вен
4. Застойные хрипы в легких
5. Сердечная астма

Эталон ответа: 3

Образец типовой ситуационной задачи

Больной К., 38 лет, инвалид II группы поступил на стационарное лечение по направлению участкового терапевта с жалобами на повышение температуры тела до 38-39⁰, сопровождающееся ознобами, профузным потом, одышку и сердцебиение при ходьбе, приступы удушья по ночам.

В анамнезе: ревматическая лихорадка с 12-летнего возраста, в 18 лет установлен диагноз митрального порока сердца. Ежегодно лечился стационарно. Последние 4 года усилилась одышка, появились отеки на ногах. Постоянно принимает мочегонные и сердечные гликозиды. Состояние резко ухудшилось месяц назад после удаления зуба: появились ознобы, фебрильная температура. Лечился в поликлинике с диагнозом ОРВИ. Прием аспирина, бисептола, цефтриаксона был неэффективным.

Объективно: состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, на коже предплечий, плеч петехиальные кровоизлияния, акроцианоз, отеки голеней. Симптом Мюссе. В легких везикулярное дыхание, незвучные мелкопузырчатые хрипы в нижнебоковых отделах. Верхушечный толчок усилен, пальпируется в VII межреберье. На верхушке сердца определяется диастолическое дрожание. Границы сердца расширены влево, вниз, вверх и вправо. Аускультативно: ослабление I тона, систолический и диастолический шумы на верхушке. Над аортой II тон резко ослаблен, выслушивается мягкий, дующий диастолический шум, который проводится в точку Боткина-Эрба. ЧСС – 95 в мин. АД 160/40 мм рт. ст. Пульс скорый, высокий, аритмичный. ЧП – 80 в мин. Печень выступает из-под края реберной дуги. Симптом поколачивания слабо положительный с обеих сторон.

Данные дополнительных исследований:

Общий анализ крови: Эр. – 2,1 x 10¹²/л, Нв – 92 г/л, Л – 15 x 10⁹/л, э. – 2%, п. – 12%, с. – 64%, л. – 16%, м. – 6%, СОЭ – 54 мм/час.

Общий анализ мочи: уд. вес – 1013, белок – 1,65%, Эр. – 25 – 40 в п/зр., цил. гиалиновые – 6 – 7 в п/зр.

Вопросы к задаче:

1. Сформулируйте предварительный диагноз (ПК-13).
2. Назовите возможные причины развития заболевания больного (ОПК-5, ПК-14).
3. Объясните причину появления у больного удушья по ночам (ОПК-5, ПК-14).
4. Назовите сосудистые признаки выявленного у больного аортального порока сердца (ОПК-5, ПК-14).

5. Обозначьте физикальные данные, подтверждающие наличие у больного митрального порока сердца (ОПК-5, ПК-14).
6. Диагностируйте вид аритмии, имеющийся у больного. Нарисуйте ЭКГ (ПК-13).
7. Дайте определение понятиям «deficit пульса» и «пульс differens».
8. Неотложная помощь при сердечной астме (выписать рецепты) (ОПК-7).

Эталоны ответов:

1. Инфекционный эндокардит, III ст. активности, острое течение, вторичный (на фоне ревматического порока сердца). Недостаточность аортального клапана, диффузный нефрит, васкулит. Осл. Фибрилляция предсердий, тахисистолическая форма.

Соп: Ревматическая лихорадка, акт. фаза, акт. I, рецидивирующее течение, сочетанный митральный порок сердца с преобладанием недостаточности. ХСН II Б, ФК 3. Анемия.

2. Инвазивные вмешательства, врожденные и ревматические пороки сердца, инфекционная флора, снижение реактивности организма.

3. Сердечная астма. Вследствие переполнения левого желудочка при ослаблении сократительной способности миокарда.

4. Бледность кожи, «пляска каротид», капиллярный пульс, характерное АД, двойной тон Траубе, шум Дюрозье.

5. Расширение границ сердца влево, вверх и вправо, диастолическое дрожание, систолический и диастолический шумы на верхушке.

6. Фибрилляция предсердий.

7. Разность ЧСС и частоты пульса при мерцательной аритмии, ослабление пульса на левой руке при митральном стенозе (симптом Попова).

8. Кардиотропные средства (сердечные гликозиды, мочегонные, антиаритмики, цитопротекторы). Лечение основного заболевания (антибактериальные препараты, дезинтоксикационная терапия).

7.2. Разбор с преподавателем узловых вопросов, необходимых для освоения темы занятия

1. Определение ХСН. (ПК-13)

2. Факторы риска развития ХСН. (ПК-13)
3. Патогенез ХСН. (ПК-13)
4. Что лежит в основе классификации ХСН? (ПК-13)
5. Патоморфологические изменения в органах мишенях при ХСН. (ПК-13)
6. Основные клинические проявления ХСН. (ОПК-5, ПК-14)
7. Заболевания, которые могут привести к ХСН. (ПК-13, ОПК-5, ПК-14)
8. Методы диагностики ХСН. (ПК-13, ОПК-5, ПК-14)
9. Дифференциальная диагностика ХСН (по характеру одышки). (ПК-13)
10. Осложнения ХСН. (ОПК-5, ПК-14)
11. Принципы лечения ХСН (характеристика основных, дополнительных и вспомогательных групп препаратов, показания и противопоказания). (ОПК-7)
13. Неотложная помощь при декомпенсации ХСН и ее осложнениях. (ОПК-7)
14. Профилактика ХСН. (ОПК-7)

7.3. Демонстрация преподавателем методики практических приемов по данной теме.

Методы физикального обследования больного ХСН по органам и системам (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация). Интерпретация типичных общего, биохимического и серологического анализов крови, ЭКГ, рентгенограммы органов грудной клетки, Эхо-КГ при ХСН, УЗДГ МАГ.

7.4. Самостоятельная работа обучающихся под контролем преподавателя: курация тематических больных, посещение с больными лечебных и диагностических кабинетов, анализ результатов дополнительных исследований, оформление истории болезни больного; работа с обучающими компьютерными программами, учебным аудиоматериалом, мультимедийным атласом, просмотр учебного видеофильма.

7.5. Контроль конечного уровня усвоения темы:

Подготовка к выполнению практических приемов по теме занятия.

Разбор проведенной курации больных, выполненных диагностических исследований и лечебных манипуляций. Демонстрация полученных практических навыков по обследованию и лечению больных. Разбор вопросов лечения курируемых больных с ХСН.

Материалы для контроля уровня освоения темы: наборы тестовых заданий, ситуационные задачи.

Тестовые задания с подбором соответствия (для каждого вопроса, пронумерованного цифрой, подберите один соответствующий ответ, обозначенный буквой, один и тот же ответ может быть использован один раз, два раза или не использован ни разу):

1. МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ НИЖЕУКАЗАННЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ (ОПК-7):

- | | |
|---------------------------|--|
| 1. Дигоксин | А. Блокада РААС |
| 2. Гипотиазид | Б. Усиление систолы, удлинение диастолы, увеличение ударного объема, замедление ритма сердца. Назначается при тахиаритмической форме мерцательной аритмии. |
| 3. Верошпирон | В. Уменьшение реабсорбции ионов натрия и хлора в проксимальной части извитых канальцев почек, в меньшей степени ионов калия |
| 4. Эналаприл | Г. Уменьшение гиперактивности САС, снижение ЧСС, уменьшение потребности миокарда в кислороде |
| 5. Метопролол
сукцинат | Д. Конкурентный антагонист альдостерона в отношении влияния на дистальные сегменты нефрона, уменьшает выделение ионов калия |

Эталоны ответов: 1Б, 2В, 3Д, 4А, 5Г.

Тестовые задания с одним или несколькими правильными ответами:

1. ДЛЯ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ПРИЗНАКИ (ОПК-5, ПК-14)

1. Увеличение размеров сердца
2. Ритм галопа
3. Ритм перепела
4. Маятникообразный ритм
5. Снижение сердечного выброса

Эталон ответа: 1, 2, 5

Образец типовой ситуационной задачи

Больной Д., 67 лет, поступил с жалобами на одышку при минимальной физической нагрузке, сухой кашель, усиливающийся в положении лежа, в связи с чем вынужден спать в положении сидя, отечность голеней и стоп.

Из анамнеза. В течение 10 лет больного беспокоят приступы стенокардии при умеренных физических нагрузках. Около одного года назад перенес инфаркт миокарда, после чего приступы стенокардии прекратились, но появились вышеуказанные жалобы, которые постепенно прогрессировали.

Объективно: состояние тяжелое. Цианоз губ, холодный цианоз. Отеки голеней и стоп. ЧД в покое 26 в мин. В легких жесткое дыхание, в базальных отделах обеих легких выслушиваются влажные мелкопузырчатые незвонкие хрипы. Определяется прекардиальная пульсация. При пальпации в III межреберье по левому краю грудины определяется парадоксальная пульсация, положительный симптом «качелей», на верхушке – систолическое «кошачье мурлыканье». Верхушечный толчок ослаблен, разлитой. Перкуторно границы относительной тупости сердца: левая – по передней подмышечной линии, верхняя – по II межреберью, правая – на 2 см латеральнее правого края грудины. При аускультации сердца: тоны глухие, выслушивается протодиастолический ритм галопа. На верхушке сердца выслушивается систолический шум с проведением в левую подмышечную область. ЧСС 96 уд. в мин. АД 120 и 70 мм рт. ст. Пульсация периферических артерий удовлетворительная. Подкожные вены голеней не извиты, не уплотнены. Живот округлой формы, не вздут. При поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 16x13x8 см. Край печени на 4 см выступает из-под края реберной дуги, мягко-эластичной консистенции, закруглен, болезненный при пальпации. Положительный симптом Плеша. Селезенка не увеличена. Область почек при пальпации безболезненна, почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Симметричные отеки стоп, голеней до средней трети.

Задание:

11. Сформулируйте и обоснуйте диагноз. (ОПК-5, ПК-14)
12. Факторы риска заболевания, которые имеются у больного. (ПК-13)
13. Назначьте дополнительные методы исследования. (ПК-13)
14. Назовите ЭКГ-признаки перенесенного заболевания. Нарисуйте ЭКГ. (ПК-13)
15. Перечислите особенности синдрома одышки при этом заболевании.

(ОПК-5, ПК-14)

16. Опишите патогенез данного заболевания. (ПК-13)
17. Перечислите осложнения, имеющиеся у больного? (ОПК-5, ПК-14)
18. Неотложная помощь при осложнениях. (ОПК-7)
19. Назначьте современное лечение (выпишите рецепты). (ОПК-7)
20. Определите прогноз и меры профилактики. (ОПК-7)

20. Место проведения самоподготовки:

читальный зал, учебная комната для самостоятельной контактной работы обучающихся, учебная лаборатория, палаты больных, кабинеты функциональной диагностики, модуль практических навыков, компьютерный класс.

21. Учебно-исследовательская работа обучающихся по данной теме:

1. Составить реферативное сообщение о современных группах фармакологических средств для лечения ХСН.
2. Составить реферативное сообщение по неотложной помощи при острой левожелудочковой недостаточности.

13. Тема: Хронический гастрит. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки

Актуальность. Хронический гастрит (ХГ) – хроническое воспаление слизистой оболочки желудка, проявляющееся нарушением физиологической

регенерации и вследствие этого атрофией железистого эпителия, расстройством секреторной, моторной и нередко инкреторной функции желудка. ХГ – широко распространенное заболевание среди хронических болезней органов пищеварения. Примерно 50% трудоспособного населения развитых стран страдает ХГ.

Язвенная болезнь (ЯБ) – это хроническое циклически протекающее заболевание, при котором в результате нарушения регулирующих нервных и гормональных механизмов, нарушении баланса факторов агрессии и защиты образуется пептическая язва в желудке или 12-ти перстной кишке. Язвенная болезнь желудка (ЯБЖ) и 12-перстной кишки (12ПК) является одной из центральных проблем современной гастроэнтерологии. Это обусловлено широким, не проявляющим тенденции к снижению, распространением язвенной болезни, частое поражение лиц молодого трудоспособного возраста, хроническим рецидивирующим течением заболевания с длительной потерей трудоспособности, склонностью к развитию тяжёлых осложнений, нередко угрожающих жизни больного

2. Учебные цели: изучение этиологии, патогенеза, клиники, классификации, современных методов диагностики, лечения и профилактики ХГ и ЯБ; овладение практическими умениями и навыками диагностики, лечения ХГ и ЯБ; проведения дифференциального диагноза между различными вариантами ХГ и ЯБ; оказание неотложной и экстренной медицинской помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях у больных ХГ и ЯБ; формирование общепрофессиональных и профессиональных компетенций, ОПК-5, ОПК-7, ПК-13, ПК-14, ассоциированных с трудовыми функциями А/01.7, А/02.7, А/03.7.

Для формирования профессиональных компетенций обучающийся должен знать:

- современную этиологию и патогенез ХГ и ЯБ;
- классификацию ХГ Сиднейской системы (1990, 1994);
- классификацию ЯБ;
- клинические симптомы ХГ и ЯБ;
- показатели дополнительных методов исследований (внутрижелудочной РН–метрии, рентгенологического исследования, фиброгастроуденоскопии; морфологической диагностики, исследования НР-инфекции);

- принципы лечения и профилактики ХГ и ЯБ, терапевтические дозы препаратов;

Для формирования общепрофессиональных и профессиональных компетенций обучающийся должен владеть:

- собрать анамнез у больного ХГ и ЯБ, выявить характерные жалобы, указывающие на поражение желудочно-кишечного тракта (болевой синдром, синдром желудочной диспепсии); (ПК-13)
- провести общий осмотр больного и физикальное обследование органов желудочно-кишечного тракта (пальпацию, перкуссию, аускультацию); (ОПК-5, ПК-6)
- определить изменения состояния других внутренних органов и систем организма (наличие анемии, гиповитаминозов, кишечной диспепсии и др.); (ОПК-5, ПК-6)
- сформулировать диагноз ХГ в соответствии с Сиднейской системой (1990, 1994) и МКБ-10 и диагноз ЯБ в соответствии с современными классификациями; (ОПК-5, ПК-6)
- назначить дополнительные методы исследования и дать оценку их результатам; (ОПК-5, ПК-6)
- провести дифференциальный диагноз различных форм ХГ и ЯБ с другими заболеваниями (ГЭРБ, рак желудка); (ОПК-5, ПК-6)
- назначить лечение (медикаментозное и физиотерапевтическое); (ОПК-7, ПК-8)
- оказать неотложную и экстренную медицинскую помощь при неотложных и угрожающих жизни состояниях у больных ХГ и ЯБ; (ОПК-7, ПК-10, ПК-11)
- назначить санаторно-курортное лечение; (ОПК-7, ПК-8)
- определить меры первичной и вторичной профилактики. (ОПК-7, ПК-8)

Для формирования общепрофессиональных и профессиональных компетенций обучающийся должен владеть:

- методами общеклинического обследования больных ХГ и ЯБ);
- интерпретацией результатов лабораторных и инструментальных методов диагностики ХГ и ЯБ
- алгоритмом развернутого клинического диагноза ХГ и ЯБ по современным классификациям
- основными врачебными лечебными мероприятиями при ХГ и ЯБ

- алгоритмом диагностики и интенсивной терапии, неотложной и экстренной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях при ХГ и ЯБ
- правильным ведением медицинской документации (медицинская карта стационарного больного)
- навыками врачебной этики и медицинской деонтологии.

3. Материалы для самоподготовки к освоению данной темы:

Вопросы для самоподготовки:

25. Этиология и патогенез развития ХГ и ЯБ.
26. Факторы риска развития ХГ и ЯБ.
27. Основные патогенетические звенья формирования и прогрессирования ХГ и ЯБ.
28. Классификация ХГ и ЯБ.
29. Клиническая картина ХГ и ЯБ.
30. Критерии установления диагноза ХГ и ЯБ.
31. Принципы лечения ХГ и ЯБ.
32. Профилактика ХГ и ЯБ.

13. **Вид занятия:** практическое занятие.

14. **Продолжительность занятия:** 4 академических часа

6. Оснащение:

6.1. Дидактический материал (видеофильмы, тренинговые и контролирующие компьютерные программы, мультимедийные атласы и ситуационные задачи);

6.2. ТСО (компьютеры, видеодвойка, мультимедийный проектор)

7. Содержание занятия:

7.1. Контроль исходного уровня знаний и умений

Тестовые задания с одним правильным ответом

1. ДЛЯ ПРЕПАРАТА АЛЬМАГЕЛЬ ПОДБЕРИТЕ ЕГО ХАРАКТЕРИСТИКУ (ОПК-7)

1. Блокатор H_2 – гистаминорецепторов
2. Холинолитик общего действия

3. Холинолитик местного действия
4. Антацид
5. Миотоник

Эталон ответа: 4

Образец типовой ситуационной задачи

Больную М, 42 лет, в течение 4 лет периодически беспокоит чувство тяжести в эпигастрии, тошнота, отрыжка, усиливающаяся после еды. Последние 3 года отсутствует аппетит, беспокоят рвота после еды, снижение веса, поносы.

Объективно: тургор кожи снижен. Кожные покровы бледные, разлитая болезненность при глубокой пальпации в эпигастрии, вздутие живота.

Вопросы к задаче:

1. Дайте характеристику синдрома желудочной диспепсии, есть ли он у пациента? (ОПК-5, ПК-14)
2. Наиболее вероятная причина этого синдрома? (ОПК-5, ПК-14)
3. Как объяснить кишечные боли и общие симптомы? (ОПК-5, ПК-14)
4. Что ожидается при гастроскопии и гастробиопсии? (ПК-13)
5. Какое лечение показано? (ОПК-7)

Эталоны ответов:

1. Синдром секреторной недостаточности.
2. Хронический гастрит.
3. Декомпенсация гастрита, гастрогенный понос.
4. Атрофия желудочных желез.
5. Заместительная терапия: натуральный желудочный сок, соляная кислота, ферментные препараты – панкреатин, мезим, фестал, панзинорм.

7.2. Разбор с преподавателем узловых вопросов, необходимых для освоения темы занятия

1. Определение ХГ и ЯБ. (ПК-13)
2. Факторы риска развития ХГ и ЯБ. (ПК-13)
3. Патогенез ХГ и ЯБ. (ПК-13)
4. Что лежит в основе классификации ХГ и ЯБ? (ПК-13)
5. Патоморфологические изменения в органах мишенях при ХГ и ЯБ. (ПК-13)
6. Основные клинические проявления ХГ и ЯБ. (ОПК-5, ПК-14)
7. Методы диагностики ХГ и ЯБ. (ПК-13, ОПК-5, ПК-14)
8. Дифференциальная диагностика ХГ и ЯБ. (ПК-13)
9. Осложнения ХГ и ЯБ. (ОПК-5, ПК-14)
10. Принципы лечения ХГ и ЯБ (характеристика основных групп лекарственных препаратов, показания и противопоказания). (ОПК-7)
11. Профилактика ХГ и ЯБ. (ОПК-7)

7.3. Демонстрация преподавателем методики практических приемов по данной теме.

Методы физикального обследования больного ХГ по органам и системам (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация). Интерпретация типичных общего и биохимического анализов крови, желудочной РН–метрии, рентгеноскопии желудка, ФГДС при ХГ и ЯБ.

7.4. Самостоятельная работа обучающихся под контролем преподавателя: курация тематических больных, посещение с больными лечебных и диагностических кабинетов, анализ результатов дополнительных исследований, оформление истории болезни больного; работа с обучающимися

компьютерными программами, учебным аудиоматериалом, мультимедийным атласом, просмотр учебного видеофильма.

7.5. Контроль конечного уровня усвоения темы:

Подготовка к выполнению практических приемов по теме занятия.

Разбор проведенной курации больных, выполненных диагностических исследований и лечебных манипуляций. Демонстрация полученных практических навыков по обследованию и лечению больных. Разбор вопросов лечения курируемых больных ХГ и ЯБ.

Материалы для контроля уровня освоения темы: тесты, ситуационные задачи.

Тестовые задания с подбором соответствия (для каждого вопроса, пронумерованного цифрой, подберите один соответствующий ответ, обозначенный буквой, один и тот же ответ может быть использован один раз, два раза или не использован ни разу):

1. ОХАРАКТЕРИЗУЙТЕ ОСОБЫЕ РЕДКИЕ ФОРМЫ ХГ: (ОПК-5, ПК-14)

1. Ригидный	А. Гипертрофия и гиперплазия слизистой и ее железистого аппарата с увеличением слизеобразующих и уменьшением числа пищеварительных клеток
2. Гипертрофический гигантский (болезнь Менетрие)	Б. Ригидность стенки желудка, деформация антрального отдела, перигастрит, частая малигнизация.
3. Полипозный	В. Клиника ХГ с секреторной недостаточностью. R-логические дефекты наполнения в антральном отделе желудка.
4. Геморрагический	Г. Непереносимость ряда пищевых и лекарственных веществ
5. Эозинофильный	Д. Склонность к желудочным кровотечениям вследствие развития эрозий или повышения проницаемости сосудов слизистой

Эталон ответа: 1Б, 2А, 3В, 4Д, 5Г

Тестовые задания с одним или несколькими правильными ответами:

1. КАКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ НЕОБХОДИМЫ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АТРОФИЧЕСКОГО ГАСТРИТА? (ПК-13)

1. Исследование желудочной секреции
2. Гастроскопия
3. Выявление антител к обкладочным клеткам
4. Выявление хеликобактерий

Эталон ответа: 1, 2, 3

Образец типовой ситуационной задачи

Больной К., студент, жалуется на боли в эпигастрии голодные и через 1,5-2 часа после приема пищи, иногда боли по ночам, тошноту, изжогу, купируемую приемом молока, повышенную утомляемость, раздражительность. Болен в течение 2 лет. В прошлом году дважды находился на стационарном лечении по поводу обострения данного заболевания. В последнее время боли усилились. В анамнезе частые нарушения пищевого режима.

Объективно: общее состояние относительно удовлетворительное. Положение активное. Сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД – 18 в минуту. Границы сердца не изменены. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС – 72 в минуту, АД – 115/70 мм рт. ст. Язык влажный, умеренно обложен налетом белого цвета. При пальпации живот мягкий, болезненный в пилородуоденальной зоне. Симптом Менделя отрицательный. Печень не увеличена.

ФГС - в антральном отделе желудка наблюдается отек слизистой оболочки, очаги гиперемии, единичные эрозии.

Задание.

1. Сформулируйте диагноз. (ОПК-5, ПК-14)
2. Перечислите основные синдромы, имеющиеся у данного больного. (ОПК-5, ПК-14)
3. Для какого типа желудочной секреции характерны подобные симптомы? Как это подтвердить? (ОПК-5, ПК-14)
4. Назовите основные этиологические факторы данного заболевания. (ОПК-5, ПК-14)
5. Назовите методы исследования для определения *Helicobacter pylori* (ПК-13)
6. Какой прогноз при данном заболевании? (ОПК-7)
7. Напишите одну из схем эрадикационной терапии (ОПК-7)
8. Дайте рекомендации по санаторно-курортному лечению и профилактике обострений. (ОПК-7)

Эталоны ответов к задаче:

22. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки хроническая форма, рецидивирующее течение, обострение.
23. Болевой, диспептический, астеновегетативный, синдром вегетативной дисфункции.
24. Гиперсекреция. ФГС с рН-метрией.
25. Наследственная предрасположенность, психоэмоциональные и алиментарные факторы, хеликобактерная инфекция, вредные привычки, неконтролируемый прием НПВС, ГКС.
26. Инвазивные: быстрый уреазный тест (КЛО-тест), гистологическое исследование-«золотой стандарт»); неинвазивные: дыхательный, иммунологическое исследование (ИФА); иммуногистохимический-определение моноклональных антител к *H.pylori* в биоптате; молекулярно-генетический (ПЦР).
27. Прогноз при условии своевременной диагностики и правильного лечения, соблюдения больным мер профилактики благоприятный.
28. Тройная стандартная-терапия первой линии: 1) ингибитор протонной помпы в стандартной дозе (омепразол 0,02 г или лансопризол 0,03г или рабепразол 0,02) 2 раза в день, 2)+ клатитромицин 500мг 2 раза в день, 3)+ амоксициллин 1000 мг 2 раза в день. Курс 7-10 дней.
29. При заболевании органов желудочно-кишечного тракта - санатории: Арзни, Моршин, Пятигорск, Старая Русса, Кисловодск, Ижевские минводы, Красноусольск.

30. Место проведения самоподготовки:

читальный зал, учебная комната для самостоятельной контактной работы обучающихся, учебная лаборатория, палаты больных, кабинеты функциональной диагностики, модуль практических навыков, компьютерный класс.

31. Учебно-исследовательская работа обучающихся по данной теме:

1. Составить реферативное сообщение о международной классификации гастритов «Сиднейская система» (1990, 1994).
2. Составить реферативное сообщение о лечении ЯБ.

14. Тема: Хронический холецистит. Дисфункции желчевыводящих путей.

Актуальность. Хронический холецистит (ХХ)-полиэтиологическое воспалительное заболевание желчного пузыря, сочетающееся с дисфункцией желчевыводящих путей (ДЖВП) и изменениями физико-химических свойств и биохимического состава желчи. Распространенность ХХ составляет 6-7 на 1000 населения, при этом женщины болеют в 3-4 раза чаще мужчин. Значительный удельный вес ХХ в структуре заболеваемости среди лиц трудоспособного возраста, постоянно прогрессирующее течение, сопровождающееся вовлечением в патологический процесс прочих внутренних органов и физиологических систем, значительный экономический и социальный ущерб для общественного здоровья определяют актуальность темы, значимость своевременной диагностики, рационального лечения и профилактики ХХ.

Дисфункции желчевыводящих путей (ДЖВП) – расстройства тонуса и сократительной способности стенок желчного пузыря (ЖП) и желчных протоков с нарушением оттока желчи. Ведущим патогенетическим механизмом заболевания считается дисбаланс вегетативной регуляции в сторону парасимпатикотонии. ДЖВП ухудшают качество жизни пациентов, способствуют развитию хронического холецистита и желчнокаменной болезни, что определяет их социальную и медицинскую значимость.

2. Учебные цели: изучение этиологии, патогенеза, клинических проявлений ХХ и ДЖВП, классификации, современных методов диагностики, лечения и профилактики ХХ и ДЖВП; овладение врачебными навыками диагностики и лечения ХХ и ДЖВП; диагностики и оказания неотложной и

экстренной медицинской помощи при осложнениях ХХ и ДЖВП; формирование общепрофессиональных и профессиональных компетенций ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7, ПК-13, ПК-14, ассоциированных с трудовыми функциями А/01.7, А/02.7, А/03.7.

Для формирования общепрофессиональных и профессиональных компетенций обучающийся должен знать:

- анатомо-физиологические особенности гепатобилиарной системы;
 - регуляцию желчеобразования и оттока желчи в 12-перстную кишку в норме;
 - современную этиологию и патогенез ХХ и ДЖВП, факторы риска ХХ и ДЖВП;
 - современную классификацию ХХ и ДЖВП;
 - клиническую картину ХХ и ДЖВП (клиника болевого, диспепсического синдромов);
 - лабораторные и инструментальные методы исследования при ХХ и ДЖВП
- показатели общего анализа крови, мочи, кала, копроцитограммы;
- определение признаков холестаза, повышение острофазовых показателей, нарушение липидного обмена в сыворотке крови;
- определение гликемического профиля;
- рентгенологические методы исследования (обзорная рентгенография органов брюшной полости, рентгенологическое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки с контрастированием, пероральная холецистография)
- УЗИ органов брюшной полости;
- лапароскопия и компьютерная томография органов брюшной полости и желчного пузыря (МРТ);
- эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ);
- внутривенная холеграфия, радионуклидная холецистография;
- фракционное дуоденальное зондирование;
- эзофагогастродуоденоскопия;

—эндоскопическая ультрасонография, сцинтиграфия ЖП и желчевыводящих путей;

—магнитно-резонансная и эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (МРХПГ, ЭРХПГ с монометрией сфинктера Одди);

— медикаментозные пробы с холецистокинином, секретинном;

- осложнения ХХ и ДЖВП;
- основные принципы диетотерапии при ХХ и ДЖВП;
- немедикаментозные и медикаментозные методы лечения ХХ и ДЖВП, терапевтические дозы препаратов;
- основные направления первичной и вторичной профилактики хронического холецистита и ДЖВП;
- неотложную медицинскую помощь при осложнениях ХХ и ДЖВП;

Для формирования общепрофессиональных и профессиональных компетенций обучающийся должен владеть:

- методами общеклинического обследования больных ХХ (ОПК-4, ПК-13);
- интерпретацией результатов лабораторных и инструментальных методов диагностики (ОПК-5, ПК-14);
- алгоритмом развернутого клинического диагноза по современным классификациям (ОПК-5, ПК-14);
- алгоритмом постановки предварительного диагноза с последующим направлением пациента к соответствующему врачу-специалисту (ОПК-5, ПК-14)
- основными врачебными лечебными мероприятиями при ХХ (ОПК-7)
- алгоритмом диагностики и интенсивной терапии при осложнениях ХХ (ОПК-7)
- правильным ведением медицинской документации (медицинская карта стационарного больного) (ОПК-5, ПК-14);
- навыками врачебной этики и медицинской деонтологии.

Для формирования общепрофессиональных и профессиональных компетенций обучающийся должен уметь:

- собрать анамнез заболевания и жизни у больного ХХ и ДЖВП, выявить факторы риска развития заболевания;
- провести осмотр и физикальное обследование органов пищеварения (пальпация, перкуссия, аускультация);
- сформулировать диагноз согласно современной классификации;
- назначить дополнительные методы исследования и дать оценку их результатам;
- провести дифференциальный диагноз;
- назначить лечение (медикаментозное и физиотерапевтическое);
- оказать неотложную и экстренную медицинскую помощь при развитии осложнений ХХ и ДЖВП;
- назначить меры первичной и вторичной профилактики ХХ и ДЖВП.

15. Материалы для самоподготовки к освоению данной темы:

Вопросы для самоподготовки:

33. Этиология и патогенез развития ХХ и ДЖВП.
34. Факторы риска развития ХХ и ДЖВП.
35. Основные патогенетические звенья формирования и прогрессирования ХХ и ДЖВП.
36. Классификация ХХ и ДЖВП.
37. Клиническая картина ХХ и ДЖВП.
38. Критерии установления диагноза (показатели общего клинического и биохимического анализов крови, УЗИ желчного пузыря и органов брюшной полости, фракционное функциональное зондирование, пероральная холецистография, внутривенная холецистохолангиография, ФГДС, эндоскопическая ультрасонография и сцинтиграфия желчного пузыря и желчевыводящих путей при ХХ).
39. Дифференциальная диагностика.
40. Принципы лечения ХХ и ДЖВП.
41. Профилактика ХХ и ДЖВП.

16. Вид занятия: практическое занятие.

17. Продолжительность занятия: 4 академических часа

6. Оснащение:

- 6.1. Дидактический материал (видеофильмы, тренинговые и контролируемые компьютерные программы, мультимедийные атласы и ситуационные задачи);
- 6.2. ТСО (компьютеры, негатоскоп, мультимедийный проектор)

7. Содержание занятия:

7.1. Контроль исходного уровня знаний и умений

Тестовые задания с одним правильным ответом

1. ВОЗБУДИТЕЛЬ, ЯВЛЯЮЩИЙСЯ ВЕДУЩИМ В РАЗВИТИИ ХРОНИЧЕСКОГО БЕСКАМЕННОГО ХОЛЕЦИСТИТА (ОПК-5, ПК-14)

- 1) протей
- 2) эшерихии
- 3) стафилококк
- 4) стрептококк
- 5) энтерококк

Эталон ответа: 2

2. ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР, ЯВЛЯЮЩИЙСЯ ВЕДУЩИМ В РАЗВИТИИ ПЕРВИЧНОГО ХОЛЕЦИСТИТА (ОПК-5, ПК-14)

- 1) погрешности питания
- 2) болезни пищеварительной системы
- 3) бактериальный фактор
- 4) снижение иммунологической реактивности организма
- 5) токсический фактор

Эталон ответа: 3

3. ДИАМЕТР (ММ) ОБЩЕГО ЖЕЛЧНОГО ПРОТОКА СЛЕДУЮЩИЙ (ОПК-4, ПК-13)

- 1) 2,5-5
- 2) 3-9
- 3) 3,5-7
- 4) 4,5-9

Эталон ответа: 3

4. ОБЪЕМ (МЛ) ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ СЛЕДУЮЩИЙ (ОПК-4, ПК-13)

- 1) 25–45;
- 2) 30–50;
- 3) 40–70;
- 4) 80–100

Эталон ответа: 3

Образец типовой задачи

Больная Д., 45 лет, жалуется на интенсивные боли в правом подреберье, тошноту, рвоту с наличием в желудочном содержимом желчи, повышение температуры до 37,5⁰С.

Из анамнеза: в течение 5 лет отмечает периодические боли в правом подреберье, связанные с погрешностями в диете, купирующиеся приемом ношпы, аллохола. Ухудшение состояния наступило два дня назад после употребления копченой колбасы, сала.

Объективно: состояние средней тяжести. Эмоционально лабильна. Повышенного питания (ожирение 2 степени). Кожные покровы и видимые слизистые субиктеричны. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД-20 в/мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС-88 в/мин. АД-115/70 мм рт.ст. Живот несколько вздут, мягкий, болезненный в правом подреберье, в проекции желчного пузыря. Положительные симптомы Мюсси, Кера, Мерфи. Печень не увеличена.

Вопросы к задаче:

1. Ваш предварительный диагноз (ОПК-5, ПК-14)
2. Назначьте план обследования (ОПК-4, ПК-13)
3. Какие факторы риска развития заболевания имеются у данной пациентки? (ОПК-5, ПК-14)
4. Назначьте лечение (группы препаратов) (ОПК-7).
5. Определите меры профилактики (ОПК-4, ПК-13)

6. Дайте рекомендации по санаторно-курортному лечению (ОПК-7).
7. Определите прогноз (ОПК-5, ПК-14).

Эталоны ответов к задаче:

- 32.** Хронический бактериальный бескаменный холецистит, обострение.
- 33.** ОАК, ОАМ, ЭКГ, БАК (общий белок, альбумины, глобулины, билирубин общий, прямой, связанный, холестерин, осадочные пробы, АЛТ, АСТ, α -амилаза), УЗИ желчного пузыря, органов брюшной полости, фракционного функционального зондирования, пероральной холецистографии, ФГДС, эндоскопической ультрасонографии и сцинтиграфии желчного пузыря и желчевыводящих путей.
- 34.** Погрешности в диете, застой желчи, гиподинамия.
- 35.** Противовоспалительная и антибактериальная терапия, желчегонные холеретики, спазмолитики и анальгетики.
- 36.** Рациональное питание, активный образ жизни, физкультура, коррекция избыточного веса. Необходимо своевременное и рациональное лечение дискинезий, заболеваний других органов пищеварительного тракта, очаговой инфекции, невротических нарушений.
- 37.** Санаторно-курортное лечение «Красноусольский», «Ессентуки», «Железноводск».

При нечастых обострениях прогноз удовлетворительный. Он значительно ухудшается при частых обострениях с признаками активности воспалительного процесса, выраженном болевом синдроме, реактивном панкреатите

7.2. Разбор с преподавателем узловых вопросов, необходимых для освоения темы занятия

1. Определение ХХ и ДЖВП. (ОПК-4,ПК-13)
2. Факторы риска развития ХХ и ДЖВП. (ОПК-4,ПК-13)
3. Основные этиологические аспекты ХХ и ДЖВП.
4. Патогенез ХХ и ДЖВП. (ОПК-4,ПК-13)
5. Классификация ХХ и ДЖВП. (ОПК-4,ПК-13)
6. Клиническая картина болевого синдрома при ХХ и ДЖВП. (ОПК-5, ПК-14);

7. Клиническая картина диспепсического синдрома при ХХ и ДЖВП. (ОПК-5, ПК-14);
8. Методы диагностики ХХ и ДЖВП. (ОПК-4, ПК-13, ОПК-5, ПК-14)
9. Дифференциальная диагностика ХХ и ДЖВП. (ОПК-4, ПК-13)
10. Осложнения ХХ и ДЖВП. (ОПК-5, ПК-14)
11. Принципы лечения ХХ и ДЖВП. (ОПК-7)
12. Неотложная помощь при осложнениях ХХ и ДЖВП. (ОПК-7)
13. Основные направления первичной и вторичной профилактики ХХ и ДЖВП. (ОПК-7)

7.3. Демонстрация преподавателем методики практических приемов по данной теме.

Методы физикального обследования пациента с ХХ и ДЖВП по органам и системам (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация). Интерпретация типичных общего, биохимического анализов крови, основные УЗИ признаки ХХ, дуоденальное зондирование, пероральная холецистография, внутривенная холецистохолангиография, ФГДС, эндоскопическая ультрасонография и сцинтиграфия желчного пузыря и желчевыводящих путей при ХХ и ДЖВП.

7.4. Самостоятельная работа обучающихся под контролем преподавателя: курация тематических больных, посещение с больными лечебных и диагностических кабинетов, анализ результатов дополнительных исследований, оформление истории болезни больного; работа с обучающими компьютерными программами, учебным аудиоматериалом, мультимедийным атласом, просмотр учебного видеофильма.

7.5. Контроль конечного уровня усвоения темы:

Подготовка к выполнению практических приемов по теме занятия.

Разбор проведенной курации больных, выполненных диагностических исследований и лечебных манипуляций. Демонстрация полученных практических навыков по обследованию и лечению больных. Разбор вопросов лечения курируемых больных ХХ и ДЖВП.

Материалы для контроля уровня освоения темы: наборы тестовых заданий, ситуационные задачи.

Тестовые задания с подбором соответствия (для каждого вопроса, пронумерованного цифрой, подберите один соответствующий ответ, обозначенный буквой, один и тот же ответ может быть использован один раз, два раза или не использован ни разу):

1. МЕХАНИЗМ ПОЯВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ XX СЛЕДУЮЩИХ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ (ОПК-5, ПК-14)

1. Субиктеричность склер, желтушность кожных покровов	А. Раздражение диафрагмального нерва
2. Постоянные распирающие боли в правом подреберье (в проекции желчного пузыря)	Б. Развитие холангита
3. Повышение температуры тела, ознобы, увеличение и резкая болезненность печени	В. Нарушения пищеварения
4. Положительный симптом Мюсси-Геогиевского	Г. Гипотоническая дискинезия желчного пузыря
5. Неустойчивый стул, вздутие живота	Д. Воспалительный отёк общего желчного протока, нарушение желчеотделения
6. Упорная икота	

Эталон ответа: 1А, 2Г, 3БД, 4А, 5В

Тестовые задания с одним или несколькими правильными ответами:

К ХОЛЕРЕТИКАМ РАСТИТЕЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ ОТНОСЯТСЯ (ОПК-7)

- 1) пижма
- 2) бессмертник
- 3) кукурузные рыльца
- 4) медвежьи ушки

Эталон ответа: 2,3

38. Место проведения самоподготовки:

читальный зал, учебная комната для самостоятельной контактной работы обучающихся, учебная лаборатория, палаты больных, кабинеты функциональной диагностики, модуль практических навыков, компьютерный класс.

39. Учебно-исследовательская работа обучающихся по данной теме:

1. Составить реферативное сообщение о современных группах фармакологических средств для лечения ХХ.
2. Составить мультимедийную презентацию по современным методам диагностики ХХ.

15. Тема: «Хронические гепатиты» - 2 часа, 1 часть 4-часового занятия

Актуальность. Хронический гепатит (ХГ) - полиэтиологический диффузный воспалительный процесс в печени, продолжающийся более 6 месяцев, характеризующийся гистиолимфоцитарной инфильтрацией портальных полей, гиперплазией звездчатых ретикулоэндотелиоцитов, умеренным фиброзом в сочетании с дистрофией гепатоцитов при сохранении архитектоники печени. ХГ является распространенным заболеванием, им страдают люди обоего пола различного возраста. В последние годы в связи с распространением наркомании существенно возросла частота хронических вирусных гепатитов В, С, D. Значимым в структуре гепатитов является также лекарственное и аутоиммунное поражение печени. Исходом ХГ может быть цирроз и рак печени. Большая распространенность ХГ, трудности лабораторной диагностики, недостаточная эффективность противовирусной терапии и серьезные последствия болезни определяют актуальность проблемы.

15.2. Учебные цели: изучение этиологии, патогенеза, клиники, классификации, современных методов диагностики, лечения и профилактики ХГ, овладение практическими умениями и навыками диагностики, лечения ХГ, диагностики и оказания неотложной помощи при печеночной недостаточности, геморрагическом синдроме и других осложнениях; формирование общепрофессиональных и профессиональных компетенций, ОПК-5, ОПК-7, ПК-13, ПК-14, ассоциированных с трудовыми функциями А/01.7, А/02.7, А/03.7.

Для формирования профессиональных компетенций обучающийся должен знать

- современную этиологию и патогенез хронического гепатита;
- современную классификацию ХГ;
- клинические и лабораторные синдромы ХГ, маркеры хронических вирусных гепатитов;
- показатели дополнительных методов исследования (общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови, иммунологическое и другие серологические исследования (маркеры вирусных гепатитов), УЗИ, ФГДС, дуоденальное зондирование, сканирование печени, КТ, МРТ, ЭРПХГ, пункционная биопсия печени, лапароскопия);
- принципы лечения и профилактики различных вариантов ХГ, терапевтические дозы препаратов;
- осложнения ХГ;
- критерии временной нетрудоспособности.

Для формирования общепрофессиональных и профессиональных компетенций обучающийся должен владеть:

- | | |
|---|---|
| • методами общеклинического обследования больных с заболеваниями печени (ПК-13); | • методами общеклинического обследования больных РПЖ; |
| • интерпретацией результатов лабораторных и инструментальных методов диагностики ХГ (ОПК-5, ПК-14) | • интерпретацией результатов лабораторных и инструментальных методов диагностики РПЖ; |
| • алгоритмом развернутого клинического диагноза ХГ по современной классификации (ОПК-5, ПК-14); | • алгоритмом развернутого клинического диагноза по современной классификации; |
| • основными врачебными лечебными мероприятиями при ХГ (ОПК-7) | • алгоритмом диагностики РПЖ и дифференциальной диагностики |
| • алгоритмом диагностики и интенсивной терапии при печеночной энцефалопатии, геморрагическом синдроме (ОПК-7) | • методами оказания неотложной помощи при осложнениях РПЖ, панкреатитах. |
| • правильным ведением медицинской документации | |

(медицинская карта
стационарного больного)
(ОПК-5, ПК-14)

- навыками врачебной этики и медицинской деонтологии.

Для формирования общепрофессиональных и профессиональных компетенций обучающийся должен уметь:

- собрать анамнез у больного ХГ, по характерным анамнестическим данным определить этиологическую форму гепатита (вирусный, аутоиммунный, лекарственный и др.);
- провести общий осмотр и физикальное обследование органов желудочно-кишечного тракта (пальпация, перкуссия, аускультация) у больного с ХГ;
- сформулировать клинический диагноз согласно классификации ХГ, принятой на Всемирном конгрессе гастроэнтерологов в Лос-Анджелесе (1994) и по МКБ 10- пересмотра;
- назначить дополнительные методы исследования и дать оценку их результатам;
- провести дифференциальный диагноз со сходными заболеваниями (цирроз печени, рак печени, функциональные гипербилирубинемии и др.);
- назначить лечение (медикаментозное и физиотерапевтическое);
- провести экспертизу трудоспособности больного.

18.Материалы для самоподготовки к освоению данной темы:

1. Этиология и патогенез развития ХГ.
2. Факторы риска развития различных вариантов ХГ.
3. Классификация ХГ.
4. Клиническая картина ХГ.
5. Лабораторные данные, показатели УЗИ, КТ, МРТ сканограммы, гистологии при ХГ.
6. Дифференциальный диагноз при различных видах гепатитов, циррозе и раке печени.
7. Алгоритм обследования больного с ХГ
8. Принципы этиотропной и патогенетической терапии при ХГ.
9. Лечение и профилактика ХГ.

19.Вид занятия: практическое занятие.

20.Продолжительность занятия: 2 академических часа (1 часть 4-часового занятия)

21.Оснащение:

6.1. Дидактический материал (видеофильмы, тренинговые и контролирующие компьютерные программы, мультимедийные атласы и ситуационные задачи);

6.2. ТСО (компьютеры, видеодвойка, мультимедийный проектор)

7. Содержание занятия:

7.1. Контроль исходного уровня знаний и умений

Тестовые задания с одним правильным ответом

1. РЕШАЮЩИМ В ПОСТАНОВКЕ ДИАГНОЗА "ХРОНИЧЕСКИЙ ГЕПАТИТ" ЯВЛЯЕТСЯ (ОПК-5, ПК-13, ПК-14)

- 1) перенесенный вирусный гепатит
- 2) данные гистологического исследования печени
- 3) наличие в крови противовирусных антител
- 4) периодический субфебрилитет, иктеричность, боли в правом подреберье, умеренная гепатомегалия

Эталон ответа: 2

2. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С (НСV) НЕВЕРНО СЛЕДУЮЩЕЕ ПОЛОЖЕНИЕ (ОПК-5, ПК-13, ПК-14):

- 1) развивается как исход острого гепатита С у 50% больных
- 2) активность патологического процесса ассоциируется с персистенцией и репликацией вируса в гепатоците
- 3) клиническая картина характеризуется умеренно выраженными астеническим и диспепсическим синдромами
- 4) при гистологическом исследовании печени выявляются матовостекловидные гепатоциты
- 5) внепеченочные проявления встречаются редко

Эталон ответа:5

3. ПОКАЗАНИЕ ДЛЯ ИММУНОСУПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ

ХРОНИЧЕСКИХ ГЕПАТИТАХ (ОПК-7):

- 1) хронический вирусный гепатит с минимальной активностью
- 2) хронический аутоиммунный гепатит
- 3) лекарственный гепатит
- 4) новообразование печени

Эталон ответа: 2

7.2. Разбор с преподавателем узловых вопросов, необходимых для освоения темы занятия.

Разбор с преподавателем узловых вопросов, необходимых для освоения темы занятия.

1. Дайте определение ХГ. (ПК-13)
2. Каковы факторы риска развития хронического вирусного, лекарственного, аутоиммунного гепатитов? (ПК-13,)
3. Назовите основные общие факторы патогенеза ХГ (ПК-13)
4. Что лежит в основе классификации ХГ? (ОПК-5, ПК-13, ПК-14)
5. Какие патоморфологические, гистологические изменения наблюдаются в печени, ОПК-5, ПК-13, ПК-14)
6. Основные клинические проявления ХГ. (ОПК-5, ПК-13, ПК-14)
7. Назовите основные методы выявления и дифференциальной диагностики ХГ (ОПК-5, ПК-13, ПК-14)
8. Охарактеризуйте осложнения ХГ (ОПК-5, ПК-13, ПК-14).
11. Постройте алгоритм ведения больного при выявлении ХГ (ОПК-7)
12. Принципы лечения вирусного, аутоиммунного, лекарственного ХГ (ОПК-7).
13. Неотложная помощь при осложнениях печеночной энцефалопатии, геморрагическом синдроме (ОПК-7).
14. Профилактика ХГ.

7.3. Демонстрация преподавателем методики практических приемов по данной теме.

Методы физикального обследования больного с заболеваниями печени (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация). Интерпретация типичных общего, биохимического и иммунологического анализов крови, УЗИ ОБП, ЭРПХГ, КТ, МРТ органов брюшной полости

7.4. Самостоятельная работа обучающихся под контролем преподавателя: курация тематических больных, посещение с больными лечебных и диагностических кабинетов, анализ результатов дополнительных исследований, оформление истории болезни больного; работа с обучающими компьютерными программами, учебным аудиоматериалом, мультимедийным атласом, просмотр учебного видеофильма.

7.5. Контроль конечного уровня усвоения темы:

Подготовка к выполнению практических приемов по теме занятия.

Разбор проведенной курации больных с ХГ, выполненных диагностических исследований и лечебных манипуляций. Демонстрация полученных практических навыков по обследованию и лечению больных. Разбор вопросов лечения курируемых больных ХГ.

Материалы для контроля уровня освоения темы: тесты, ситуационные задачи.

Тестовые задания с подбором соответствия (для каждого вопроса, пронумерованного цифрой, подберите один соответствующий ответ, обозначенный буквой, один и тот же ответ может быть использован один раз, два раза или не использован ни разу):

УКАЖИТЕ МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ УКАЗАННЫХ СРЕДСТВ ПРИ ХГ (ОПК-7):

- | | |
|---|--|
| 1. Ретаболил | А. Улучшают обмен в печеночных клетках
(гепатопротекторы) |
| 2. эссенциале, гептрал, карсил, фосфоглив | Б. Противовирусное |
| 3. велферон, роферон А, пегасис | В. Дезинтоксикационное |
| 4. 5% раствор глюкозы, реамберин | Г. Способствует процессам синтеза белков |

5. преднизолон, делагил, азатиоприн Д. Противовоспалительное и иммуносупрессивное

Эталон ответа: 1Г, 2А, 3Б, 4В, 5Д

Тестовые задания с одним или несколькими правильными ответами (выберите один или несколько правильных ответов):

1. ИНФОРМАТИВНЫЕ ТЕСТЫ, СВИДЕТЕЛЬСТВУЮЩИЕ
ОБ АКТИВНОСТИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ (ОПК-5, ПК-13,6):

- 1) определение сывороточных антител к вирусам класса М, G
- 2) определение в крови вирусных антигенов
- 3) определение вирусных ДНК/РНК в крови
- 4) определение содержания трансаминаз в крови

Эталон ответа: 1,2,3,4;

2. ХАРАКТЕРНЫЕ ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ХГ (ОПК-5, ПК-13, ПК-14)

- 1) лимфоидно-клеточная инфильтрация портальных трактов.
- 2) расширение желчных капилляров.
- 3) очаги некроза гепатоцитов.
- 4) наличие очагов фиброза
- 5) верно 1 и 3

Эталон ответа: 1,2,3,4;

3. ПЕЧЕНЬ - ЕДИНСТВЕННОЕ МЕСТО СИНТЕЗА (ПК-13):

- 1) альбуминов
- 2) фибриногена
- 3) протромбина

4) проконвертина

5) эритропоэтина

Эталон ответа: 1,2,3,4

Образец типовой ситуационной задачи

Больной С., 26 лет, обратился с жалобами на чувство тяжести, дискомфорт в правом подреберье, слабость, повышенную утомляемость, незначительное повышение Т (до 37,2°).

Впервые подобные жалобы возникли полгода назад, но больной к врачам не обращался, не лечился. В течение последней недели заметил появление небольшой желтушности кожи, в связи с чем, обратился к участковому врачу.

В анамнезе больного: эпизод внутривенной наркомании, злоупотребление алкоголем отрицает, инфекционный гепатит в детстве отрицает, имеет длительный стаж курения, отмечает нерегулярное питание, частое употребление жирной, жареной пищи.

При осмотре: состояние средней тяжести, отмечается субиктеричность кожи и склер. По органам грудной клетки без особенностей. Живот при поверхностной пальпации мягкий, болезненный, в правом подреберье пальпируется край печени, гладкий, положителен симптом Кера. Размеры печени по Курлову 12 x 10 x 9см. Селезенка не пальпируется. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон.

Было проведено обследование:

общий анализ крови: гемоглобин – 125г/л, эритроциты 4,6 x 10/л лейкоциты – 9,6 x 10/л, лейкоцитарная формула без особенностей, СОЭ – 25мм/ч. Анализ мочи: уд. вес – 1012, белка, глюкозы нет, лейкоциты – 2 – 4 в поле зрения, эритроцитов нет, желчные пигменты отрицательны.

По данным биохимии крови общий белок -75г/л, общий билирубин – 45 ммоль/л, АЛТ -226 ед, АСТ-80 ед., глюкоза – 4,1 ммоль/л, креатинин – 98 мкмоль/л.

По результатам УЗИ ОБП выявлена умеренная гепатомегалия, утолщение стенок желчного пузыря до 4мм

Задание:

1. Выделите клинические синдромы (ОПК-5, ПК-14).
2. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз (ОПК-5, ПК-14)
3. Какие факторы риска поражения печени имеются у больного? (ПК-13)
4. Сформулируйте алгоритм дальнейших исследований (ОПК-5, ПК-14)
5. Назовите основные серологические маркеры вирусных гепатитов В и С (ОПК-5, ПК-14)
7. Назначьте необходимое лечение (ОПК-7)

40. Место проведения самоподготовки:

читальный зал, учебная комната для самостоятельной работы обучающихся, учебная лаборатория, палаты больных, кабинеты функциональной диагностики, модуль практических навыков, компьютерный класс.

41. Учебно-исследовательская работа обучающихся по данной теме:

1. Составить реферативное сообщение о современных методах диагностики и лечения аутоиммунного.
2. Составить реферативное сообщение по диагностике и лечению лекарственного гепатитов.
3. Анализ историй болезни, интерпретация результатов УЗИ, лабораторных показателей, КТ, сканирования печени по материалам клинической базы кафедры.

16. Тема: «Циррозы печени» 2 часа, 2 часть 4-часового занятия

Актуальность. Цирроз печени (ЦП) – хроническое полиэтиологическое прогрессирующее заболевание, протекающее с поражением паренхиматозной и интерстициальной ткани органа с некрозом и дистрофией печеночных клеток, узловой регенерацией и диффузным разрастанием соединительной

ткани, нарушением архитектоники органа и развитием той или иной степени недостаточности функции печени.

В экономически развитых странах цирроз печени входит в число шести основных причин смерти в возрасте 35–60 лет и составляет от 14 до 30 случаев на 100000 населения. В мире ежегодно умирают 40 млн. человек от вирусного цирроза печени и гепатоцеллюлярной карциномы, развивающейся на фоне носительства вируса гепатита В. В странах СНГ ЦП встречается у 1% населения.

16.2. Учебные цели: изучение этиологии, патогенеза, клиники, классификации, современных методов диагностики, лечения и профилактики ЦП, овладение практическими умениями и навыками диагностики, лечения ЦП, диагностики и оказания неотложной помощи при осложнениях ЦП; формирование общепрофессиональных и профессиональных компетенций, ОПК-5, ОПК-7, ПК-13, ПК-14, ассоциированных с трудовыми функциями А/01.7, А/02.7, А/03.7.

Для формирования общепрофессиональных и профессиональных компетенций обучающийся должен знать:

- современную этиологию и патогенез ЦП;
- классификацию ЦП по современной классификации циррозов печени;
- морфологические формы ЦП;
- клинические и морфологические синдромы ЦП;
- патогенез портальной гипертензии и асцита;
- патогенез, клинические и лабораторные синдромы печеночной недостаточности;
- показатели дополнительных методов исследований (рентгеноскопия, общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови, коагулограмма, иммунологическое исследование, УЗИ, ФГС, ректороманоскопия, сканирование печени, биопсия печени, лапароскопия);
- принципы лечения и профилактики ЦП, терапевтические дозы препаратов;
- осложнения ЦП

Для формирования профессиональных компетенций обучающийся должен владеть:

- методами общеклинического обследования больных с ЦП (ПК-13);
- интерпретацией результатов лабораторных и инструментальных методов диагностики ЦП (ОПК-5, ПК-14);
- алгоритмом развернутого клинического диагноза по современной классификации (ОПК-5, ПК-14)
- основными врачебными лечебными мероприятиями при ХГ (ОПК-7)
- алгоритмом диагностики и интенсивной терапии при печеночной энцефалопатии, геморрагическом синдроме (ОПК-7)
- правильным ведением медицинской документации (медицинская карта стационарного больного) (ОПК-5, ПК-14)
- навыками врачебной этики и медицинской деонтологии

Для формирования общепрофессиональных и профессиональных компетенций обучающийся должен уметь:

- собрать анамнез заболевания и жизни у больного ЦП, выявить факторы риска развития заболевания;
- провести осмотр и физикальное обследование больного с хроническими заболеваниями печени и желчных путей (пальпация, перкуссия, аускультация);
- сформулировать диагноз согласно современной классификации;
- назначить дополнительные методы исследования и дать оценку их результатам;
- провести дифференциальный диагноз со сходными заболеваниями печени (хронический гепатит, жировой гепатоз, функциональные гипербилирубинемии);
- назначить лечение;
- назначить первичные и вторичные профилактические мероприятия и др.

22.Материалы для самоподготовки к освоению данной темы:

1. Этиология и патогенез развития ЦП.
2. Факторы риска развития ЦП.
3. Классификация ЦП.
4. Клиническая картина ЦП.
5. Лабораторные данные, показатели ОАК, ОАМ, б/х крови, результаты ФГС, УЗИ ОБП и др.
6. Дифференциальный диагноз.
7. Принципы лечения ЦП.

8. Профилактика ЦП.

23. **Вид занятия:** практическое занятие.

24. **Продолжительность занятия:** 2 часа - 2 часть 4 часового занятия

6. Оснащение:

6.1. Дидактический материал (учебные видеофильмы, тренинговые и контролирующие компьютерные программы, мультимедийные атласы и ситуационные задачи);

6.2. ТСО (компьютеры, мультимедийный проектор)

7. Содержание занятия:

7.1. Контроль исходного уровня знаний и умений.

Тестовые задания с одним правильным ответом.

1. ПОКАЗАТЕЛИ, КОТОРЫЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ О НАЛИЧИИ ГИПЕРСПЛЕНИЗМА ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ (ОПК-5, ПК-13, ПК-14)

- 1) Абсолютный и относительный лимфоцитоз
- 2) Анемия и тромбоцитопения с лейкоцитозом
- 3) Анемия с лейкоцитозом и тромбоцитозом
- 4) Тромбоцитопения и выраженный геморрагический диатез
- 5) Умеренная панцитопения

Эталон ответа: 5

2. ГЕПАТОМЕГАЛИЯ, СПЛЕНОМЕГАЛИЯ И МЕЛЕНА ВЫЗЫВАЮТ ПОДОЗРЕНИЕ (ОПК-5, ПК-13, ПК-14):

- 1) На кровоточащую язву 12-ти перстной кишки
- 2) На кровоточащие вены пищевода при циррозе печени
- 3) На тромбоз мезентериальной артерии
- 4) На неспецифический язвенный колит
- 5) На кровоточащие язвы желудка

Эталон ответа: 2

3. ЗАБОЛЕВАНИЕ, ПРИ КОТОРОМ СИНДРОМ ЦИТОЛИЗА ВЫРАЖЕН В НАИБОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ (ОПК-5, ПК-13, ПК-14)

- 1) Наследственный сфероцитоз
- 2) Синдром Жильбера
- 3) Хронический активный гепатит

- 4) Желчнокаменная болезнь
- 5) Цирроз печени

Эталон ответа: 3

4. ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ КЛАССИЧЕСКИМ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ИММУНОДЕПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ (ОПК-7):

- 1) Вторичный билиарный цирроз.
- 2) Хронический активный гепатит.
- 3) Хронический персистирующий гепатит.
- 4) Новообразование печени.
- 5) Ни одно из перечисленных состояний.

Эталон ответа: 2

5. ПОДБЕРИТЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ПРИЗНАКИ АЛКОГОЛЬНОГО ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ (ОПК-5, ПК-13, ПК-14):

- 1) Раннее развитие желтухи.
- 2) Раннее поражение ЦНС.
- 3) Раннее развитие портальной гипертензии и позднее желтухи и печеночной недостаточности.
- 4) Наличие антимитохондриальных антител и увеличении активности ЩФ.
- 5) Пигментация кожи и увеличение уровня железа в крови

Эталон ответа: 3

7.2. Разбор с преподавателем узловых вопросов, необходимых для освоения темы занятия.

1. Как определить понятие «Цирроз печени»? (ОПК-5)
2. На чем основана классификация циррозов печени? (ОПК-5)
3. Каковы представления о патогенезе ЦП? (ОПК-5, ПК-13, ПК-14)
4. Какие морфологические формы ЦП выделяют? (ОПК-5, ПК-13, ПК-14)
5. Каковы основные клинические синдромы при ЦП? (ОПК-5, ПК-13, ПК-14)
6. Чем характеризуется портальная гипертензия? Каков патогенез портальной гипертензии и асцита? (ОПК-5, ПК-13, ПК-14)
7. Каковы клинические особенности ЦП вирусной этиологии? (ОПК-5, ПК-13, ПК-14)

8. Что характерно для патоморфологической картины алкогольного ЦП? (ОПК-5, ПК-13, ПК-14)
9. Как определить билиарный ЦП и какова его клиническая характеристика? (ОПК-5, ПК-13, ПК-14)
10. Какие лабораторные синдромы имеют место при ЦП? (ОПК-5, ПК-13, ПК-14)
11. Какие дополнительные методы исследования используются для диагностики ЦП? (ОПК-5, ПК-13, ПК-14)
12. Какие известны осложнения ЦП? (ОПК-7)
13. Каковы принципы лечения ЦП? (ОПК-7)

7.3. Демонстрация преподавателем методики практических приемов по данной теме.

Методы физикального обследования больного ЦП по органам и системам (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация). Интерпретация данных дуоденограмм, копроцитограмм, рентгеноскопии, общих анализов крови, мочи, биохимического анализа крови, иммунологического исследования, УЗИ, ФГС, ректороманоскопии, сканирования печени, биопсии печени, лапароскопии при ЦП.

7.4. Самостоятельная работа обучающихся под контролем преподавателя: курация тематических больных, посещение с больными лечебных и диагностических кабинетов, анализ результатов дополнительных исследований, оформление истории болезни больного; работа с обучающими компьютерными программами, учебным аудиоматериалом, мультимедийным атласом, просмотр учебного видеофильма.

7.5. Контроль конечного уровня усвоения темы:

Подготовка к выполнению практических приемов по теме занятия. Разбор проведенной курации больных, выполненных диагностических исследований и лечебных манипуляций. Демонстрация полученных практических навыков по обследованию и лечению больных. Разбор вопросов лечения курируемых больных ЦП.

Материалы для контроля уровня освоения темы: тесты, ситуационные задачи.

Тестовые задания с подбором соответствия (для каждого вопроса, пронумерованного цифрой, выберите один соответствующий ответ,

обозначенный буквой, один и тот же ответ может быть использован один раз, два раза или не использован ни разу):

ПРИЧИНЫ ПОЯВЛЕНИЯ СЛЕДУЮЩИХ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ ПРИ ЦП (ОПК-5):

1. Боли в области печени.	А. Нарушение пищеварения и всасывания в ЖКТ, нарушение синтеза белка в печени.
2. Похудание, истощение больного.	Б. Гепатомегалия, появление очагов некроза, вовлечение в процесс участков капсулы.
3. Желтуха.	В. Гепатоцеллюлярная недостаточность в связи с дистрофией и некрозом гепатоцитов.
4. Телеангиэктазии.	Г. Повышение в крови эстрогенов, не разрушающихся в печени
5. Пальмарная эритема	

Эталон ответа: 1Б, 2А, 3В, 4Г, 5Д

Тестовые задания с одним или несколькими правильными ответами (выберите один или несколько правильных ответов):

1. ГИПЕРСПЛЕНИЗМ ЭТО (ОПК-7):

- 1) Увеличение селезенки в размерах
- 2) Уменьшение количества в периферической крови только тромбоцитов
- 3) Уменьшение количества в периферической крови только гранулоцитов
- 4) Уменьшение количества в периферической крови тромбоцитов, эритроцитов и гранулоцитов

Эталон ответа: 1, 4

2. ХАРАКТЕРНЫЕ ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ЦП (ПК-13)

- 1) наличие узлов регенерации и септ.
- 2) расширение желчных капилляров.
- 3) очаги некроза гепатоцитов.
- 4) наличие очагов фиброза

3. ПРИЗНАКИ АЛКОГОЛЬНОГО ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ (ОПК-5, ПК-14)

- 1) мелкие узлы регенерации
- 2) крупные узлы регенерации
- 3) ранняя портальная гипертензия
- 4) варикоз вен пищевода и желудка

Эталон ответа 1,3,4

Образец типовой задачи

Больная Л., 40 лет, домохозяйка, обратилась в клинику с жалобами на интенсивный зуд кожи преимущественно в вечернее время, незначительное увеличение в размерах живота, похудание за 2 года на 20 кг.

Считает себя больной около 3 лет, когда впервые появился кожный зуд, по поводу которого длительное время лечилась у дерматолога без эффекта. В связи с прогрессирующим ухудшением состояния обратилась в поликлинику по месту жительства. Госпитализирована для обследования и подбора терапии.

Вредные привычки: не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Профессиональных вредностей не имеет. Семейный анамнез: мать, 67 лет, страдает ИБС: стенокардией II ФК, ГБ, Отец погиб в 50 лет в результате аварии.

Аллергологический анамнез не отягощен.

При осмотре: состояние средней тяжести. Больная пониженного питания. Кожные покровы и склеры желтушные. Ксантелазмы век. Пергаментность кожи на стопах и голенях, большое количество расчесов. Периферических отеков нет.

Частота дыхательных движений – 17 в минуту. Конституция нормостеническая. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. Аускультативно в легких везикулярное дыхание, хрипов нет, бронхофония не изменена.

Границы относительной тупости сердца определяются в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс – 78 уд/мин, удовлетворительного наполнения. АД – 140/90 мм рт. ст.

Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Нижний край печени выступает из-под края реберной дуги на 4 см. Размеры печени по Курлову – 12 x 10 x 10 см. Селезенка не пальпируется.

Стул объемный, пенистый. Мочеиспускание в норме.

Общий анализ крови: Нб – 130г/л, эритроциты – 3700000, лейкоциты – 7800, палочкоядерные – 3%, сегментоядерные – 78%, лимфоциты – 17%, моноциты – 5%, тромбоциты – 150000, СОЭ – 36 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок – 7,8г/л, альбумин – 40,0%, холестерин – 7,8ммоль/л, мочевины – 6,1ммоль/л, креатинин – 101мкмоль/л, глюкоза – 5,8ммоль/л, общий билирубин – 182ммоль/л, прямой билирубин – 162 ммоль/л, К – 4,1 мэкв/л, Na – 145 мэкв/л, АЛТ – 52Ед/л, АСТ – 48Ед/л, ЩФ – 720Ед/л, ГГТП – 460Ед/л.

Маркеры вирусных гепатитов не обнаружены.

Копрология: консистенция мягкая, форма оформленная, цвет коричневый, мышечные волокна: с исчерченностью – немного, без исчерченности – немного, жир нейтральный – обнаружен; мыла в небольшом количестве, растительная неперевариваемая клетчатка – много; крахмал, иодофильная флора не обнаружены; дрожжевых грибов нет.

УЗИ органов брюшной полости; увеличение размеров печени и умеренная спленомегалия, умеренное расширение воротной вены, общий желчный проток не расширен, небольшое количество свободной жидкости в брюшной полости.

ФГДС: пищевод не изменен. Хронический гастрит.

Задание:

1. Сформулируйте предварительный диагноз (ОПК-5, ПК-14).
2. Какие методы обследования необходимы для верификации предварительного диагноза (ОПК-5, ОПК-14).
3. Какие препараты используют для купирования кожного зуда? (ОПК-7)
4. Обоснуйте назначение витаминов А, Д, Е, К у данной больной (ОПК-7).

42. Место проведения самоподготовки: читальный зал, учебная комната для самостоятельной работы студентов, учебная лаборатория, палаты больных, кабинеты функциональной диагностики, модуль практических навыков, компьютерный класс.

43. Учебно-исследовательская работа обучающихся по данной теме:

1. Составить реферативное сообщение о современных группах фармакологических средств для лечения ЦП.
2. Составить реферативное сообщение по неотложной помощи при осложнениях ЦП.
3. Анализ историй болезни, интерпретация лабораторных анализов больных с ЦП по материалам клинической базы кафедры.

17. Тема: «Хронический панкреатит Актуальность.»

Хронический панкреатит (ХП). Хронический панкреатит – длительное воспалительное заболевание поджелудочной железы, проявляющееся необратимыми морфологическими изменениями, которые вызывают боль и/или стойкое снижение функции. Частота ХП в Европе составляет 25,0-26,4 случаев на 100 тыс. населения. Заболеваемость ХП в развитых странах колеблется в пределах 5-10 случаев на 100 тыс. населения. Заболеваемость в мире в целом -1,6-23 случаев на 100000 населения в год. В мире наблюдается тенденция к увеличению заболеваемости острым и хроническим панкреатитом, за последние 30 лет - более чем в 2 раза. Обычно ХП развивается в зрелом возрасте (35–50 лет); в развитых странах средний возраст с момента установления диагноза снизился с 50 до 39 лет, среди заболевших на 30% увеличилась доля женщин; первичная инвалидизация больных достигает 15%. Летальность после первичного установления диагноза ХП составляет до 20% в течение первых 10 лет и более 50% - через 20 лет, составляя в среднем 11,9%. 15–20% больных ХП погибают от осложнений, возникающих во время обострений панкреатита, другие — вследствие вторичных нарушений пищеварения и инфекционных осложнений. Распространенность ХП в структуре заболеваемости среди лиц трудоспособного возраста определяет актуальность своевременной диагностики, рационального лечения и профилактики.

17.2. Учебные цели: изучение этиологии, патогенеза, клиники, классификации, современных методов диагностики, лечения и профилактики ХП; овладение врачебными навыками диагностики и лечения ХП; диагностики и оказания неотложной и экстренной медицинской помощи при осложнениях болезни, проведения дифференциального диагноза; формирование общепрофессиональных и профессиональных компетенций, ОПК-5, ОПК-7, ПК-13, ПК-14, , ассоциированных с трудовыми функциями А/01.7, А/02.7, А/03.7.

Для формирования общепрофессиональных и профессиональных компетенций обучающийся должен знать:

- анатомо-физиологические особенности органов желудочно-кишечного тракта;
- эпидемиологию ХП;
- современную этиологию, факторы риска и патогенез ХП;
- современную классификацию ХП;
- клинические проявления, осложнения и исходы ХП;
- диагностические критерии ХП: (показатели общего анализа крови, мочи, кала, копроцитограммы, определение ферментов поджелудочной железы в сыворотке крови и моче, определение активности эластазы-1 в кале, определение эластазы в кале иммуноферментным методом (с помощью моноклональных антител), определение ферментов и бикарбонатной щелочности в дуоденальном соке до и после стимуляции панкреатической секреции), секретин-панкреозиминный (церулеиновый) тест, ПАБК-тест (бентираминовый), Лунд-тест, прозерин-тест – Исследование эндокринной функции ПЖ-
– определения концентрации гликозилированного гемоглобина

A_{1C} (Hb_{A1c}), уровня глюкозы крови натощак или проведения нагрузочной пробы с глюкозой, оценка нутритивного статуса (редукция массы тела-маркер риска развития трофологической недостаточности),

рентгенологические методы исследования (обзорная рентгенография органов брюшной полости, рентгенологическое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки с контрастированием, дуоденография в условиях гипотонии, метод рентгеновской денситометрии, трансабдоминальное УЗИ (первичный скрининг), эндоскопическое ультразвуковое исследование (ЭУЗИ), компьютерная томография органов брюшной полости: мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ), магнитно-резонансная томография МРТ: магнитнорезонансная панкреатохолангиография (МРПХГ),

эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ), внутривенная холеграфия, радионуклидная холецистография, УЗИ с прицельной биопсией поджелудочной железы, ангиография сосудов поджелудочной железы;

- дифференциальную диагностику;
- фармакологические свойства основных лекарственных препаратов в лечении ХП;
- неотложную и экстренную медицинскую помощь в период выраженного обострения и других осложнений, ассоциированных с ХП;
- меры профилактики ХП.

Для формирования общепрофессиональных и профессиональных компетенций обучающийся должен владеть:

- методами общеклинического обследования больных ХП (ПК-13);
- интерпретацией результатов лабораторных и инструментальных методов диагностики (ОПК-5, ПК-14);
- алгоритмом развернутого клинического диагноза по современным классификациям (ОПК-5, ПК-14);
- алгоритмом постановки предварительного диагноза с последующим направлением пациента к соответствующему врачу-специалисту (ОПК-5, ПК-14)
- основными врачебными лечебными мероприятиями при ХП (ОПК-7);
- алгоритмом диагностики и интенсивной терапии при неотложных и угрожающих жизни состояниях (гиповолемический шок, некрозы поджелудочной железы, ДВС-синдром, сепсис, желтуха, псевдокисты, секреторная недостаточность с синдромом мальабсорбции, выпот в плевральную, перикардальную, брюшную полость) (ОПК-7)
- правильным ведением медицинской документации (медицинская карта стационарного больного) (ОПК-5, ПК-14);
- навыками врачебной этики и медицинской деонтологии. (ПК-13).

Для формирования общепрофессиональных и профессиональных компетенций обучающийся должен уметь:

- определить статус пациента: собрать анамнез заболевания и жизни у больного ХП, провести опрос пациента или его родственников, провести физикальное обследование пациента с ХП по органам и системам (осмотр, пальпация, аускультация), выявить факторы риска развития заболевания;
- поставить предварительный и наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза у больного с ХП;
- интерпретировать результаты наиболее распространенных методов лабораторной и инструментальной диагностики, применяемых для выявления ХП;
- сформулировать клинический диагноз с учетом МКБ-10 и современных клинических классификаций с указанием основного диагноза, его осложнений и сопутствующих заболеваний;
- назначить дополнительные методы исследования и дать оценку их результатам;
- провести дифференциальный диагноз с другими заболеваниями поджелудочной железы и органов желудочно-кишечного тракта;
- назначить лечение (медикаментозное и физиотерапевтическое);
- оказать неотложную помощь в период выраженного обострения ХП;
- провести экспертизу трудоспособности больного
- назначить меры профилактики ХП.

25. Материалы для самоподготовки к освоению данной темы:

Вопросы для самоподготовки:

42. Анатомо-физиологические особенности пищеварительной системы.

43. Патоморфологические проявления ХП

44. Этиология и патогенез развития ХП.

45. Факторы риска развития ХП.

46. Основные патогенетические звенья формирования и прогрессирования хронического панкреатита.

47. Классификация ХП.

48. Клиническая картина ХП.

49. Критерии установления диагноза.

50. Принципы лечения ХП.

51. Профилактика ХП.

26. **Вид занятия:** практическое занятие.

27. **Продолжительность занятия:** 4 академических часа

6. Оснащение:

6.1. Дидактический материал (видеофильмы, тренинговые и контролируемые компьютерные программы, мультимедийные атласы и ситуационные задачи);

6.2. ТСО (компьютеры, видеодвойка, мультимедийный проектор)

7. Содержание занятия:

7.1. Контроль исходного уровня знаний и умений

Тестовые задания с одним правильным ответом

1. МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ, КОТОРЫЙ ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ТОЧНЫМ ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ ДИАГНОЗА ХП МИНИМАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ (ПК-13)

1. МРХПГ

2. ЭУЗИ органов брюшной полости

3. МРХПГ со стимуляцией секретинном

4. ЭРХПГ

Эталон ответа: 3

Образец типовой ситуационной задачи

К участковому терапевту обратилась женщина в возрасте 57 лет с жалобами на остоянную давящую боль в области эпигастрия опоясывающего характера с иррадиацией в спину, левую лопатку, которые усиливались спустя 30- 40 минут после приема жирной, острой пищи, а также алкоголя. Боль утихала, если пациентка находилась в сидячем или в наклоненном положении. Пациентка отмечает похудение (мало ела, так как боялась болевых ощущений), сухость кожи, отрыжку воздухом, вздутие живота, метеоризм, часто стал беспокоить стул (кашицеобразный, «плохосмываемый» стул со зловонным запахом, диарея).

Пациентка считает себя больной на протяжении 5 лет, не обращалась к врачу, так как такие симптомы были эпизодическими и не придавала этому большое значение, боль купировала анальгетиками (Анальгин, Кетонал), спазмолитиками (но-шпа).

пациентка работает на заводе, злоупотребляет алкоголем на протяжении 10 лет, принимает ежедневно более 100 мл, питание нарушено, нерегулярное (часто пропускает приемы пищи). Часто принимала НПВС (кетонал, ибупрофен)

Анамнез заболевания: почувствовала ухудшение 1,5 месяца назад, стали беспокоить постоянные давящие боли в области эпигастрия опоясывающего характера с иррадиацией в спину, левую лопатку, которые усиливались через 30-40 мин после приема жирной, острой пищи и алкоголя, боль не купировалась анальгетиками и спазмолитиками, стали беспокоить похудение, сухость кожи, отрыжка воздухом, метеоризм, а также кашицеобразный «плохосмываемый» стул.

Объективный осмотр: пониженная масса тела (рост 175, вес 59 кг, ИМТ=19 кг/м²). Кожные покровы сухие, слабой эластичности, тургор снижен. Кожные покровы живота усыпаны «рубиновыми» капельками (пятна Тужилина). Ногтевые пластинки не изменены. Видимые слизистые бледно-розового цвета. Язык бардового цвета, суховат. Подкожно-жировая клетчатка развита слабо. Отёков нет. Видимые слизистые бледно-розового цвета. При аускультации легких: дыхание везикулярное, хрипы отсутствуют. ЧД 17 в минуту. При аускультации сердца: тоны сердца звучные, ритм тонов правильный. АД 125/85 мм.рт.ст. Пульс 80 ударов в минуту, ритмичный, не напряжен, удовлетворительного наполнения, одинаковый на обеих руках. Пальпация области сердца: верхушечный толчок не пальпируется. При осмотре живота: округлой формы, симметрично участвует в акте дыхания, присутствует атрофия подкожной жировой клетчатки в проекции поджелудочной железы (*симптом Грота*); при перкуссии живота- высокий тимпанит вследствие вздутия живота.

При пальпации живота: отмечается болезненность в зоне Губергрица-Скульского, точке Губергрица; симптом Мейо-Робсона (боль при надавливании в левом реберно-позвоночном углу), положительный симптом Кача (кожная гиперестезия в зоне иннервации VIII грудного сегмента слева), также отмечается болезненность в зоне Шоффара. При глубокой пальпации патологии со стороны толстой кишки, печени не выявлено. Щитовидная железа не увеличена, селезенка не пальпируется. Размеры печени по Курлову – 10 x 9 x 8 см. Нижний край печени мягкий, ровный, безболезненный. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Диурез не нарушен, регулярный. Стул: диарея, кашицеобразный, обильный, 3-6 раз в сутки, зловонный, с жирным блеском, плохо смывается с унитаза, содержит непереваренные частицы пищи.

Лабораторные и инструментальные исследования:

- **ОАК:** HGB - 130 г/л, тромбоциты 300000тыс. в1 мкл, СОЭ-23 мм/ч, WBC- $12 \cdot 10^{12}$ /л (палочкоядерные нейтрофилы – 8%, сегментоядерные нейтрофилы – 68%, эозинофилы – 2%, лимфоциты – 20%, моноциты – 2%)

- **БАК:** α -амилазы-420МЕ/л, липаза-270 МЕ/л, трипсина 120мкг/л(N=10-60), γ -глобулинов-29%, серомукоид 400 ЕД, глюкоза 4,5 ммоль/л, СРБ повышен

- **диастаза мочи 256 ед/л**

-**Копроцитограмма:** мазеподобная консистенция, непереваренная клетчатка, креаторея, стеаторея, амилорея.

-**панкреозиминный тест:** уровень панкреатических ферментов в сыворотке крови по сравнению с исходным возрос на 50%.

-**УЗИ трансабдоминальное:** неоднородность структуры поджелудочной железы с участками повышенной эхогенности, наличие кальциевых конкрементов диаметром 5 см.

- **Мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ):** атрофия железы, наличие конкрементов в протоках, дилатация ГПП, интра- и перипанкреатические кисты, утолщение перипанкреатической фасции.

- **Эндоскопическое ультразвуковое исследование(ЭУЗИ):** Эхогенные структуры ≥ 2 мм в длину и ширину с тенью; эхогенные структуры в ГПП с акустической тенью, 3 аноэхогенные структуры цилиндрической формы, каждая ≥ 1 мм в ширину, идущих от ГПП (расширение боковых протоков), расширение ГПП: 4,0 мм в теле или 1,8 мм в хвосте, имеется неровность контуров ГПП и тенденция к его расширению.

- **МРТ (МРХПГ)** с высокой точностью определяет структуры, заполненные жидкостью: главный панкреатический проток и псевдокисты.

-**анализ на гликозилированный гемоглобин: 6,4%**

-**Дуоденография в условиях гипотонии-** на обзорной рентгенограмме-обызвествление поджелудочной железы;

-**Определение панкреатической эластазы кала-155мкг/г кала**

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз по классификации ВОЗ. Какие факторы риска имеются у пациента? (ОПК-5, ПК-14)

2. Перечислите клинические синдромы. (ОПК-5, ПК-14)

3. Каковы патогенетические механизмы заболевания у данной больной?

(ПК-13)

4. Определите степень тяжести экзокринной недостаточности. (ПК-13)

5. Назначьте и обоснуйте лекарственную терапию. (ОПК-7)

6. Дайте рекомендации по образу жизни. (ОПК-5, ПК-14)

1. Хронический кальцифицирующий панкреатит токсической формы (этанол), персистирующая болевая форма с выраженной экзокринной недостаточностью, стадия обострения.

Хронический кальцифицирующий панкреатит выставлен

- на основании жалоб (постоянная давящая боль в области эпигастрия опоясывающего характера с иррадиацией в спину, левую лопатку, которые усиливались спустя 30- 40 минут после приема жирной, острой пищи, а также алкоголя, отрыжка воздухом, похудание, кашицеобразный стул со зловонным запахом)

- на основании объективного обследования: характерные клинические положительные синдромы при пальпации (в зоне Губергрица-Скульского, точке Губергрица; симптом Мейо-Робсона (боль при надавливании в левом реберно-позвоночном углу).

положительный симптом Кача (кожная гиперестезия в зоне иннервации VIII грудного сегмента слева), также отмечается болезненность в зоне Шоффара.),

-на основании лабораторных и инструментальных данных (отмечаются повышение содержания в крови амилазы, трипсина, липазы, серомукоидола, повышение содержание диастазы в моче; подтверждено ЭУЗИ, МСКТ наличие конкрементов, неравномерность и дилатация ГПП)

копроцитограмма(стеаторея, амилорея, креаторея) и.т.д.

Персистирующая болевая форма так как для пациента характерна боль типа В: более тяжелые и продолжительные эпизоды с безболевыми периодами длительностью 1–2 мес, чаще наблюдаются при алкогольном ХП, кроме этого присутствует экзокринная недостаточность (нарушения всасывания жиров являются стеаторея, амелорея, креаторея и метеоризм, потеря массы тела)), стадия обострения так как повышен СРБ, СОЭ, лейкоцитоз со сдвигом влево, выраженный болевой синдром и.т.д.

Факторы риска: частое употребление алкоголя (более 10 лет, ежедневно более 100 мл), нерациональное питание (жирная, острая пища,

нерегулярное питание), неконтролируемое употребление НПВС (Кетонал, Ибупрофен)

2. Болевой, диспепсический (похудание, поносы, отрыжка воздухом), синдром недостаточного пищеварения и всасывания (амилорея, стеаторея, креаторея- мальабсорбция), мальдигестии(кашицеобразный стул, похудание, сухая кожа(нарушение содержание нутриентов из-за плохого пищеварения).
3. Исходя из того, что хронический кальцифицирующий панкреатит имеет алкогольную природу, можно предположить, что нарушаются процессы образования литостатина, который контролирует содержание кальция в растворимом состоянии и ингибирует нуклеацию, агрегацию и, следовательно, контроль образования солей кальция в белковые пробки. В результате образуются кальциевые конкременты. Также этанол имеет токсическое действие в отношении самих клеток поджелудочной железы, в результате чего в них нарушается кровообращение, они атрофируются и кальцифицируются.
4. Исходя из данных определения панкреатической эластазы кала - 155 мкг/г – экзокринная недостаточность средней степени (0–100 мкг/г — тяжелая; 101–200 — средняя или легкая)

5. лечение, исходя из патогенеза:

-Голод в течение 1-3 дней

-Придерживание Диеты №5

1) Средства, подавляющие панкреатическую и желудочную секрецию:

Октреатид (ингибирует желудочную секрецию и панкреатическую секрецию, оказывает цитопротективное действие)

Rp: Sol. Octreotidi 0.05 % - 1 ml

D.t.d: №5 in amp.

S: Подкожно 1-2 раза в день.

ИЛИ

Подавление желудочной секреции (ингибитор протоновой помпы - омепразол)

Rp: Omeprazoli 0,02

D.t.d: №20 in caps.

S: Внутрь по 1 капсуле 1 раз в день до еды.

2) Ингибиторы протеаз (антиферментные препараты) (для ингибирования циркулирующих в крови панкреатических ферментов, а также с противовоспалительной целью)

Rp: Sol. Aprotinini 10 ml (100 000 ED)

D.t.d.N. 25 in amp.

S. По схеме.

3) Анальгизирующие средства (ненаркотические анальгетики):

Rp.: Sol. Analgini 50 % - 2,0

D. t. d. N 10 in ampull.

S. По 2 мл внутримышечно 2 раза в сутки

4) Инфузионная терапия (с целью дезинтоксикации, коррекции гемореологии, электролитного и кислотно-основного баланса)

Rp.: Solutionis Natrii chloridi isotonicae 0,9% — 400 ml

D. S. Для внутривенно капельно введения 1-2 раза в сутки.

4) Средства, улучшающие микроциркуляцию в поджелудочной железе

Rp.: Sol. "Actoveginum" 4%-5 ml

D. №10 in amp.

S.: Вводить по 5 мл внутримышечно 1 раз в сутки ежедневно. Курс лечения 10-20 инъекций

6. Модификация образа жизни: полный отказ от алкоголя, правильное питание (исключение тяжелых животных жиров, острых приправ, регулярное, дробное), адекватная поддерживающая терапия, активный образ жизни (оптимальные физические нагрузки), коррекция дефицита жирорастворимых витаминов (К, Е, Д, А)

7.2. Разбор с преподавателем узловых вопросов, необходимых для освоения темы занятия

1. Определение ХП. (ПК-13)

2. Факторы риска развития ХП. (ПК-13)

3. Патогенез ХП. (ПК-13)
4. Что лежит в основе классификации ХП? (ПК-13)
5. Патоморфологические изменения в органах мишенях при ХП. (ПК-13)
6. Основные клинические синдромы, стадии проявления ХП. (ОПК-5, ПК-14)
7. При каких заболеваниях органов пищеварительного тракта развивается обострение ХП (ПК-13, ОПК-13, ПК-14)
8. Методы диагностики ХП, секреторной функции поджелудочной железы. (ПК-13, ОПК-5, ПК-14)
9. Дифференциальная диагностика ХП. (ПК-13)
10. Осложнения ХП. (ОПК-5, ПК-14)
11. Исходы ХП. (ОПК-5, ПК-14)
12. Принципы лечения ХП (характеристика основных групп гипотензивных препаратов, показания и противопоказания). (ОПК-7)
13. Неотложная помощь в период выраженного обострения ХП, его осложнений. (ОПК-7)
14. Профилактика ХП. (ОПК-7)

7.3. Демонстрация преподавателем методики практических приемов по данной теме.

Методы физикального обследования больного ХП по органам и системам (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация). Интерпретация данных УЗИ, ЭУЗИ, дуоденограмм, копроцитограмм, анализов крови, мочи, кала, КТ и МРТ (МСКТ) поджелудочной железы, заключений эндоскопической ретроградной холецистопанкреатографии при ХП.

7.4. Самостоятельная работа обучающихся под контролем преподавателя: курация тематических больных, посещение с больными лечебных и диагностических кабинетов, анализ результатов дополнительных исследований, оформление истории болезни больного; работа с обучающими компьютерными программами, учебным аудиоматериалом, мультимедийным атласом, просмотр учебного видеофильма.

7.5. Контроль конечного уровня усвоения темы:

Подготовка к выполнению практических приемов по теме занятия.

Разбор проведенной курации больных, выполненных диагностических исследований и лечебных манипуляций. Демонстрация полученных практических навыков по обследованию и лечению больных. Разбор вопросов лечения курируемых больных ХП.

Материалы для контроля уровня освоения темы: наборы тестовых заданий, ситуационные задачи.

Тестовые задания с подбором соответствия (для каждого вопроса, пронумерованного цифрой, подберите один соответствующий ответ, обозначенный буквой, один и тот же ответ может быть использован один раз, два раза или не использован ни разу):

1. БОЛЕВЫЕ ТОЧКИ И СИМПТОМЫ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ХП (ПК-13)

1. Симптом Мейо – Робсона	А. Уменьшение толщины подкожного жирового слоя слева от пупка в области проекции ПЖ на переднюю стенку
2. Точка Дежардена	Б. Болезненность в левом реберно-позвоночном углу
3. Симптом Грота	В. Болезненность кожи слева от пупка в области иннервации VIII грудных сегментов
4. Симптом Кача	Г. Болезненная точка на расстоянии 6 см от пупка по условной прямой, соединяющей пупок с правой подмышечной впадиной
5. Симптом Воскресенского	Д. Исчезновение пульсации аорты в области увеличенной поджелудочной железы

Эталон ответа: 1Б, 2Г, 3А, 4В, 5Д

Тестовые задания с одним или несколькими правильными ответами:

1. У 52-ЛЕТНЕГО МУЖЧИНЫ, СТРАДАЮЩЕГО ХРОНИЧЕСКИМ АЛКОГОЛИЗМОМ, В ТЕЧЕНИЕ 3 ЛЕТ ОТМЕЧАЮТСЯ БОЛИ В ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ, МЕТЕОРИЗМ. ЗА ПОСЛЕДНИЙ ГОД

ПОХУДЕЛ НА 8 КГ В СВЯЗИ С ДИАРЕЕЙ. В КАЛЕ СОДЕРЖИТСЯ ДО 20 Г ЖИРА. СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО УЛУЧШАЕТСЯ ПРИ СОБЛЮДЕНИИ ДИЕТЫ С ПОЛНЫМ ИСКЛЮЧЕНИЕМ ЖИРА. КАКИЕ ПОЛОЖЕНИЯ ПРАВИЛЬНЫЕ? (ОПК-5, ПК-14)

1. Можно ожидать развития железодефицитной анемии
2. Можно выявить нарушение толерантности углеводов
3. Имеется алкогольный панкреатит
4. Нарушена экзокринная функция поджелудочной железы по крайней мере на 90%

Эталон ответа: 3,4

Образец типовой ситуационной задачи

Больной Н., 44 года, поступил в гастроэнтерологическое отделение по поводу упорных болей в животе, в том числе в ночное время. Боли усиливаются после еды, особенно мясной и даже незначительно жирной пищи. Вздутие живота, тошнота, рвота, не приносящая облегчения. Поносы после жирной пищи. Потеря в весе за последний год более чем на 13 кг. В анамнезе злоупотребление алкоголем, особенно в последние 3 года. Впервые подобные жалобы возникли 1 год назад. К врачу не обращался, принимал но-шпу. Подтверждает другие случаи панкреатита в семье.

Данное ухудшение состояния в течение 3 дней после обильного употребления алкоголя и приёма большого количества жирной пищи. Появились боли опоясывающего характера, более выраженные в положении лёжа и ослабевающие в положении сидя с наклоном туловища вперёд, вздутие живота, зловонный кашицеобразный кал с жирным блеском.

При осмотре:

Сухость и шелушение кожи, видимые слизистые бледно-розового цвета. На кожных покровах живота, груди определяются «рубиновые» капельки. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД = 18 в минуту. Сердце - границы норма. При аускультации тоны приглушены, ритм правильный. Пульс ритмичный, без дефицита, напряженный ЧСС-83 в мин. АД – 120/80 мм.рт.ст. Язык розового цвета, суховат. Живот округлой формы, симметрично участвует в акте дыхания. Атрофия подкожной жировой клетчатки в проекции поджелудочной железы (симптом Грота); при перкуссии живота – высокий тимпанит вследствие вздутия живота. При пальпации живота выявлены

следующие симптомы: болезненность в зоне Шоффара, Губергрица-Скульского, точке Губергрица; симптом Мейо-Робсона (боль при надавливании в левом реберно-позвоночном углу). Положительный симптом Кача (кожная гиперестезия слева от пупка в проекции поджелудочной железы). При глубокой пальпации патологии со стороны толстой кишки, печени и селезенки не выявлено. Размеры печени по Курлову – 9 x 9 x 8 см. Нижний край печени мягкий, ровный, безболезненный. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон.

Результаты лабораторных и инструментальных методов обследования:
ОАК: СОЭ-32 мм/ч, лейкоциты $12 \cdot 10^{12}/л$, Нв 100 г/л Бх крови: α -амилазы-450МЕ/л, липаза-258 МЕ/л, трипсина, γ -глобулинов-29%, серомукоид 420 ЕД, повышение уровня IgG4 Анализ мочи: диастаза мочи: 240 Копроцитограмма: мазеподобная консистенция, непереваренная клетчатка, креаторея, стеаторея, амилорея.

Панкреозиминный тест: уровень панкреатических ферментов в сыворотке крови по сравнению с исходным возрос на 50%. Сахар крови-4,3 ммоль/л
Ультразвуковое исследование поджелудочной железы: диффузно увеличена ПЖ визуализируется как гипоэхогенная область с гиперэхогенными участками и имеет вид «сосиски». На обзорной рентгенограмме - обызвествление поджелудочной железы; Определение панкреатической эластазы кала-118мкг/г кала. Магнитно-резонансная томография: определение заполненных жидкостью структур – псевдокист; определение участков очень низкой интенсивности сигнала – кальцинированных зон.

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз по классификации ВОЗ. (ОПК-5, ПК-14)
2. Какие факторы риска имеются у больного? (ПК-13)
3. Перечислите клинические синдромы. (ОПК-5, ПК-14)
4. Каковы патогенетические механизмы заболевания у данного больного? (ОПК-5, ПК-14)
5. Определите степень тяжести экзокринной недостаточности. (ПК-13)

6. Неотложная помощь при осложнениях. (ОПК-7)
7. Назначьте современное лечение (выпишите рецепты). (ОПК-7)
8. Определите прогноз и меры профилактики. (ОПК-7)

44. Место проведения самоподготовки:

читальный зал, учебная комната для самостоятельной контактной работы обучающихся, учебная лаборатория, палаты больных, кабинеты функциональной диагностики, модуль практических навыков, компьютерный класс.

45. Учебно-исследовательская работа обучающихся по данной теме:

1. Составить реферативное сообщение о современных группах фармакологических средств для лечения ХП.
2. Составить реферативное сообщение по неотложной помощи при гиповолемическом шоке и других осложнениях ХП.

18. Тема: Острый гломерулонефрит. -2 часа, 1 часть 4-часового занятия

Актуальность. Гломерулонефрит - иммуноопосредованное воспаление с преимущественным исходным поражением клубочков и вовлечением в патологический процесс всех почечных структур, клинически проявляющееся почечными и (или) внепочечными симптомами, приводящее к вторично сморщенной почке и смерти от хронической почечной недостаточности.

Острый гломерулонефрит (ОГН) - острое диффузное воспаление почек, развивающееся на иммунной основе, которое первично локализуется в клубочках. В дальнейшем изменения наблюдаются и в канальцевом отделе нефрона, в связи, с чем вместо термина «острый гломерулонефрит» часто употребляют «острый нефрит». Заболевание наблюдается преимущественно в возрасте 20—40 лет; чаще болеют мужчины. Обычно заканчивается выздоровлением, но иногда приобретает хроническое течение. Острый гломерулонефрит является самостоятельным заболеванием (так называемый первичный гломерулонефрит), но может быть и составной частью другого заболевания, чаще всего из группы диффузных заболеваний соединительной ткани (вторичный гломерулонефрит).

2. Учебные цели: изучение этиологии, патогенеза, клиники, классификации, современных методов диагностики, лечения и профилактики ОГН; овладение

врачебными навыками диагностики и лечения ОГН; диагностики и оказания неотложной и экстренной медицинской помощи при ОГН; формирование общепрофессиональных и профессиональных компетенций ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7, ПК-13, ПК-14, ассоциированных с трудовыми функциями А/01.7, А/02.7, А/03.7.

Для формирования общепрофессиональных и профессиональных компетенций обучающийся должен знать:

- анатомо-физиологические особенности органов мочевыделительной системы;
- современную этиологию и патогенез ОГН;
- классификацию ОГН;
- клинические симптомы ОГН;
- показатели дополнительных методов исследований (рентгенография почек, анализы мочи, биохимический анализ крови, ренография, электрокардиография);
- осложнения ОГН;
- принципы лечения и профилактики ОГН;
- неотложные и реанимационные мероприятия при осложнениях ОГН;
- меры профилактики.

Для формирования общепрофессиональных и профессиональных компетенций обучающийся должен владеть:

- методами общеклинического обследования больных ОГН (ОПК-4, ПК-13);
- интерпретацией результатов лабораторных и инструментальных методов диагностики ОГН (ОПК-5, ПК-14);
- алгоритмом развернутого клинического диагноза по современным классификациям (ОПК-5, ПК-14);
- алгоритмом постановки предварительного диагноза с последующим направлением пациента к соответствующему врачу-специалисту (ОПК-5, ПК-14)
- основными врачебными лечебными мероприятиями при ОГН (ОПК-7);
- алгоритмом диагностики и интенсивной терапии при неотложных и угрожающих жизни состояниях (кровоизлияния в мозг, острая сердечная недостаточность, острая почечная недостаточность) (ОПК-7)
- правильным ведением медицинской документации (медицинская карта стационарного больного) (ОПК-5, ПК-14);

- навыками врачебной этики и медицинской деонтологии (ОПК-4, ПК-13).

Для формирования общепрофессиональных и профессиональных компетенций обучающийся должен уметь:

- собрать анамнез заболевания и жизни у больного ОГН, выявить факторы риска;
- провести осмотр, выявить клинические признаки, выделить основные синдромы ОГН (мочевой, гипертонический, отечный);
- сформулировать диагноз согласно классификации болезни;
- назначить дополнительные методы исследования и дать оценку их результатам;
- провести дифференциальный диагноз со сходными заболеваниями и синдромами;
- назначить базисное и симптоматическое лечение (медикаментозное и физиотерапевтическое, немедикаментозное);
- оказать неотложную и экстренную медицинскую помощь при развитии осложнений ОГН;
- назначить рациональное питание и санаторно-курортное лечение;
- определить меры профилактики.

3.Материалы для самоподготовки к освоению данной темы:

Вопросы для самоподготовки:

1. Этиология и патогенез развития ОГН.
2. Факторы риска развития ОГН и их стратификация.
3. Основные патогенетические звенья формирования и прогрессирования гипертонической болезни.
4. Классификация ОГН.
5. Клиническая картина ОГН.
6. Критерии установления диагноза ОГН.
7. Принципы лечения ОГН.
8. Профилактика ОГН.

4.Вид занятия: практическое занятие.

5.Продолжительность занятия: 4 академических часа

6. Оснащение:

- 6.1. Дидактический материал (видеофильмы, тренинговые и контролируемые компьютерные программы, мультимедийные атласы и ситуационные задачи);

6.2. ТСО (компьютеры, видеодвойка, мультимедийный проектор)

7. Содержание занятия:

7.1. Контроль исходного уровня знаний и умений

Тестовые задания с одним правильным ответом

1. ГЛАВНЫМ ПРИЗНАКОМ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ (ОПК-5, ПК-14):

1. Лейкоцитурия
2. Протеинурия
3. Гематурия
4. Цилиндрурия
5. Бактериурия

Эталон ответа: 2

Образец типовой ситуационной задачи

В клинику поступил пациент, Н, 43 года, с жалобами на ноющие боли в области поясницы с двух сторон, повышение температуры тела до 38,7 градусов, уменьшение выделения мочи, при этом моча красноватого цвета (цвета «мясных помоев»), головные боли, тошноту, не связанную с приемом пищи, ухудшение сна.

Считает себя больным около 2-3 дней, когда развились вышеописанные симптомы. Также отмечает появление отеков в области лица, особенно хорошо заметных по утрам. Заметил некоторое снижение зрения, одышку при физических нагрузках. Наблюдалось прогрессирующее ухудшение состояния, обратился в клинику.

В ходе расспроса пациента выяснено, что примерно месяц назад переболел ангиной, обращался к участковому терапевту, было назначено соответствующее лечение (принимал таблетки Амоксициллин, пользовался спреем Гексорал, полоскал горло ромашкой, календулой). В связи с улучшением состояния через 4-5 дней прекратил лечение.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Отмечается бледность и сухость кожных покровов. Наблюдаются отеки на лице, пастозность век, ног. Отеки мягкие, остаются ямки. Тоны сердца приглушены. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения, 86 ударов в минуту. АД- 150/95 мм рт. ст. Температура тела 38,7 градусов. Печень не увеличена. При осмотре области поясницы видимых изменений не обнаружено. Почки не пальпируются.

Симптом поколачивания положительный с обеих сторон. Мочеиспускание безболезненное, 3-4 раза в сутки.

Данные лабораторных исследований:

Анализ крови: Эр. $4,1 \times 10^{12}/л$, Нв - 110 г/л, Ц.П. - 0,85, Л – $10,2 \times 10^9/л$, СОЭ - 36 мм/час.

Биохимический анализ крови: Общий белок 57 г/л, альбумины - 45%, холестерин – 6,9 ммоль/л, мочевины – 4,5 ммоль/л, креатинин – 120 мкмоль/л.

Коагулограмма: число тромбоцитов - 200, фибриноген – 5-6 г/л, ПТИ - 1,5, АЧТВ – 30 сек., Д-димеры – 0,8 мкг/мл.

Анализ крови на антистрептококковые антитела: выявлен антистрептолизин – О (530кЕдА/л).

Анализ мочи: моча цвета «красных помоев», мутная, относительная плотность - 1020, реакция кислая, белок – 0,15 г/л, Эр. выщелоченные 7-8 в п. зр., Л. 3-4 в поле зр., цилиндры гиалиновые и зернистые – 2-3, восковидные - 3-4 в п. зр.

Анализ мочи по Нечипоренко: лейкоциты – 2400, эритроциты – 2600, цилиндры – 25.

Офтальмоскопия: сужение артериол, отёк диска зрительного нерва.

Вопросы к задаче:

1. Выделите синдромы из имеющихся симптомов. (ОПК-5, ПК-14)
2. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его. (ОПК-5, ПК-14)
3. Укажите этиологию заболевания. (ОПК-5, ПК-14)
4. Какие дополнительные методы исследования необходимы? (ОПК-4, ПК-13)
5. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз? (ОПК-5, ПК-14)
6. Составьте план лечения больной (выпишите рецепты). (ОПК-7)
7. Осложнения данного заболевания и неотложная помощь при них. (ОПК-5, ПК-14, ОПК-7)
8. Перечислите основные курорты для лечения больных с данной патологией. (ОПК-7)

Эталон ответа к задаче:

1. **Синдром острого воспаления клубочков:** боли в поясничной области с обеих сторон, повышение температуры тела, олигурия, гематурия, протеинурия,

появление в моче цилиндров, эпителиальных клеток, увеличение СОЭ, лейкоцитоз, повышение фибриногена и гиперкоагуляция.

Начальные проявления сердечно-сосудистого синдрома: одышка при физической нагрузке, АГ. Глазное дно: сужение артериол, отёк диска зрительного нерва.

Отечный синдром: почечные отеки: бледные, по утрам в области лица, век, ног, отеки мягкие, остаются ямки. В крови гипоальбуминемия и гипопропротеинемия.

Начальные проявления церебрального синдрома: головные боли, тошнота, снижение зрения, бессонница.

2. Острый гломерулонефрит стрептококковой этиологии, инфекционно-иммунный, полисимптомный вариант, острое течение.

Диагноз поставлен на основании:

-характерных жалоб (на ноющие боли в области поясницы с двух сторон, повышение температуры до 38,7 градусов, уменьшение выделения мочи, при этом моча красноватого цвета (цвета «мясных помоев»), головные боли, тошноту, не связанную с приемом пищи, ухудшение сна);

-анамнеза болезни (Считает себя больным около 2-3 дней, когда развились вышеописанные симптомы. Также отмечает появление отеков в области лица, особенно хорошо заметных по утрам. Заметил некоторое снижение зрения, одышку при физических нагрузках. Наблюдалось прогрессирующее ухудшение состояния, обратился в клинику. В ходе расспроса пациента выяснено, что примерно месяц назад переболел ангиной, обращался к участковому терапевту, было назначено соответствующее лечение (принимал таблетки Амоксициллин, пользовался спреем Гексорал, полоскал горло ромашкой, календулой). В связи с улучшением состояния через 4-5 дней прекратил лечение);

-объективного обследования (состояние средней степени тяжести. Отмечается бледность и сухость кожных покровов. Наблюдаются отеки на лице, пастозность век, ног. Отеки мягкие, остаются ямки. Тоны сердца приглушены. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения, 86 ударов в минуту. АД- 150/95 мм рт. ст. Температура тела 38,7 градусов. Печень не увеличена. При осмотре области поясницы видимых изменений не обнаружено. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания положительный с обеих сторон. Мочеиспускание безболезненное, 3-4 раза в сутки);

-данных лабораторного исследования (в ОАК повышены лейкоциты, СОЭ, в Б/Х анализе крови – гипопропротеинемия, гипоальбуминемия, гиперхолестеринемия, повышение уровня креатинина. В коагулограмме повышение уровня фибриногена, гиперкоагуляция. Анализ крови на антистрептококковые антитела: выявлен антистрептолизин – О (530кЕдА/л).

Анализ мочи: моча цвета «красных помоев», мутная, относительная плотность - 1020, реакция кислая, белок – 0,15 г/л, Эр. выщелоченные 7-8 в п. зр., Л. 3-4 в поле зр., цилиндры гиалиновые и зернистые – 2-3, восковидные - 3-4 в п. зр. Анализ мочи по Нечипоренко: лейкоциты – 2400, эритроциты – 2600, цилиндры – 25).

- дополнительных методов исследования (При офтальмоскопии – сужение артериол, отек диска зрительного нерва).

3. Стрептококковая инфекция (на основании анамнеза, вероятнее всего недолеченная ангина бактериальной природы, и анализа крови на антистрептококковые антитела).

4. Дополнительные методы исследования для верификации диагноза и дифференциальной диагностики: Проба Реберга-Тареева (снижение СКФ), проба по Зимницкому (концентрационная функция почек не нарушена), УЗИ почек (без изменений или некоторое увеличение размера почек), пункционная биопсия почек (при затяжном течении), сканирование почек, рентгенография органов грудной клетки (могут быть признаки застоя в МКК), ЭКГ и ЭхоКГ для верификации сердечно-сосудистого синдрома.

5. Дифференциальный диагноз необходимо провести с такими заболеваниями, как амилоидоз почек, системная красная волчанка, поражение почек при ревматоидном артрите.

6. Лечение:

1). Антибактериальная терапия – эрадикация возбудителя болезни (БГСА)

Rp.: Benzylpenicillini-natrii 500 000 ЕД

D. t. d. №10

S.: Вводить в мышцу по 500 000 ЕД препарата 4 раза в сутки.

Предварительно развести его в 2 мл стерильного изотонического раствора натрия хлорида.

2) Патогенетическая терапия. ГКС – Преднизолон

Rp: Tab. Prednisoloni 0,005 №30

D.S: 1 мг/кг в сутки в течении 1-1,5-4 месяца ежедневно в 2 приема утром и в обед , в последующем доза снижается на 2,5 мг каждые 5-7 дней.

3) Препараты, влияющие на свертываемость крови – антиагреганты.
Пентоксифиллин – улучшает микроциркуляцию и реологические свойства крови, профилактика сердечно-сосудистых осложнений.

Rp.: Tab. Pentoxifyllini obd. 0.1 №60

D.S. По 2 таб. 3 р/д.

4) и АПФ – нефропротективное и гипотензивное действие.

Rp.: Ramiprili 0,0025

D. t. d. № 60 in tab.

S. По 1 табл. 1 раза в день.

5) Диуретик – для лечения отечного и гипертензивного синдромов.

Rp: Tab. Hydrochlorothiazidi 0,025

D.t.d: №20 in tab.

S: По 1 таб. утром натощак (до исчезновения отеков).

6) Ангиопротектор, с целью уменьшения клубочковой сосудистой проницаемости – аскорбиновая кислота

Rp.: Sol. Acidi ascorbinici 5% - 1 ml

D. №20 in amp.

S.: По 1 мл в/м 1 раза в день.

7. Осложнения: острая почечная недостаточность, острая почечная гипертензивная энцефалопатия (преэклампсия, эклампсия), острая сердечная недостаточность (левожелудочковая с приступами сердечной астмы, отеком легких).

8. Санаторно-курортное лечение показано после перенесенного острого гломерулонефрита не ранее, чем через 6 месяцев. Курорты с теплым и жарким климатом без резких суточных колебаний температуры, с низкой влажностью, со слабыми ветрами и большим числом солнечных дней (Ялта, Байрам-Али, Ситораи-Махи-Хаса, Янгантау).

7.2. Разбор с преподавателем узловых вопросов, необходимых для освоения темы занятия

1. Дайте определение ОГН. (ОПК-4, ПК-13)
2. Каковы факторы риска развития ОГН? (ОПК-4, ПК-13)
3. Какие теории патогенеза ОГН выделяются современными исследованиями? (ОПК-4, ПК-13)
4. Что лежит в основе классификации ОГН? (ОПК-4, ПК-13)
5. Какие патоморфологические изменения наблюдаются в органах мишенях при ОГН? (ОПК-4, ПК-13)
6. Каковы основные клинические синдромы ОГН? (ОПК-5, ПК-14)
8. Методы диагностики ОГН. (ОПК-4, ПК-13, ОПК-5, ПК-14)
9. Какова дифференциальная диагностика ОГН? (ОПК-4, ПК-13)
10. Охарактеризуйте осложнения ОГН. (ОПК-5, ПК-14)
11. Принципы лечения ОГН (характеристика основных групп препаратов, показания и противопоказания). (ОПК-7)
13. Неотложная и скорая медицинская помощь при осложнениях ОГН. (ОПК-7)
14. Профилактика ОГН. (ОПК-7)

7.3. Демонстрация преподавателем методики практических приемов по данной теме.

Методы физикального обследования больного ОГН по органам и системам (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация). Интерпретация типичных общего, биохимического и серологического анализов крови, ЭКГ, рентгенограммы органов грудной клетки, Эхо-КГ, УЗИ почек.

7.4. Самостоятельная работа обучающихся под контролем преподавателя: курация тематических больных, посещение с больными лечебных и диагностических кабинетов, анализ результатов дополнительных исследований, оформление истории болезни больного; работа с обучающими компьютерными программами, учебным аудиоматериалом, мультимедийным атласом, просмотр учебного видеофильма.

7.5. Контроль конечного уровня усвоения темы:

Подготовка к выполнению практических приемов по теме занятия.

Разбор проведенной курации больных, выполненных диагностических исследований и лечебных манипуляций. Демонстрация полученных практических навыков по обследованию и лечению больных. Разбор вопросов лечения курируемых больных ОГН.

Материалы для контроля уровня освоения темы: наборы тестовых заданий, ситуационные задачи.

Тестовые задания с подбором соответствия (для каждого вопроса, пронумерованного цифрой, подберите один соответствующий ответ, обозначенный буквой, один и тот же ответ может быть использован один раз, два раза или не использован ни разу):

1. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ПОЯВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ОГН СЛЕДУЮЩИХ СИНДРОМОВ (ОПК-4, ПК-13)

1) протеинурия	А) воспалительные изменения мочевых путей
2) цилиндрурия	Б) увеличение пор, изменение проницаемости мембраны
3) гипертония	В) вовлечение мезангия, повреждение интерстициальной ткани, некротизирующее воспаление почечных артериол, почечная внутрисосудистая гемокоагуляция
4) гематурия	Г) дистрофические изменения в канальцах, распад клеток почечного эпителия
5) лейкоцитурия	Д) задержка натрия и воды, активация ренин-ангиотензин-альдостероновой системы, снижение функции депрессорной системы почек

Эталон ответа: 1-Б, 2-Г, 3-Д, 4-В, 5-А.

Тестовые задания с одним или несколькими правильными ответами:

1. 4-КОМПОНЕНТНАЯ ТЕРАПИЯ, ПРИМЕНЯЕМАЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХГН (ОПК-5, ОПК-7, ПК-14)

1) гепарин

- 2) курантил
- 3) кортикостероиды
- 4) индометацин
- 5) цитостатики

Эталон ответа: 1,2,3,5

Образец типовой ситуационной задачи

К участковому терапевту обратился мужчина в возрасте 35 лет с жалобами на боли в пояснице, отеки на лице и верхней части туловища по утрам, изменение цвета мочи, сухость во рту, жажду, повышение давления.

Симптомы проявились 3 недели назад после перенесенного ангины (боли в горле, воспаление миндалин, увеличение лимфатических узлов, повышение температуры с ознобом). Принимал антибиотики по назначению врача в течение, однако, почувствовав улучшение на 4 день, прекратил их прием (курс не прошел полностью).

Анамнез жизни: часто простужался в детстве, работает продавцом на рынке, часто остужается. Вредных привычек нет, питание нерегулярное.

Аллергический анамнез: аллергии на пищевые продукты, лекарственные средства отрицает.

Наследственность: отец страдает хроническим гломерулонефритом.

Объективно: Сознание ясное. Положение активное. Нормостенического типа телосложения. Внешний вид соответствует возрасту. Кожные покровы бледно-розового цвета, сухие. Эластичность кожи и тургор тканей снижен. Дермагрофизм белый нестойкий. Слизистая глаз бледно-розовая, влажная, чистая. Склеры не изменены. Слизистая щек, мягкого и твердого неба, задней стенки глотки и небных дужек бледно-розовая, влажная, чистая. Миндалины не увеличены, слегка гиперемированы, подчелюстные лимфатические узлы пальпируются. Язык обычных размеров, влажный, обложен белым налетом, сосочки выражены.

В области лица и верхней части туловища видны мягкие, рыхлые отеки («фацио нефритика»), на местах сдавления остаются ямки. Частота дыхательных движений – 18 в минуту. При перкуссии над легкими выслушивается ясный легочный звук. При аускультации в легких везикулярное дыхание, хрипов нет, бронхофония не изменена.

Границы относительной тупости сердца определяются в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс – 78 уд/мин, удовлетворительного наполнения. АД – 140/95 мм рт. ст.

Живот мягкий, безболезненный при пальпации. При глубокой пальпации кишечника патологических изменений не выявлено. Размеры печени по Курлову – 9 x 8 x 7 см. Селезенка не пальпируется, не увеличена. Щитовидная железа не увеличена. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон.

Стул не изменен, регулярный, оформленный. Диурез: цвет «мясных помоев».

Данные лабораторные и инструментальные:

ОАК: Эр. $3,6 \cdot 10^{12}$, Нб 109 г/л (понижен), Цв.п. 0,9, Л- $6,8 \times 10^9$ /л, СОЭ - 22 мм/час (повышена), лейкоформула без особенностей.

Биохимический анализ крови: Общий белок 60 г/л (снижен), альбумины - 40% (снижен), холестерин – 8,1 моль/л (повышен), мочевины – 6,0 ммоль/л, креатинин - 140 мкмоль/л.

Анализ мочи: прозрачная, относительная плотность - 1021, реакция кислая, белок – 3,7 г/л (повышен), Эр выщелоченные 25-30 в п. зр., Л 3-4 в поле зр., цилиндры гиалиновые и зернистые - 3-4 в п.зр.

Анализ по Нечипоренко: гематурия (макрогематурия), лейкоцитурия (лимфоцитурия), цилиндрурия (гиалиновые и зернистые)

Анализ мочи по Зимницкому: концентрационная функция почек не нарушена.

Антистрептококковые факторы: выявляются антистрептолизин О, антистрептококковая гиалуронидаза.

ЭКГ : ритм синусовый, ЧСС 88 уд/ мин, нормограмма

Осмотр окулиста: глазное дно не изменено

УЗИ почек: контуры гладкие, размеры не изменены.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте диагноз. (ОПК-5, ПК-14)
2. Какие факторы риска имеются у данного пациента? (ОПК-4, ПК-13)
3. Выделите синдромы из имеющихся симптомов (ОПК-5, ПК-14)
4. Какие дополнительные методы исследования необходимо назначить? (ОПК-4, ПК-13)
5. Назовите возможные осложнения данного заболевания (ОПК-5, ПК-14)
6. Неотложная помощь при осложнениях. (ОПК-7)

7. Назначьте современное лечение (выпишите рецепты). (ОПК-7)
8. Определите прогноз и меры профилактики. (ОПК-7)

46. Место проведения самоподготовки:

читальный зал, учебная комната для самостоятельной контактной работы обучающихся, учебная лаборатория, палаты больных, кабинеты функциональной диагностики, модуль практических навыков, компьютерный класс.

47. Учебно-исследовательская работа обучающихся по данной теме:

1. Составить реферативное сообщение о современных группах фармакологических средств для лечения ОГН.
2. Составить реферативное сообщение по теме «Клиническая картина гломерулонефрита в зависимости от морфологической стадии».

19. Тема: «Хронический гломерулонефрит» - 2 часа, 2 часть 4-часового занятия

Гломерулонефрит - иммуноопосредованное воспаление с преимущественным исходным поражением клубочков и вовлечением в патологический процесс всех почечных структур, клинически проявляющееся почечными и (или) внепочечными симптомами, приводящее к вторично сморщенной почке и смерти от хронической почечной недостаточности.

Хронический гломерулонефрит (ХГН)- хроническое диффузное заболевание почек, развивающееся преимущественно на иммунной основе. Болезнь характеризуется первичным поражением клубочкового аппарата с последующим вовлечением остальных структур почки и прогрессирующим течением, в результате чего развивается нефросклероз, формируется вторично сморщенная почка: исходом болезни является почечная недостаточность. Чаще всего хронический гломерулонефрит самостоятельное заболевание, но может быть и одним из проявлений какой-либо другой патологии (например, геморрагического васкулита, инфекционного эндокардита, системной красной волчанки и пр.). Как самостоятельное заболевание встречается преимущественно у молодых мужчин и у женщин зрелого возраста. Это одно из наиболее распространенных заболеваний почек.

2. Учебные цели: изучение этиологии, патогенеза, клиники, классификации, современных методов диагностики, лечения и профилактики

ХГН; овладение врачебными навыками диагностики и лечения ХГН; диагностики и оказания неотложной и экстренной медицинской помощи при осложнениях, ассоциированных с ХГН; формирование общепрофессиональных и профессиональных компетенций, ОПК-5, ОПК-7, ПК-13, ПК-14, ассоциированных с трудовыми функциями А/01.7, А02/7, А/03,7.

Для формирования общепрофессиональных и профессиональных компетенций обучающийся должен знать:

- анатомо-физиологические особенности органов мочевого выведения;
- современную этиологию и патогенез ХГН;
- патоморфологические проявления ХГН;
- современную классификацию ХГН;
- клиническую картину ХГН;
- диагностические критерии ХГН (показатели общего анализа крови, исследование уровня креатинина в сыворотке крови и расчет скорости клубочковой фильтрации (СКФ), выявление нарушений липидного обмена, электролитных нарушений, мочи, анализа мочи по Нечипоренко, по Зимницкому, электрокардиографии, экскреторной урографии, мониторинга артериального давления, исследования глазного дна, УЗИ почек, ренография, биопсия почек);
- осложнения ХГН;
- фармакологические свойства основных классов лекарственных препаратов для лечения ХГН, терапевтические дозы препаратов;
- неотложную и экстренную медицинскую помощь при осложнениях, ассоциированных с ХГН;
- меры профилактики ХГН

Для формирования общепрофессиональных и профессиональных компетенций обучающийся должен владеть:

- методами общеклинического обследования больных ХГН (ПК-13);
- интерпретацией результатов лабораторных и инструментальных методов диагностики (ОПК-5, ПК-14);
- алгоритмом развернутого клинического диагноза по современным классификациям (ОПК-5, ПК-14);

- алгоритмом постановки предварительного диагноза с последующим направлением пациента к соответствующему врачу-специалисту (ОПК-5, ПК-14)
- основными врачебными лечебными мероприятиями при ХГН (ОПК-7);
- алгоритмом диагностики и интенсивной терапии при неотложных и угрожающих жизни состояниях (острая левожелудочковая недостаточность, острая почечная недостаточность) (ОПК-7)
- правильным ведением медицинской документации (медицинская карта стационарного больного) (ОПК-5, ПК-14);
- навыками врачебной этики и медицинской деонтологии.

Для формирования общепрофессиональных и профессиональных компетенций обучающийся должен уметь:

- собрать анамнез заболевания и жизни у больного ХГН, выявить факторы риска развития заболевания
- провести осмотр и физикальное обследование, выявить клинические признаки ХГН
- сформулировать диагноз согласно классификации болезни;
- назначить дополнительные методы исследования и дать оценку их результатам;
- провести дифференциальный диагноз со сходными заболеваниями и синдромами;
- назначить лечение (медикаментозное и физиотерапевтическое, немедикаментозное);
- оказать неотложную и экстренную медицинскую помощь при развитии осложнений ХГН;
- назначить меры профилактики ХГН.

28.Материалы для самоподготовки к освоению данной темы:

Вопросы для самоподготовки:

9. Этиология и патогенез развития ХГН.
- 10.Факторы риска развития ХГН .
- 11.Основные патогенетические звенья формирования и прогрессирования ХГН.
- 12.Классификация ХГН.
- 13.Клиническая картина ХГН.
- 14.Критерии установления диагноза ХГН.
- 15.Принципы лечения ХГН
- 16.Профилактика ХГН.

29. **Вид занятия:** практическое занятие.

30. **Продолжительность занятия:** 2 академических часа (2 часть 4-часового занятия)

6. Оснащение:

6.1. Дидактический материал (видеофильмы, тренинговые и контролирующие компьютерные программы, мультимедийные атласы и ситуационные задачи);

6.2. ТСО (компьютеры, видеодвойка, мультимедийный проектор)

7. Содержание занятия:

7.1. Контроль исходного уровня знаний и умений.

Тестовые задания с одним правильным ответом

1. ДЛЯ ОБОСТРЕНИЯ ХГН ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО ТИПА ХАРАКТЕРНЫ ВСЕ СИМПТОМЫ, КРОМЕ (ОПК-5, ПК-13, ПК-14):

1. Протеинурии
2. Гематурии
3. Цилиндрурии
4. Отеков
5. Артериальной гипертензии

Эталон ответа: 4

Образец типовой ситуационной задачи

Больная Ж., 28 лет, библиотекарь, поступила в стационар с жалобами на отеки лица, поясницы и нижних конечностей, сухость во рту, жажду, уменьшение количества мочи, общую слабость.

Три года назад после перенесенной ангины впервые был обнаружен белок в моче, при повторных исследованиях количество выделяемого белка нарастало. Появились отеки на лице. Лечилась в больнице по поводу заболевания почек. Ухудшение состояния наступило 2 недели назад после перенесенной ОРВИ.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Отмечается бледность и сухость кожных покровов. Выраженные отеки на лице, нижних конечностях, в области поясницы. В нижнезадних отделах легких ослабленное везикулярное дыхание, влажные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца приглушены. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения, 70 ударов в минуту. АД - 125 и 75 мм рт. ст. Печень не увеличена.

Данные лабораторных исследований:

Анализ крови: Эр. $3,7 \times 10^{12}/л$, Нв - 105 г/л, Ц.П. - 0,85, Л - $6,8 \times 10^9/л$, СОЭ - 40 мм/час, лейкоформула без особенностей.

Биохимический анализ крови: Общий белок 60 г/л, альбумины - 40%, холестерин - 10,1 моль/л, мочевины - 8,2 ммоль/л, креатинин - 205 мкмоль/л.

Анализ мочи: прозрачная, относительная плотность - 1021, реакция кислая, белок - 6,6%, Эр выщелоченные 5-8 в п. зр., Л 2-3 в поле зр., цилиндры гиалиновые и зернистые - 5-6, восковидные - 2-3 в п. зр.

Вопросы к задаче:

1. Выделите синдромы из имеющихся симптомов (ОПК-5, ПК-13, ПК-14).
2. Сформулируйте диагноз (ОПК-5, ПК-14)
3. Укажите этиологию заболевания (ПК-13)
4. Какие дополнительные методы исследования необходимы? (ПК-13)
5. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз? (ОПК-5, ПК-13, ПК-14)
6. Составьте план лечения больной (выпишите рецепты) (ОПК-7)

Эталоны ответов:

1. Нефротический, отечный, мочево́й.
2. Хронический гломерулонефрит, нефротическая форма в фазе обострения без нарушения функции почек.
3. Стрептококковая инфекция.
4. Проба Реберга-Тареева, проба по Зимницкому, пункционная биопсия почек, УЗИ органов брюшной полости, сканирование почек, исследование сосудов глазного дна.
5. Амилоидоз почек, системная красная волчанка, поражение почек при ревматоидном артрите.

6. Глюкокортикоиды, цитостатики (азатиоприн, циклофосфамид (при стероидорезистентных формах и при развитии побочных явлений стероидной терапии), антикоагулянты (гепарин, фенилин), антиагреганты (дипиридабол, ацетилсалициловая кислота, курантил), нестероидные противовоспалительные препараты (индометацин, ибупрофен, вольтарен), лечебный плазмаферез.

7.2. Разбор с преподавателем узловых вопросов, необходимых для освоения темы занятия

1. Дайте определение ХГН (ПК-13)
2. Каковы факторы риска развития ХГН? (ПК-13)
3. Какие теории патогенеза ХГН выделяются современными исследованиями? (ПК-13)
4. Что лежит в основе классификации ХГН? (ПК-13)
5. Какие патоморфологические изменения наблюдаются в органах мишенях при ХГН? (ПК-13)
6. Каковы основные клинические синдромы ХГН? (ОПК-5, ПК-14)
8. Методы диагностики ХГН (ПК-13, ОПК-5, ПК-14).
9. Какова дифференциальная диагностика ХГН? (ПК-13)
10. Охарактеризуйте осложнения ХГН (ПК-13)
11. Принципы лечения ХГН (характеристика основных групп препаратов, показания и противопоказания) (ОПК-7)
12. Неотложная помощь при осложнениях ХГН (ОПК-7)
13. Профилактика ХГН (ОПК-7)

7.3. Демонстрация преподавателем методики практических приемов по данной теме

Методы физикального обследования больного ХГН по органам и системам (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация). Интерпретация типичных общего, биохимического анализов крови, ЭКГ, рентгенограмм.

7.4. Самостоятельная контактная работа обучающихся под контролем преподавателя: курация тематических больных, посещение с больными лечебных и диагностических кабинетов, анализ результатов дополнительных исследований, оформление истории болезни больного; работа с обучающими компьютерными программами, учебным аудиоматериалом, мультимедийным атласом, просмотр учебного видеофильма.

7.5. Контроль конечного уровня усвоения темы:

Подготовка к выполнению практических приемов по теме занятия.

Разбор проведенной курации больных, выполненных диагностических исследований и лечебных манипуляций. Демонстрация полученных практических навыков по обследованию и лечению больных. Разбор вопросов лечения курируемых больных ХГН.

Материалы для контроля уровня освоения темы: тесты, ситуационные задачи.

Тестовые задания с подбором соответствия (для каждого вопроса, пронумерованного цифрой, подберите один соответствующий ответ, обозначенный буквой, один и тот же ответ может быть использован один раз, два раза или не использован ни разу):

1. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОГО ДИАГНОЗА СО СХОДНЫМИ С ХГН ЗАБОЛЕВАНИЯМИ УЧИТЫВАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ИХ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ (ПК-13):

1. Гипертоническая болезнь с поражением почек	А. Первичное заболевание сердца, признаки правожелудочковой недостаточности с застойными явлениями по большому кругу кровообращения Б. Мочевой синдром появляется позже гипертонического, имеется выраженная гипертрофия левого желудочка, склонность к кризам, частое сочетание с ИБС В. Превалирование в мочевом осадке лейкоцитов, периодическое появление лихорадки, болей в пояснице, дизурии
2. Хронический пиелонефрит	
3. Диабетический гломерулосклероз	
4. Амилоидоз почек	
5. Застойная почка при сердечной недостаточности	

	<p>Г. Длительное течение основного заболевания, умеренная протеин - и гематурия, стойкая глюкозурия</p> <p>Д. В анамнезе хроническая гнойная инфекция. Выраженная протеинурия, цилиндрурия</p>
--	--

Эталон ответа- 1Б, 2В, 3Г, 4Д, 5А.

Тестовые задания с одним или несколькими правильными ответами:

1. СОДЕРЖАНИЕМ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ХГН ЯВЛЯЕТСЯ (ОПК-7):

1. Иммунная супрессия
2. Противовоспалительное воздействие
3. Воздействие на процессы гемокоагуляции и агрегации
4. Гипотензивное лечение

Эталон ответа: 1, 2, 3.

48. Место проведения самоподготовки:




читальный зал, учебная комната для самостоятельной контактной работы обучающихся, учебная лаборатория, палаты больных, кабинеты функциональной диагностики, модуль практических навыков, компьютерный класс.



49. Учебно-исследовательская работа обучающихся по данной теме:

1. Составить реферативное сообщение по теме «Морфологическая классификация ХГН».
2. Составить реферативное сообщение о современных группах фармакологических средств для лечения ХГН

10. Литература

Основная литература	
---------------------	--

<p>Маколкин, В. И. Внутренние болезни : учебник / Маколкин В. И. , Овчаренко С. И. , Сулимов В. А. - 6-е изд. , перераб. и доп. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 768 с. - ISBN 978-5-9704-3335-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970433355.html</p> <p></p> <p>(дата обращения: 21.02.2023).</p>	<p>Неограниченный досту</p>
<p>Маколкин, В. И. Внутренние болезни : учебник / В. И. Маколкин, С. И. Овчаренко, В. А. Сулимов. - 6-е изд., перераб. и доп. - М. : Гэотар Медиа, 2013. - 764 с.</p>	<p>64</p>
<p>Внутренние болезни : учебник : в 2 томах. - Т. 1 / под редакцией академика РАН А. И. Мартынова [и др.]. - 4-е изд., перераб. - Москва : ГЭОТАР-МЕДИА, 2021. - 772, [12] с.</p>	<p>5</p>
<p>Моисеев, В. С. Внутренние болезни : Том 1 : учебник : в 2 т. / од ред. Моисеева В. С. , Мартынова А. И. , Мухина Н. А. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 960 с. - ISBN 978-5-9704-5314-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970453148.html</p> <p>(дата обращения: 21.02.2023). </p>	<p>Неограниченный досту</p>
<p>Моисеев, В. С. Внутренние болезни : Том 2 : учебник : в 2 т. / под ред. Моисеева В. С. , Мартынова А. И. , Мухина Н. А. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 896 с. - ISBN 978-5-9704-5315-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970453155.html</p> <p>(дата обращения: 21.02.2023). </p>	<p>Неограниченный досту</p>
<p>Внутренние болезни : учебник : в 2 томах . - Т. 2. / под редакцией академика РАН А. И. Мартынова [и др.]. - 4-е изд., перераб. - Москва : ГЭОТАР-МЕДИА, 2021. - 693, [11] с.</p>	<p>5</p>
<p>Мартынов, А. И. Внутренние болезни : Т. I. : учебник / под ред. Мартынова А. И. , Кобалава Ж. Д. , Моисеева С. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 784 с. - ISBN 978-5-9704-5886-0. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант</p>	<p>Неограниченный досту</p>


<p>студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970458860.html  (дата обращения: 21.02.2023).</p>	
<p>Мартынов, А. И. Внутренние болезни : Т. II. : учебник / под ред. Мартынова А. И. , Кобалава Ж. Д. , Моисеева С. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 704 с. - ISBN 978-5-9704-5887-7. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970458877.html (дата обращения: 21.02.2023). </p>	Неограниченный досту
<p>Дополнительная литература</p>	
<p>Антифосфолипидный синдром : учебно-методическая разработка / П. В. Корой, В. Д. Саритхала, Л. В. Бородина и др. - Ставрополь : СтГМУ, 2020. - 32 с. - Текст : электронный // ЭБС "Букап" : [сайт]. - URL : https://www.books-up.ru/ru/book/antifosfolipidnyj-sindrom-13872537/ (дата обращения: 03.03.2023)</p>	Неограниченный досту
<p>Болезни органов кровообращения, пищеварения, почек и крови : электронное учебное пособие к практическим занятиям по дисциплине «Факультетская терапия» для обучающихся по специальности 31.05.01 Лечебное дело / Министерство здравоохранения Российской Федерации, Башкирский государственный медицинский университет, Кафедра факультетской терапии ; сост.: Г. Х. Мирсаева [и др.], под редакцией д.м.н., проф. Г. Х. Мирсаевой. - 3-е изд., перераб. и доп. - Уфа, 2022. - URL: http://library.bashgmu.ru/elibdoc/elib811.pdf.</p>	Неограниченный досту
<p>Болезни органов пищеварения и почек : электронное учебное пособие к практическим занятиям по дисциплине «Факультетская терапия» для обучающихся по специальности 31.05.02 Педиатрия / Министерство здравоохранения Российской Федерации, Башкирский государственный медицинский университет, Кафедра факультетской терапии ; сост.: Г. Х. Мирсаева [и др.], под редакцией д.м.н., проф. Г. Х. Мирсаевой. - 3-е изд., перераб. и доп. - Уфа, 2022. - Текст: электронный // БД</p>	Неограниченный досту






<p>«Электронная учебная библиотека» - URL: http://library.bashgmu.ru/elibdoc/elib813.pdf.</p>	
<p>Болезни органов дыхания : в 2 частях : учебное пособие для внеаудиторной самостоятельной работы обучающихся. - Ч. 1 : Пневмония. Острые инфекционные деструкции легких. / Министерство здравоохранения Российской Федерации, Башкирский государственный медицинский университет, Кафедра факультетской терапии; под редакцией профессора Г. Х. Мирсаевой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Уфа, 2021. - 131,[1] с.</p>	50
<p>Болезни органов дыхания : в 2 частях : учебное пособие для внеаудиторной самостоятельной работы обучающихся. - Ч. 2 : Хронический необструктивный бронхит. Хроническая обструктивная болезнь легких. Бронхиальная астма. / Министерство здравоохранения Российской Федерации, Башкирский государственный медицинский университет, Кафедра факультетской терапии; под редакцией профессора Г. Х. Мирсаевой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Уфа, 2021. - 133,[1] с.</p>	50
<p>Болезни органов дыхания и кровообращения [по специальности 31.05.02 Педиатрия] : электронное учебное пособие к практическим занятиям по дисциплине «Факультетская терапия» для обучающихся по специальности 31.05.02 Педиатрия / Министерство здравоохранения Российской Федерации, Башкирский государственный медицинский университет, Кафедра факультетской терапии ; сост.: Г. Х. Мирсаева [и др.] ; под редакцией д.м.н., проф. Г. Х. Мирсаевой. - 3-е изд., перераб. и доп. - Уфа, 2022. - Текст: электронный // БД «Электронная учебная библиотека». – URL: http://library.bashgmu.ru/elibdoc/elib814.pdf</p>	Неограниченный досту
<p>Букреева Е. Б. История болезни в терапевтической клинике : учебно-методическое пособие / Е. Б. Букреева, Л. И. Волкова, Н. С. Ямкина. - Томск : Издательство СибГМУ, 2017. - 46 с. - ISBN 9685005000210. - Текст : электронный // ЭБС "Букап" : [сайт]. - URL : https://www.books-up.ru/ru/book/istoriya-bolezni-v-terapevticheskoy-klinike-5064015/</p>	Неограниченный досту






(дата обращения: 03.03.2023).	
<p>Букреева Е. Б. Нарушения сердечного ритма : учебное пособие / Е. Б. Букреева, В. В. Боярко, Н. С. Ямкина. - Томск : Издательство СибГМУ, 2017. - 88 с. - ISBN 9687882005010. - Текст : электронный // ЭБС "Букап" : [сайт]. - URL : https://www.books-up.ru/ru/book/narusheniya-serdechnogo-ritma-5084739/</p> <p>(дата обращения: 03.03.2023).</p>	Неограниченный досту
<p>Внутренние болезни : учебник : в 2 томах : Т. 1. / М. В. Малишевский, С. М. Пантелеев, С. Л. Галян, Е. В. Жданова ; под редакцией профессора М. В. Малишевского. - 5-е изд., перераб. и доп. - Москва : МИА, 2020. - 869,[3] с.</p>	10
<p>Внутренние болезни : учебник : в 2 томах. - Т. 2 / М. В. Малишевский, С. М. Пантелеев, С. Л. Галян, Е. В. Жданова ; под редакцией профессора М. В. Малишевского. - 5-е изд., перераб. и доп. - Москва : МИА, 2020. - 732,[4] с.</p>	10
<p>Внутренние болезни: учебник с компакт-диском : в 2 т. / под ред. Н. А. Мухина, В. С. Моисеева, А. И. Мартынова. - М. : Гэотар Медиа, 2011 - . - Компакт-диск во 2 томе. Т. 1. - 2-е изд., испр. и доп. - 649 с.</p>	208
<p>Внутренние болезни : учебник с компакт-диском : в 2 т. / под ред. Н. А. Мухина, В. С. Моисеева, А. И. Мартынова. - М. : Гэотар Медиа, 2010 - . - Компакт-диск во 2 томе. Т. 1. - 2-е изд., испр. и доп. - 2010. - 649 с.</p>	99
<p>Внутренние болезни: учебник с компакт-диском : в 2 т. / под ред. Н. А. Мухина, В. С. Моисеева, А. И. Мартынова. - М. : Гэотар Медиа, 2012 - . Т. 2. - 2-е изд., испр. и доп. - 581 с. + 1 эл. опт. диск (CD-ROM).</p>	253
<p>Внутренние болезни : учебник с компакт-диском : в 2 т. / под ред. Н. А. Мухина, В. С. Моисеева, А. И. Мартынова. - М. : Гэотар Медиа, 2010 - . Т. 2. - 2-е изд., испр. и доп. – 581 с.</p>	101
<p>Волкова Л. И. Болезни органов дыхания : учебное пособие / Л. И. Волкова, Е. Б. Букреева, В. В. Боярко. - Томск :</p>	Неограниченный досту




<p>Издательство СибГМУ, 2016. - 152 с. - ISBN 9685005000280. - Текст : электронный // ЭБС "Букап" : [сайт]. - URL : https://www.books-up.ru/ru/book/bolezni-organov-dyhaniya-5046986/</p> <p>(дата обращения: 03.03.2023).</p>	
<p>Дворецкий, Л. И. Междисциплинарные клинические задачи / Дворецкий Л. И. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/06-COS-2330.html</p> <p>(дата обращения: 21.02.2023).</p>	Неограниченный досту
<p>Диагностика суставного синдрома : учебное пособие / Л. Н. Шилова, М. В. Левкина, Е. Г. Черкесова, М. В. Королева. - 2-е изд., перераб. и доп.. - Волгоград : ВолгГМУ, 2022. - 64 с. - ISBN 9785965208043. - Текст : электронный // ЭБС "Букап" : [сайт]. - URL : https://www.books-up.ru/ru/book/diagnostika-sustavnogo-sindroma-15850699/</p> <p>(дата обращения: 03.03.2023).</p>	Неограниченный досту
<p>Козлова Н. М. Болезни желчевыводящих путей : учебное пособие / Н. М. Козлова. - Иркутск : ИГМУ, 2020. - 76 с. - Текст : электронный // ЭБС "Букап" : [сайт]. - URL : https://www.books-up.ru/ru/book/bolezni-zhelchevyvodyacshih-putej-15644856/</p> <p>(дата обращения: 03.03.2023).</p>	Неограниченный досту
<p>Козлова Н. М. Хронический панкреатит : учебное пособие / Н. М. Козлова. - Иркутск : ИГМУ, 2020. - 78 с. - Текст : электронный // ЭБС "Букап" : [сайт]. - URL : https://www.books-up.ru/ru/book/hronicheskij-pankreatit-15674894/</p> <p>(дата обращения: 03.03.2023).</p>	Неограниченный досту
<p>Маколкин, В. И. Внутренние болезни. Тесты и ситуационные задачи : учебное пособие / Маколкин В. И. , Сулимов В. А. , Овчаренко С. И. и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 304 с. - ISBN 978-5-9704-2765-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL :</p>	Неограниченный досту







<p>https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970427651.html</p> <p></p> <p>(дата обращения: 21.02.2023).</p>	
<p>Моисеев, В. С. Алкогольная болезнь. Поражение внутренних органов / под ред. В. С. Моисеева - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 480 с. - ISBN 978-5-9704-2812-2. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970428122.html</p> <p>(дата обращения: 21.02.2023). </p>	Неограниченный досту
<p>Маскин С. С. Осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в 3 ч. Ч. 3 : Пенетрация язвы. Пилородуоденальный стеноз. Малигнизация язвы / С. С. Маскин. - Волгоград : ВолгГМУ, 2019. - 148 с. - Текст : электронный // ЭБС "Букап" : [сайт]. - URL : https://www.books-up.ru/ru/book/oslozhneniya-yazvennoj-bolezni-zheludka-i-dvenadcatiperstnoj-kishki-v-3-ch-ch-3-9816424/</p> <p>(дата обращения: 21.02.2023).</p>	Неограниченный досту
<p>Рыжкова О. В. Алгоритм диагностики и лечения цирроза печени : учебное пособие / О. В. Рыжкова. - Иркутск : ИГМУ, 2021. - 64 с. - Текст : электронный // ЭБС "Букап" : [сайт]. - URL : https://www.books-up.ru/ru/book/algoritm-diagnostiki-i-lecheniya-cirroza-pecheni-15643428/</p> <p>(дата обращения: 03.03.2023).</p>	Неограниченный досту
<p>Рыжкова О. В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь : учебное пособие / О. В. Рыжкова. - Иркутск : ИГМУ, 2020. - 64 с. - Текст : электронный // ЭБС "Букап" : [сайт]. - URL : https://www.books-up.ru/ru/book/gastroezofagealnaya-reflyuksnaya-bolezn-13253590/</p> <p>(дата обращения: 03.03.2023).</p>	Неограниченный досту
<p>Рыжкова О. В. Дифференциальная диагностика хронических гепатитов : учебное пособие / О. В. Рыжкова. - Иркутск : ИГМУ, 2020. - 62 с. - Текст : электронный // ЭБС "Букап" : [сайт]. - URL : https://www.books-</p>	Неограниченный досту






<p>up.ru/ru/book/differencialnaya-diagnostika-hronicheskikh-gepatitov-15654059/</p> <p>(дата обращения: 03.03.2023).</p>	
<p>Стаценко М. Е. Острое повреждение почек : Учебное пособие / М. Е. Стаценко, Н. А. Корнеева, М. В. Деревянченко. - Волгоград : ВолгГМУ, 2022. - 84 с. - ISBN 9785965207503. - Текст : электронный // ЭБС "Букап" : [сайт]. - URL : https://www.books-up.ru/ru/book/ostroe-povrezhdenie-pochek-15847137/</p> <p>(дата обращения: 03.03.2023).</p>	Неограниченный досту
<p>Трухан, Д. И.</p> <p>Дифференциальный диагноз основных пульмонологических симптомов и синдромов : учебное пособие / Д. И. Трухан, С. Н. Филимонов. - СПб. : СпецЛит, 2019. - 174, [1] с.</p>	15
<p>Романович Ю. К. Факультетская терапия (избранные разделы): в 3 т. Том 1 : Болезни суставов. Болезни почек. Артериальные гипертензии / Ю. К. Романович, В. А. Исаков, Н. Я. Дзеранова. - СПб : СпецЛит, 2020. - 255 с. - ISBN 9785299010732. - Текст : электронный // ЭБС "Букап" : [сайт]. - URL : https://www.books-up.ru/ru/book/fakultetskaya-terapiya-izbrannye-razdely-v-3-t-tom-1-11671181/</p> <p>(дата обращения: 21.02.2023).</p>	Неограниченный досту
<p>Шамов, И. А. Пропедевтика внутренних болезней с элементами лучевой диагностики : учебник / И. А. Шамов. - Москва : ГЭОТАР- Медиа, 2019. - 512 с. - ISBN 978-5-9704-5182-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970451823.html</p> <p></p> <p>(дата обращения: 21.02.2023).</p>	Неограниченный досту
<p>Мультимедиа</p>	
<p>Булатов, С. А. Практические умения для выпускника медицинского вуза / Булатов С. А. , Анисимов О. Г. , Абдулганиева Д. И. , Ахмадеев Н. Р. , Биккинеев Ф. Г. ,</p>	Неограниченный досту



<p>Горбунов В. А. , Орлов Ю. В. , Петухов Д. М. , Садыкова А. Р. , Саяпова Д. Р. - Казань : Казанский ГМУ. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/skills-3.html(дата обращения: 21.02.2023). </p>	
<p>Определение тургора кожи:[видеоматериалы] // Практические умения для выпускника медицинского вуза [Электронный ресурс]: Раздел 1: Терапия / С.А. Булатов, О.Г. Анисимов, Д.И. Абдулганиева [и др.]. - Казань. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : http://www.studmedlib.ru/ru/doc/SKILLS-3-A.html </p>	Неограниченный досту
<p>Определение отёчности: [видеоматериалы] // Практические умения для выпускника медицинского вуза [Электронный ресурс]: Раздел 1: Терапия / С.А. Булатов, О.Г. Анисимов, Д.И. Абдулганиева [и др.]. - Казань. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : http://www.studmedlib.ru/ru/doc/SKILLS-3-A.html </p>	Неограниченный досту
<p>Пальпация щитовидной железы: [видеоматериалы] // Практические умения для выпускника медицинского вуза [Электронный ресурс]: Раздел 1: Терапия / С.А. Булатов, О.Г. Анисимов, Д.И. Абдулганиева [и др.]. - Казань. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : http://www.studmedlib.ru/ru/doc/SKILLS-3-A.html </p>	Неограниченный досту
<p>Пальпация лимфатических узлов: [видеоматериалы] // Практические умения для выпускника медицинского вуза [Электронный ресурс]: Раздел 1: Терапия / С.А. Булатов, О.Г. Анисимов, Д.И. Абдулганиева [и др.]. - Казань. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : http://www.studmedlib.ru/ru/doc/SKILLS-3-A.html </p>	Неограниченный досту
<p>Определение резистентности грудной клетки и голосового дрожания: [видеоматериалы] // Практические умения для выпускника медицинского вуза [Электронный ресурс]:</p>	Неограниченный досту

<p>Раздел 1: Терапия. / С.А. Булатов, О.Г. Анисимов, Д.И. Абдулганиева [и др.]. - Казань. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : http://www.studmedlib.ru/ru/doc/SKILLS-3-A.html </p>	
<p>Сравнительная перкуссия легких: [видеоматериалы] // Практические умения для выпускника медицинского вуза [Электронный ресурс]: Раздел 1: Терапия / С.А. Булатов, О.Г. Анисимов, Д.И. Абдулганиева [и др.]. - Казань. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : http://www.studmedlib.ru/ru/doc/SKILLS-3-A.html </p>	Неограниченный досту
<p>Топографическая перкуссия легких: [видеоматериалы] // Практические умения для выпускника медицинского вуза [Электронный ресурс]: Раздел 1: Терапия / С.А. Булатов, О.Г. Анисимов, Д.И. Абдулганиева [и др.]. - Казань. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : http://www.studmedlib.ru/ru/doc/SKILLS-3-A.html </p>	Неограниченный досту
<p>Аускультация легких: [видеоматериалы] // Практические умения для выпускника медицинского вуза [Электронный ресурс]: Раздел 1: Терапия / С.А. Булатов, О.Г. Анисимов, Д.И. Абдулганиева [и др.]. - Казань. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : http://www.studmedlib.ru/ru/doc/SKILLS-3-A.html </p>	Неограниченный досту
<p>Определение бронхофонии: [видеоматериалы] // Практические умения для выпускника медицинского вуза [Электронный ресурс]: Раздел 1: Терапия / С.А. Булатов, О.Г. Анисимов, Д.И. Абдулганиева [и др.]. - Казань. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : http://www.studmedlib.ru/ru/doc/SKILLS-3-A.html </p>	Неограниченный досту
<p>Пальпация пульса и пульсации артерий: [видеоматериалы] // Практические умения для выпускника медицинского вуза [Электронный ресурс]: Раздел 1: Терапия / С.А. Булатов, О.Г. Анисимов, Д.И. Абдулганиева [и др.]. - Казань. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант</p>	Неограниченный досту

<p>студента" : [сайт]. - URL :</p> <p>http://www.studmedlib.ru/ru/doc/SKILLS-3-A.html </p>	
<p>Определение верхушечного толчка: [видеоматериалы] // Практические умения для выпускника медицинского вуза [Электронный ресурс]: Раздел 1: Терапия / С.А. Булатов, О.Г. Анисимов, Д.И. Абдулганиева [и др.]. - Казань. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : http://www.studmedlib.ru/ru/doc/SKILLS-3-A.html </p>	Неограниченный досту
<p>Перкуссия границ сердца: [видеоматериалы] // Практические умения для выпускника медицинского вуза [Электронный ресурс]: Раздел 1: Терапия / С.А. Булатов, О.Г. Анисимов, Д.И. Абдулганиева [и др.]. - Казань. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : http://www.studmedlib.ru/ru/doc/SKILLS-3-A.html </p>	Неограниченный досту
<p>Аускультация сердца: [видеоматериалы] // Практические умения для выпускника медицинского вуза [Электронный ресурс]: Раздел 1: Терапия / С.А. Булатов, О.Г. Анисимов, Д.И. Абдулганиева [и др.]. - Казань. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : http://www.studmedlib.ru/ru/doc/SKILLS-3-A.html </p>	Неограниченный досту
<p>Измерение АД методом Короткова: [видеоматериалы] // Практические умения для выпускника медицинского вуза [Электронный ресурс]: Раздел 1: Терапия / С.А. Булатов, О.Г. Анисимов, Д.И. Абдулганиева [и др.]. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : Казань. - http://www.studmedlib.ru/ru/doc/SKILLS-3-A.html </p>	Неограниченный досту
<p>Поверхностная пальпация живота: [видеоматериалы] // Практические умения для выпускника медицинского вуза [Электронный ресурс]: Раздел 1: Терапия / С.А. Булатов, О.Г. Анисимов, Д.И. Абдулганиева [и др.]. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. -</p>	Неограниченный досту

<p>URL : Казань. - http://www.studmedlib.ru/ru/doc/SKILLS-3-A.html </p>	
<p>Глубокая пальпация толстого кишечника: [видеоматериалы] // Практические умения для выпускника медицинского вуза [Электронный ресурс]: Раздел 1: Терапия / С.А. Булатов, О.Г. Анисимов, Д.И. Абдулганиева [и др.]. - Казань. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : http://www.studmedlib.ru/ru/doc/SKILLS-3-A.html </p>	Неограниченный досту
<p>Определение нижней границы желудка: [видеоматериалы] // Практические умения для выпускника медицинского вуза [Электронный ресурс]: Раздел 1: Терапия / С.А. Булатов, О.Г. Анисимов, Д.И. Абдулганиева [и др.]. - Казань. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : http://www.studmedlib.ru/ru/doc/SKILLS-3-A.html </p>	Неограниченный досту
<p>Пальпация печени: [видеоматериалы] // Практические умения для выпускника медицинского вуза [Электронный ресурс]: Раздел 1: Терапия / С.А. Булатов, О.Г. Анисимов, Д.И. Абдулганиева [и др.]. - Казань. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : http://www.studmedlib.ru/ru/doc/SKILLS-3-A.html </p>	Неограниченный досту
<p>Перкуссия печени: [видеоматериалы] // Практические умения для выпускника медицинского вуза [Электронный ресурс]: Раздел 1: Терапия / С.А. Булатов, О.Г. Анисимов, Д.И. Абдулганиева [и др.]. - Казань. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : http://www.studmedlib.ru/ru/doc/SKILLS-3-A.html </p>	Неограниченный досту
<p>Определение "пузырных" симптомов: [видеоматериалы] // Практические умения для выпускника медицинского вуза [Электронный ресурс]: Раздел 1: Терапия / С.А. Булатов, О.Г. Анисимов, Д.И. Абдулганиева [и др.]. - Казань. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : http://www.studmedlib.ru/ru/doc/SKILLS-3-A.html </p>	Неограниченный досту

<p>Пальпация селезенки: [видеоматериалы] // Практические умения для выпускника медицинского вуза [Электронный ресурс]: Раздел 1: Терапия / С.А. Булатов, О.Г. Анисимов, Д.И. Абдулганиева [и др.]. - Казань. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : http://www.studmedlib.ru/ru/doc/SKILLS-3-A.html </p>	<p>Неограниченный досту</p>
<p>Перкуссия селезенки: [видеоматериалы] // Практические умения для выпускника медицинского вуза [Электронный ресурс] : Раздел 1: Терапия / С.А. Булатов, О.Г. Анисимов, Д.И. Абдулганиева [и др.]. - Казань. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : http://www.studmedlib.ru/ru/doc/SKILLS-3-A.html </p>	<p>Неограниченный досту</p>
<p>Определение признаков скопления жидкости в брюшной полости: [видеоматериалы] // Практические умения для выпускника медицинского вуза [Электронный ресурс]: Раздел 1: Терапия / С.А. Булатов, О.Г. Анисимов, Д.И. Абдулганиева [и др.]. - Казань. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : http://www.studmedlib.ru/ru/doc/SKILLS-3-A.html </p>	<p>Неограниченный досту</p>
<p>Пальпация почек: [видеоматериалы] // Практические умения для выпускника медицинского вуза [Электронный ресурс]: Раздел 1: Терапия / С.А. Булатов, О.Г. Анисимов, Д.И. Абдулганиева [и др.]. - Казань. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : http://www.studmedlib.ru/ru/doc/SKILLS-3-A.html </p>	<p>Неограниченный досту</p>
<p>Определение дна мочевого пузыря: [видеоматериалы] // Практические умения для выпускника медицинского вуза [Электронный ресурс] : Раздел 1: Терапия / С.А. Булатов, О.Г. Анисимов, Д.И. Абдулганиева [и др.]. - Казань. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : http://www.studmedlib.ru/ru/doc/SKILLS-3-A.html </p>	<p>Неограниченный досту</p>
<p>Техника перкуссии: [видеоматериалы] // Практические умения для выпускника медицинского вуза [Электронный ресурс]: Раздел 1: Терапия / С.А. Булатов, О.Г. Анисимов, Д.И. Абдулганиева [и др.]. - Казань. - Текст : электронный</p>	<p>Неограниченный досту</p>

<p>// ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : http://www.studmedlib.ru/ru/doc/SKILLS-3-A.html </p>	
<p>Определение подвижности нижнего легочного края: [видеоматериалы] // Практические умения для выпускника медицинского вуза [Электронный ресурс]: Раздел 1: Терапия / С.А. Булатов, О.Г. Анисимов, Д.И. Абдулганиева [и др.]. - Казань. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : http://www.studmedlib.ru/ru/doc/SKILLS-3-A.html </p>	<p>Неограниченный досту</p>
<p>Электронно-библиотечная система «Консультант студента» для ВПО</p>	<p>www.studmedlib.ru</p>
<p>База данных «Электронная учебная библиотека»</p>	<p>http://library.bashgmu.ru</p>
<p>Электронно-библиотечная система «Букап»</p>	<p>https://www.books-up.ru/ru/catalog/faculty=fakultet;discipline=fakulprofessionalnye-bolezni/?page=2&sortK</p>
<p>База данных электронных журналов ИВИС</p>	<p>https://dlib.eastview.com</p>