

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра внутренних болезней

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ
к практическому занятию на тему: Введение в пропедевтику внутренних болезней.
Знакомство с Клиникой**

Дисциплина – Внутренние болезни

Специальность (код, название) - 31.05.02 Медицинская биофизика

Курс - IV

Семестр - VII

Уфа – 2023

Рецензенты:

1. Главный врач ГБУЗ Республиканский
кардиологический центр, к.м.н., Николаева И.Е.
2. Зав. кафедрой общей физики
Уфимского университета науки и технологий,
д.ф.-м.н., профессор Балапанов М. Х.

Авторы:

1. Ассистент кафедры внутренних болезней, Садретдинова Л.Д.
2. Доцент кафедры внутренних болезней, к.м.н. Габитова Д.М.
3. Зав. кафедрой внутренних болезней, доцент, к.м.н. Тюрин А.В.

Утверждено на заседании кафедры внутренних болезней № 9 от 05 апреля 2023г.

Занятие N 1

1. Тема и ее актуальность: Введение в пропедевтику внутренних болезней. Знакомство с Клиникой

Непосредственное обследование больного остается фундаментом практической деятельности врача-клинициста. Своевременная и правильная диагностика заболевания зависит от систематического и тщательного обследования больного, включающего:

- Субъективные и объективные методы исследования;
- Лабораторные и инструментальные (дополнительные) методы исследования.

На кафедре внутренних болезней, являющейся неотъемлемой частью фундаментальной клинической подготовки молодого специалиста, закладываются основы медицинской этики и деонтологии, формируются важные профессиональные навыки обследования больного, начинает формироваться клиническое мышление будущего врача. Дальнейшее совершенствование теоретической и практической подготовки врача широкого профиля продолжается на старших курсах- клиниках факультетской и госпитальной терапии.

2. Учебные цели:

- ознакомиться с клиникой и кафедрой внутренних болезней.
- усвоить унифицированную схему истории болезни; методику расспроса (ознакомиться с последовательностью и правилами расспроса больного на примере расспроса больного преподавателем).

Для формирования профессиональных компетенций обучающийся должен **знать**:

- анатомо-физиологические особенности органов и систем;
- методику исследования;
- возрастные особенности.

В результате освоения темы занятия студент должен **владеть и уметь**:

- провести опрос больного, собрать анамнез;
- правильно заполнить разделы истории болезни;
- и овладеть следующими компетенциями: ОПК-1, ОПК-3, ПК-3.

3. Материалы для самоподготовки к освоению данной темы:

Вопросы для самоподготовки:

- 1). Структура клиники (основные составляющие элементы).
- 2). Организация работы лечебно-профилактического учреждения (прием больного и оформление медицинской документации, организация лечебно-профилактического режима и др.).
- 3). Основные цели и задачи учебной дисциплины пропедевтики внутренних болезней.
- 4). Значение истории болезни как научно-медицинского и юридического документа.
- 5). Вклад отечественных ученых в разработку системы расспроса больного. Назовите основные разделы расспроса больного.
- 6). Значение паспортных данных в диагностике заболевания.
- 7). Что такое основные жалобы (жалобы с постепенным уточнением и их диагностическое значение).
- 8). Схема расспроса истории развития настоящего заболевания.
- 9). Схема расспроса истории жизни больного.

4. Вид занятия: практическое занятие.

5. Продолжительность: 6 академических часов.

6. Оснащение: унифицированная схема истории болезни (для каждого студента); словарь-справочник по латинской терминологии в пропедевтике внутренних болезней (для каждого студента); клинические истории болезни (5-6 больных); больные с различными заболеваниями (1 больной на 2-х студентов).

7. Содержание занятия.

7.1. Контроль исходного уровня знаний и умений.

- Задания для самоконтроля:
Типовые задачи (см. приложение).

7.2. Разбор с преподавателем узловых вопросов, необходимых для освоения темы занятия и демонстрация преподавателем методики практических приемов по данной теме.

- а). Знакомство с клиникой.
- б). Схема истории болезни.
- в). Расспрос больного.

Знакомство со структурой и работой клиники. Объем работы врача в стационаре. Пути госпитализации больных. Обратит внимание на правила поведения студентов в лечебных учреждениях.

Ознакомиться со схемой истории болезни - понять значение истории болезни как научно-медицинского и юридического документа, познакомиться со схемой истории болезни. Обратит внимание на необходимость четких записей, последовательности в исследовании больного. Просмотреть несколько историй болезни, предложенных преподавателем.

Ознакомиться с методикой расспроса больного, схемой расспроса, особенностями психотерапевтического подхода к больному.

(Преподаватель демонстрирует на больном методику расспроса).

7.3. Самостоятельная работа студентов под руководством преподавателя (курация больных, оформление результатов проведенных исследований – написание фрагмента истории болезни).

Задание №1 - провести расспрос больного по следующей схеме:

- Паспортные данные больного (фамилия, имя, отчество), возраст, место жительства, место работы, профессия.

- Жалобы больного на момент осмотра. Они должны быть детализированы. Под детализацией жалоб понимается уточнение локализации неприятных ощущений (болей), их иррадиация (место отражения), интенсивность, характер (колет, сжимает, давит, жжет), время появления неприятных ощущений (болей), их длительность, причина, вызывающая их появление, от чего проходят.

Вначале излагаются основные жалобы, затем дополнительные. Помимо самостоятельно предъявленных жалоб необходимо активное их выявление. С помощью наводящих вопросов следует провести детальный опрос о состоянии остальных систем организма.

Опрос по системам провести по следующей схеме:

- Сердечно-сосудистая система: одышка (при движении, в покое, приступообразная), сердцебиение, отеки, боли в левой половине грудной клетки.

- Дыхательная система: одышка, кашель (сухой, с мокротой, постоянный, приступообразный), боли в грудной клетке при дыхании и кашле, характер мокроты (количество за сутки, цвет, запах, примесь крови).

- Система пищеварения: нарушение аппетита (снижение, повышение), диспепсические явления (тошнота, рвота, отрыжка, изжога), характер стула, боли в животе (их локализация, иррадиация, длительность, связь с приемом пищи).

- Мочевыделительная система: учащенное, болезненное мочеиспускание, боли в поясничной области, изменение характера мочи.

- Нервная система: работоспособность, уравновешенность нервных процессов, раздражительность, характер сна (легко засыпает, сколько часов спит подряд, легко ли просыпается, прибегает ли к снотворным).

- История данного заболевания (воспоминание о болезни). Для этого необходимо выяснить особенности начала (когда, внезапно или постепенно развились признаки заболевания и какие) и течение острого заболевания. К последним относится время появления, динамика симптомов, как установленных при опросе о жалобах, так и уже исчезнувших к моменту обращения к врачу, применявшееся лечение и его эффективность. Если повышалась температура, уточнить ее уровень и продолжительность.

В истории развития хронического заболевания должны быть указаны год его начала (или сколько лет пациент считает себя больным), первые симптомы заболевания, динамика заболевания в хронологической последовательности от первых симптомов до момента поступления в клинику, периоды ремиссий и обострения, частота последних. Лечебные и профилактические мероприятия их эффект. Непосредственные причины данной госпитализации (ухудшение состояния, безуспешность предыдущего лечения, поступление в порядке неотложной помощи, уточнение диагноза). Изменение в самочувствии больного за время пребывания в клинике (лучше, хуже). Какие симптомы исчезли, какие появились. Указать, какое лечение получал больной.

- Анамнез жизни. Для этого необходимо получить сведения о разнообразных факторах, воздействие которых могло обусловить те или иные особенности организма больного и его реакцию на различные раздражители, способствовать развитию определенного заболевания. Основные разделы анамнеза жизни, следующие:

- Краткие биографические сведения о больном (где родился, каким ребенком в семье, как рос и развивался, в каком возрасте пошел в школу, не отставал ли в развитии от сверстников, сколько классов окончил. Служба в рядах Вооруженных сил. Учеба в вузе. Когда и кем начал свою трудовую деятельность).

- Производственные условия и профессиональные вредности (продолжительность рабочего дня, сменная работа или нет, сколько смен, сколько выходных дней, вредные воздействия на работе).

- Материально-бытовые условия (проживает в отдельной или коммунальной квартире, метраж, сколько человек проживает в квартире, материальная обеспеченность (хорошая, удовлетворительная, плохая)).

- Режим и характер питания (сколько раз в день принимает пищу, сколько раз горячую, питается дома, в столовой).

- Перенесенные заболевания (перечислить все перенесенные заболевания, включая детские инфекции, операции, какие и когда, травмы).

- Привычные интоксикации (злоупотребляет алкоголем или нет, если лечился от алкоголизма, то где и когда, сколько лет курит, сигареты или папиросы, их количество).

- Семейная жизнь (время женитьбы, замужества, здоровье детей).

- Гинекологический анамнез женщин (начало менструаций, их регулярность, продолжительность, число беременностей, родов, аборт. При наличии климакса – проявления его, в каком возрасте появились).

- Наследственность (здоровье, причина смерти родителей, братьев, сестер. Особое внимание обратить на патологию, имеющую значение для заболевания больного).

- Аллергологический анамнез (непереносимость лекарств, пищевых продуктов, вакцин, повышенная чувствительность к пище, запахам и т.д. Если была реакция на лекарства, выяснить проявления: крапивница, отек лица, гортани, анафилактический шок).

- Эпидемиологический анамнез (болел ли желтухой – да или нет, переливали ли кровь – да или нет, когда; контакты с инфекционными больными – да или нет, когда, по какой инфекции; выезжал ли за последние 6 месяцев из города – да или нет, когда, куда; получал ли больной до поступления в клинику инъекции – да или нет, когда, где; характер стула (оформленный, жидкий, наличие патологических примесей примесей)).

- Страховой анамнез (для острых заболеваний – с какого числа больничный лист; для хронических заболеваний – с какого числа последний больничный лист, сколько дней нетрудоспособности было за год по данному заболеванию. Если есть группа инвалидности, то какая и с какого времени).

Задание №2 - записать данные, полученные при расспросе больного (при опросе по системам не следует писать: одышки нет, болей в сердце нет. Записывать следует те жалобы, которые удалось выявить).

При выявлении непереносимости лекарственных средств на первой странице истории болезни следует написать красными чернилами: больной не переносит пенициллин! Для больных, перенесших инфекционный гепатит, необходима отметка на первой странице истории болезни – красный треугольник, с указанием года болезни).

В присутствии группы доложить преподавателю полученные результаты самостоятельной работы с больными.

7.4. Контроль освоения темы занятия:
ситуационные задачи (приложение).

Место проведения самоподготовки:

читальный зал, учебная комната для самостоятельной работы студентов.

Учебно-исследовательская работа студентов по данной теме:

1). Отечественные терапевтические школы:

В.П. Образцова - Н.Д. Стражеско;

В.Х. Василенко; Е.М. Тареева; А.М. Мясникова.

2). Самостоятельное поведение расспроса больного (жалобы, анамнез данного заболевания, анамнез жизни).

3). Дополнения к практическому занятию N 1:

1. Самостоятельный разбор студентами текущих и архивных историй болезни стационара для анализа пропедевтических ошибок.

2. Выявление и анализ пропедевтических ошибок в историях болезни при расспросе и объективном исследовании больного.

3. Характеристика работы основных функциональных подразделений клиники и поликлиники с позиций научной организации труда (НОТ).

Выработка деонтологических навыков у студентов:

1) Медицинская документация и больной.

2) Проблема взаимоотношений "студент - пациент".

3) Нормы массовой информации, рекламы для населения; близкие родственники, работающие в медучреждениях, как источники нежелательной информации.

4) Деонтология медицинской сестры.

5) Деонтологические проблемы консилиума, обсуждение диагноза в присутствии больного.

6) Деонтологические проблемы врачебных ошибок.

7) Врачебная тайна. Юридические и моральные аспекты врачебной тайны в случае социально опасных болезней.

8) Этика расспроса пациента и родственников. Типы вопросов: открытые, закрытые и наводящие; вопросы, задевающие достоинство больного.

9) Этика врачебного осмотра; контакт врача с больным; влияние мимики, жестов, поступков врача на больного.

10) Деонтологические вопросы направления больного на различные процедуры, специальные исследования.

- 11) Ответственность врача за выбор методов исследования, назначение лабораторных и инструментальных методов исследования и возможность возникновения ятрогенных заболеваний.

Литература.

Основная:

1. Моисеев В.С. Внутренние болезни: учебник. [Электронный ресурс]: в 2-х т. Электрон. текстовые дан. Т.1. -on-line. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970425794.html> / В.С. Моисеев, А.И. Мартынов, Н.А. Мухин. - М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2013г.

Дополнительная:

1. Внутренние болезни. Тесты и ситуационные задачи [Электронный ресурс]: учеб. пособие- Электрон. текстовые дан. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970423912.html>/ В. И. Маколкин [и др.]. - М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2012

2. Междисциплинарные клинические задачи [Электронный ресурс]: сборник. Электрон. текстовые дан. -on-line. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/06-COS-2330.html>/ Л. И. Дворецкий. - М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2012

3. Внутренние болезни: руководство к практическим занятиям по факультетской терапии [Электронный ресурс]: учеб. Пособие. - Электрон. текстовые дан. - on-line. - Режим доступа: ЭБС «Консультант студента» <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970411544.html>/ В. И. Подзолков, А. А. Абрамова, О. Л. Белая [и др.] /под ред. В. И. Подзолкова. - М.: ГЭОТАР Медиа, 2010

Приложение 1

Укажите один наиболее правильный ответ:

1. Целью преподавания пропедевтики внутренних болезней является:

- а) обучение методике распознавания болезней и написания истории болезни;
- в) обучение методам исследования и интерпретации лабораторно-инструментальных обследований больных;
- с) обучение методам исследования больных, синдромальной и нозологической диагностике, оформление истории болезни, основные принципы лечения.
- д) обучение интерпретации лабораторно-инструментальных исследований диагноза заболеваний и приёмы лечения.
- е) изучение симптоматиологии заболеваний внутренних органов и написание истории болезни.

2. Пропедевтика, как научная дисциплина, состоит из 3 основных разделов:

- а) врачебно-диагностическая техника, симптоматика заболеваний внутренних органов, лечебные мероприятия.
- в) врачебно-диагностическая техника, симптоматология заболеваний внутренних органов, методология постановки диагноза.
- с) синдромальная диагностика, лечебно-профилактические исследования, врачебная деонтология.
- д) лабораторная диагностика, семиология заболевания, лечение заболеваний внутренних органов.
- е) физикальное исследование больного, симптоматология и методология постановки диагноза.

3. Выберите ответ по схеме:

Верно: 1,2,3 1,3; 2,4 4 1,2,3,4

Ответ:

3.1. Анамнестический метод исследования состоит из:

1. Выяснения общих сведений о больном;
2. Изучения основных жалоб с постепенным уточнением;
3. Истории развития настоящего заболевания;
4. Истории жизни больного;

3.2. К основным клиническим методам исследования, кроме расспроса, относятся:

1. Осмотр
2. Ощупывание
3. Выстукивание
4. Выслушивание

3.3. К дополнительным диагностическим методам исследования относятся

1. Лабораторные
2. Рентгенологические
3. Эндоскопические
4. Биопсия и цитодиагностика
4. Установите правильную последовательность:

4.1. В проведении общего осмотра и осмотра областей тела:

- | | |
|-----------------|-----------------------|
| 1. Общий осмотр | 6. Туловище |
| 2. Голова | 7. Кости |
| 3. Шея | 8. Кожа |
| 4. Лицо | 9. Слизистые оболочки |
| 5. Конечности | 10. Суставы |
| | 6. Волосяной покров |

4.2. Установите последовательность расстройств сознания:

1. Сопорозное состояние (Sopor)
 2. Ступорозное состояние (Stupor)
 3. Коматозное состояние (Coma)
- Ответ: 2,1,3.

5. Установите соответствие:

<u>Заболевания</u>	<u>Выражение лица</u>
1. Заболевания почек	А - одутловатое
2. Частые приступы удушья и кашля	Б - "Лицо Корвизара"
3. Скопление выпота в полости плевры и перикарда	В - лихорадочное лицо (facies febrilis)
4. Слипчивый медиастинно-перикардит	Г - Акромегалическое лицо
5. Сдавление верхней полой вены	Д - Микседематическое лицо
1. Опухоль средостения	Е - Базедово лицо (facies hasedovica)
2. Сердечная недостаточность	Ж - "Львиное лицо"
3. Крупозное воспаление легких	У - "Маска Паркинсона"
4. Сыпной тиф	К - "Восковой куклы"
5. Брюшной тиф	Л - "Сардонический смех" (Risus sardonicus)
6. Туберкулез	М - Гиппократ (facies Hippocratica)

7. Сепсис
8. Акромегалия
9. Микседема
10. Тиреотоксикоз
11. Иценко-Кушинга
12. Проказа
13. Энцефалит
14. Анемия Аддисона-Бирмера
15. Столбняк
16. Разлитой перитонит

Н - Красное, лунообразное, лоснящееся

Ответ:

1 - А	2 - А	3 - А	4 - А	5 - А	
6 - А	7 - Б	8 - В	9 - В	10 - В	
11 - В	12 - В	13 - Г	14 - Д	15 - Е	
16 - Н	17 - У	18 - У	19 - К	20 - У	21 - М

5. Каковы внешние проявления астенического телосложения по скелетотопическому соотношению?

- а) угол Людовика выражен отчетливо
- б) преобладание продольных размеров тела над поперечными
- в) высокое стояние диафрагмы, туловище относительно длиннее, чем конечности
- г) угол Людовика отсутствует
- д) грудной отдел туловища равен приблизительно брюшному
- е) мышечная гипотония

6. Каковы внешние проявления астенического телосложения по состоянию грудной клетки?

- а) угол Людовика выражен отчетливо
- б) преобладание продольных размеров тела над поперечными
- в) высокое стояние диафрагмы, туловище относительно длиннее, чем конечности
- г) угол Людовика отсутствует
- д) грудной отдел туловища равен приблизительно брюшному
- е) мышечная гипотония

7. Каковы внешние проявления астенического типа телосложения по развитию мышечной системы?

- а) угол Людовика выражен отчетливо
- б) преобладание продольных размеров тела над поперечными
- в) высокое стояние диафрагмы, туловище относительно длиннее, чем конечности
- г) угол Людовика отсутствует
- д) грудной отдел туловища равен приблизительно брюшному
- е) мышечная гипотония

8. Какие внешние признаки характерны для нормостенического типа сложения по скелетотопическому соотношению?

- а) угол Людовика выражен отчетливо
- б) преобладание продольных размеров тела над поперечными
- в) развитие и тонус мышечной системы соответствует возрасту
- г) высокое стояние диафрагмы
- д) угол Людовика отсутствует
- е) грудной отдел туловища равен приблизительно брюшному;

9. Какие внешние признаки характерны для нормостенического типа сложения по состоянию грудной клетки?

- а) угол Людовика выражен отчетливо
- б) преобладание продольных размеров тела над поперечными
- в) развитие и тонус мышечной системы соответствует возрасту
- г) высокое стояние диафрагмы
- д) угол Людовика отсутствует
- е) грудной отдел туловища равен приблизительно брюшному;

10. Какие внешние признаки характерны для нормостенического типа сложения по развитию мышечной системы?

- а) угол Людовика выражен отчетливо
- б) преобладание продольных размеров тела над поперечными
- в) развитие и тонус мышечной системы соответствует возрасту
- г) высокое стояние диафрагмы
- д) угол Людовика отсутствует
- е) грудной отдел туловища равен приблизительно брюшному;

11. Каковы внешние проявления гиперстенического типа телосложения?

- 1) высокое стояние диафрагмы, туловище относительно длиннее, чем конечности
- 2) переднезадний размер грудной клетки приближается к боковому
- 3) угол Людовика сильно выражен
- 4) гиперфункция щитовидной железы и гипопфиза

ВАРИАНТЫ ОТВЕТА:

- а) 1,2,3; б) 1 и 3; в) 2 и 4; г) 4; е) все ответы верны

12. Как называется крайняя степень исхудания?

- 1) гипотрофия
- 2) атрофия
- 3) атония
- 4) кахексия

ВАРИАНТЫ ОТВЕТА:

- а) 1, 2, 3
- б) 1, 3
- в) 2, 4
- г) 4
- д) все верно

13. Какова методика объективной оценки изменения массы тела больного?

- 1) определение массы тела с помощью специальных медицинских весов и оценка по таблице с учетом возраста и пола
- 2) исследование мышечной силы с помощью динамометра
- 3) росто-весовой показатель Кетле
- 4) индекс относительной силы

ВАРИАНТЫ ОТВЕТА:

- а) 1, 2, 3; б) 1 и 3; в) 2 и 4; г) 4; д) все ответы верны

14. Укажите вид отеков, если отеки диффузные, "мягкие», локализируются преимущественно на лице, увеличиваются утром, а к вечеру - уменьшаются; сопровождаются бледностью кожи.

- а) сердечные отеки
- б) почечные отеки
- в) аллергический отек (например, отек Квинке)
- г) воспалительный отек
- д) отеки при гипотиреозе (микседема)

15. Для периферического цианоза характерно...

- а) диффузный характер, серый оттенок, "теплый" цианоз
- б) дистальная локализация (acroцианоз), "холодный" цианоз
- в) ни одна из перечисленных характеристик

16. Цианоз кожи появляется, если в периферической крови...

- а) увеличивается содержание карбоксигемоглобина
- б) увеличивается содержание оксигемоглобина
- в) увеличивается содержание восстановленного гемоглобина (больше 20 г/л)
- г) увеличивается содержание восстановленного гемоглобина (больше 50 г/л)
- д) увеличивается содержание восстановленного гемоглобина (больше 80 г/л)

Приложение 2.

Ситуационные задачи.

1. Врач-терапевт, собирая анамнез болезни у заболевшего врача-хирурга, на вопросы что у Вас болит, что Вас беспокоит, получил ответ: "Беспокоят боли в сердце постоянного характера." Можно ли выше сказанные жалобы без изменения внести в историю болезни?

2. Врач-хирург, осматривая заболевшего терапевта, на вопрос что у Вас болит, получил ответ: "Меня беспокоят сильные постоянные боли ноющего характера в области аппендикса". Можно ли без изменения ответ больного врача перенести в историю болезни?

3. Больной, рассказывая врачу о начале болезни, заявил, что у него внезапно появились сильные боли под ложечкой - словно, кинжалом ударили. Насколько целесообразно выражение «кинжалом ударили» занести в историю болезни.

4. Рабочий телевизионного завода, рассказывая врачу о болезни, сказал, что у него бывают сильные ознобы, во время которых его трясет, "как будто на вибрационном испытательном стенде". Целесообразно ли последнюю фразу больного перенести в историю болезни?

5. Врачу психиатру необходимо собрать анамнез у заболевшего рабочего. Для этого врачу предоставлено на выбор два помещения - большая светлая комната, в которой у аварийного телефона дежурит сотрудник завода, и небольшая, плохо освещенная комната. Которое из этих помещений должен выбрать врач для собирания анамнеза?

6. Студент, заподозрив у обследуемого больного запущенный рак желудка, задал ему вопросы: «Болели ли Ваши ближайшие родственники раком? Не было ли рака у Вашего отца, матери? Посылал ли Вас участковый Врач к онкологу на консультацию? Находили ли у Вас опухоль в животе?» Есть ли необходимость в постановке этих вопросов? Уместна ли постановка вопросов в такой форме?

7. Невропатолог определил у больного наличие остаточных явлений давно перенесённой травмы головного мозга. однако больной категорически отрицает наличие в анамнезе травмы головы. Можно ли считать заключение невропатолога справедливым?

8. В каких случаях при собирании анамнеза заболевания проводится опрос родственников или знакомых больного?

9. Какого цвета стены и какое освещение вы порекомендовали для смотрового кабинета дерматологического диспансера?

10. Студент во время ночного дежурства осмотрел больного и не нашел изменений окраски кожных покровов и видимых слизистых. Утром он обнаружил у этого больного желтушное окрашивание кожи и склер и сделал вывод о наличии желтухи, развившейся в течение ночи. Справедлив ли вывод студента?

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра внутренних болезней

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ
к практическому занятию на тему: Основные методы физикального обследования
пациентов**

Дисциплина – Внутренние болезни

Специальность (код, название) - 31.05.02 Медицинская биофизика

Курс - IV

Семестр - VII

Уфа – 2023

Рецензенты:

1. Главный врач ГБУЗ Республиканский
кардиологический центр, к.м.н., Николаева И.Е.
2. Зав. кафедрой общей физики
Уфимского университета науки и технологий,
д.ф.-м.н., профессор Балапанов М. Х.

Авторы:

1. Ассистент кафедры внутренних болезней, Садретдинова Л.Д.
2. Доцент кафедры внутренних болезней, к.м.н. Габитова Д.М.
3. Зав. кафедрой внутренних болезней, доцент, к.м.н. Тюрин А.В.

Утверждено на заседании кафедры внутренних болезней № 9 от 05 апреля 2023г.

Занятие N 2

1.Тема и ее актуальность: Основные методы физикального обследования пациентов

Общий осмотр больного как метод диагностики сохраняет свое значение и в настоящее время для врача любой специальности. Весьма существенной особенностью метода является то, что с его помощью можно составить общее представление об организме больного в целом. Наконец патологические признаки, отмеченные врачом при первом осмотре, оказывают существенную помощь в постановке вопросов при сборе анамнеза и иногда позволяют поставить правильный диагноз с «первого взгляда», например, изменение черт лица при акромегалии, увеличение щитовидной железы, характерные глазные симптомы, истощение, дрожание опущенных век и пальцев рук при тиреотоксическом зобе.

Для того чтобы использовать все возможности осмотра, врачу необходимо тренироваться, проводить осмотр при соблюдении определенных правил, стремясь к его последовательности и полноте.

2.Учебные цели:

- научиться правильно, последовательно проводить общий осмотр больного.
- уметь оценить полученные данные.

В результате освоения темы занятия студент должен уметь:

- провести общий осмотр больного (техника, последовательность, форма записи полученных данных);
- выделить симптомы, выявленные общим осмотром; дать клиническую оценку полученным данным;
- оценить результаты антропометрического обследования (рост, масса тела, окружность грудной клетки). Формула Брока, индекс Пинье, индекс Кетле.

Для формирования умения студенты должны **владеть и уметь:**

- диагностическое значение осмотра больного;
- схема проведения общего осмотра.

- и овладеть следующими компетенциями: ОПК-1, ОПК-3, ПК-3.

3. Материалы для самоподготовки к освоению данной темы:

Вопросы для самоподготовки:

1. Какое положение называется пассивным?
2. Что такое вынужденное положение?
3. Какие вынужденные положения Вы знаете?
4. Назовите степени угнетения сознания.
5. Что такое помрачение сознания?
6. Что такое ступор?
7. Что такое спячка и кома, в чем их отличие?
8. Понятие конституции.
9. Какие Вы знаете конституциональные типы?
10. Как определить конституциональный тип больного?
11. Как может изменяться окраска кожных покровов?
12. Что такое цианоз, какие виды цианоза Вы знаете?
13. Что такое акроцианоз, при заболевании какой системы он возникает, механизм его возникновения?
14. Что такое диффузный цианоз? Механизм его возникновения? Для заболевания какой системы он характерен?
15. Как оценить степень выраженности подкожной жировой клетчатки?
16. Что такое ожирение?
17. Что такое кахексия?
18. Что такое пастозность?
19. Что такое анасарка?
20. Какие причины отеков Вы знаете?
21. Что такое «пляска каротид»?
22. Что такое экзофтальм?
23. Что такое зоб?
24. Для какой группы заболеваний характерны изменения ногтевых фаланг типа «барабанных палочек» и ногтей в виде «часовых стекол»?
25. Что такое «дермографизм»?

4. Вид занятия: практическое занятие.

5. Продолжительность: 6 академических часа.

6. Оснащение: унифицированная схема истории болезни (для каждого студента); словарь-справочник по латинской терминологии в пропедевтике внутренних болезней (для каждого студента); клинические истории болезни (5-6 больных); больные с различными заболеваниями (1 больной на 2-х студентов).

7. Содержание занятия.

7.1. Контроль исходного уровня знаний и умений.

- Задания для самоконтроля:

Тесты (см. приложение 1):

Задание (тест) 1.

Задание (тест) 2.

Задание (тест) 3.

Типовые задачи (см. приложение 2).

7.2. Разбор с преподавателем узловых вопросов, необходимых для освоения темы занятия и демонстрация преподавателем методики практических приемов по данной теме:

- проведение общего осмотра (классическая методика исследования объективного статуса) пациента без видимых патологических изменений (можно здорового человека).

- общий осмотр пациента с наличием внешних проявлений болезни (отеки, цианоз, вынужденное положение и пр.) совместно с преподавателем (демонстрация техники, последовательности).

Преподаватель демонстрирует на больном методику расспроса и общего осмотра: обратить внимание на общее состояние пациента, положение (активное, пассивное, вынужденное), сознание, виды его нарушения, выражение его лица. Определить конституционный тип, состояние кожных покровов (окраска, местные изменения, тургор), видимых слизистых, дермографизм, состояние подкожной жировой клетчатки (наличие отеков), подкожных вен, лимфатические узлы. Оценить антропометрические данные (рост, масса тела, окружность грудной клетки), значение динамометрии, термометрии. Оценить состояние костно-суставной системы. Демонстрация больных с характерными симптомами, выявленными, общим осмотром с их объяснениями.

7.3. Самостоятельная работа студентов под руководством преподавателя:

Задание №1 - провести общий осмотр больного:

- оценить общее состояние больного (удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое);
- определить положение больного (активное, пассивное, вынужденное);
- оценить сознание больного (ясное, помрачение, ступор, кома);
- оценить конституциональный тип больного (нормостеник, астеник, гиперстеник);
- антропометрические данные (рост (см), масса тела (кг));
- оценить соответствие возрасту по внешнему виду, паспортным данным (соответствует, выглядит старше своего возраста или моложе);
- оценить состояние кожных покровов и видимых слизистых;
- отметить наличие рубцов, высыпаний;
- оценить цвет кожных покровов (бледность, желтушность, цианоз (acroцианоз, диффузный цианоз));
- оценить влажность кожных покровов (обычная, повышена, сухость кожных покровов);
- оценить состояние подкожной жировой клетчатки;
- оценить степень выраженности ее по толщине кожной складки на уровне пупка (удовлетворительная, чрезмерная, слабая);
- отметить наличие отеков, степень их выраженности (пастозность, анасарка);
- определить тургор тканей (сохранен, снижен);
- оценить состояние периферических лимфатических узлов (размеры, консистенция, болезненность, подвижность);
- провести осмотр головы (оценить форму черепа, выражение лица больного, состояние глазных яблок (экзофтальм), обратить внимание на сосуды);
- оценить состояние костно-суставной системы (форма суставов, наличие деформаций, объем активных и пассивных движений, болезненность; обратить внимание на возможные изменения концевых фаланг пальцев рук и ног типа «барабанных палочек» и изменение ногтей типа «часовых стекол»);
- оценить степень развития (хорошее, слабое, умеренное) и состояние мышечной системы (тонус, сила);

- провести осмотр и пальпацию щитовидной железы (размеры, наличие узлов);
- определить неврологические симптомы, доступные неспециалисту: ригидность затылочных мышц, симметричность зрачков и их реакция на свет, характер дермографизма (белый, красный);

Задание №2 - записать полученные данные. Записывается только патология. Формы записи:
«...Кожные покровы обычной окраски, чистые.»; «...Кожные покровы желтушны, на груди, на спине имеются “сосудистые звездочки”»; «...Периферические лимфатические узлы не изменены»; «...Подмышечные лимфатические узлы с обеих сторон увеличены до размеров грецкого ореха, безболезненные, плотные, малоподвижные»; «...Форма суставов не изменена. Активные движения в суставах в полном объеме».

7.4 – Контроль освоения темы занятия:

- Материалы для контроля уровня освоения темы:
тесты (приложение №1),
ситуационные задачи (приложение №2).

Место проведения самоподготовки:

читальный зал, учебная комната для самостоятельной работы студентов.

Учебно-исследовательская работа студентов по данной теме:

- 1). Отечественные терапевтические школы:
В.П.Образцова – Н.Д.Стражеско;
В.Х.Василенко; Е.м.Тареева; А.М.Мясникова.
- 2).
 1. Самостоятельное проведение общего осмотра больного по схеме истории болезни с выявлением патологических изменений, их оценкой.
 2. Запись результатов общего осмотра в истории болезни.
 3. Решение ситуационных задач.

Литература.

Основная:

1. Моисеев В.С. Внутренние болезни: учебник. [Электронный ресурс]: в 2-х т. Электрон. текстовые дан. Т.1. -on-line. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970425794.html> / В.С. Моисеев, А.И. Мартынов, Н.А. Мухин. - М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2013г.

Дополнительная:

1. Внутренние болезни. Тесты и ситуационные задачи [Электронный ресурс]: учеб. пособие- Электрон. текстовые дан. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970423912.html>/ В. И. Маколкин [и др.]. - М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2012
2. Междисциплинарные клинические задачи [Электронный ресурс]: сборник. Электрон. текстовые дан. -on-line. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/06-COS-2330.html>/ Л. И. Дворецкий. - М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2012
3. Внутренние болезни: руководство к практическим занятиям по факультетской терапии [Электронный ресурс]: учеб. Пособие. - Электрон. текстовые дан. - on-line. - Режим доступа: ЭБС «Консультант студента» <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970411544.html>/ В. И. Подзолков, А. А. Абрамова, О. Л. Белая [и др.] /под ред. В. И. Подзолкова. - М.: ГЭОТАР Медиа, 2010

Приложение 1

Задачи к занятию № 2:

1. Больной спит, дыхание глубокое, храпящее. Разбудить его не удается. При уколе – руку не отдергивает. Какое состояние у больного? При заболевании каких систем и органов это может наблюдаться?
2. Больной спит, дыхание ровное, спокойное. На громкий окрик открывает глаза и снова засыпает. Какое состояние у больного?
3. У больного лицо бледное с синюшным оттенком, глаза глубоко ввалившиеся, роговицы тусклые, черты лица осунувшиеся, нос заострен, лицо покрыто холодным потом. Кем описано данное «лицо», для какого заболевания оно характерно?
4. Больной сидит, опираясь руками о постель, ноги спущены вниз. Отмечается выраженный акроцианоз, анасарка. Как называется положение, которое занимает больной? Для заболевания какой системы характерны выявленные при общем осмотре данные?
5. Толщина жировой складки у больного на уровне пупка 6 см. Какова степень выраженности подкожной жировой клетчатки (удовлетворительная, повышенная, пониженная)? Как называется подобное состояние?

Приложение 2

1. Укажите правильную последовательность физических методов исследования:
 - a. пальпация, осмотр, перкуссия, аускультация
 - b. осмотр, пальпация, аускультация, перкуссия
 - c. осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация
 - d. осмотр, аускультация, пальпация, перкуссия
 - e. расспрос, осмотр, перкуссия, пальпация, аускультация
2. К инвазивным методам обследования относится:
 - a. эндоскопия
 - b. лапароскопия
 - c. УЗИ
 - d. рентгенография
 - e. фонокардиография
3. Температура тела свыше 41°С называется:
 - a. субфебрильной
 - b. умеренно повышенной
 - c. высокой
 - d. чрезмерно высокой
 - e. гиперпиретической
4. Какой законодательный акт наиболее широко освещает юридические аспекты взаимоотношений врача и пациента:
 - a. «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации»
 - b. «О соблюдении конфиденциальности сведений, составляющих врачебную тайну»
 - c. «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан»
 - d. «О программе государственных гарантий обеспечения граждан РФ бесплатной медицинской помощью»
 - e. «Об экспертизе нетрудоспособности»

5. Дееспособный пациент старше 15 лет:

- a. не имеет права знать свой диагноз и используемые методы лечения
- b. имеет право знать диагноз и методы лечения, за исключением неоперабельной стадии рака
- c. имеет право знать диагноз, методы лечения - нет
- d. может узнать методы лечения, диагноз - нет
- e. имеет право знать диагноз и методы лечения, согласно закону

6. В приемное отделение ночью привозят пациента 13 лет, которому в неотложном порядке требуется оперативное вмешательство, родители пациента находятся в отъезде. не нарушая статьи №32 «согласие на медицинское вмешательство», дежурный врач должен:

- a. не проводить оперативного вмешательства без согласия родителей
- b. принять решение о проведении оперативного вмешательства, с последующим уведомлением должностных лиц ЛПУ и родителей пациента
- c. предложить пациенту 13 лет подписать согласие на операцию
- d. принять решение о проведении оперативного вмешательства без уведомления кого-либо
- e. подписать согласие на оперативное вмешательство от собственного лица

7. Общий осмотр пациента начинается с:

- a. осмотра по частям тела
- b. исследования «снаружи внутрь»
- c. осмотра в целом
- d. исследования опорно-двигательного аппарата
- e. исследования кожи и ее дериватов

8. Для ступорозного состояния характерно:

- a. спячка, из которой больной выходит на короткое время при громком оклике или тормошении
- b. полное отсутствие реакции на внешние раздражители
- c. отсутствие рефлексов и расстройство жизненно важных функций
- d. непроизвольное мочеиспускание, дефекация, прикус языка
- e. больной плохо ориентируется в окружающей обстановке, на вопросы отвечает с запозданием

9. При гиперстеническом типе конституции:

- a. конечности относительно длинные
- b. легкие удлинены, диафрагма расположена низко
- c. грудная клетка короткая, широкая
- d. сердце и паренхиматозные органы относительно малых размеров
- e. кишечник короткий, брыжейка длинная

10. У больного интенсивные боли за грудиной, одышка; сознание ясное, кожа бледная, ЧД 26 в мин. на ЭКГ признаки инфаркта передней стенки левого желудочка. общее состояние пациента:

- a. хорошее
- b. удовлетворительное
- c. средней тяжести
- d. тяжелое состояние
- e. крайне тяжелое
- d. осложнение
- e. сопутствующее

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра внутренних болезней

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ
к практическому занятию на тему: Пропедевтика дыхательной системы**

Дисциплина – Внутренние болезни

Специальность (код, название) - 31.05.02 Медицинская биофизика

Курс - IV

Семестр - VII

Уфа – 2023

Рецензенты:

1. Главный врач ГБУЗ Республиканский кардиологический центр, к.м.н., Николаева И.Е.
2. Зав. кафедрой общей физики Уфимского университета науки и технологий, д.ф.-м.н., профессор Балапанов М. Х.

Авторы:

1. Ассистент кафедры внутренних болезней, Садретдинова Л.Д.
2. Доцент кафедры внутренних болезней, к.м.н. Габитова Д.М.
3. Зав. кафедрой внутренних болезней, доцент, к.м.н. Тюрин А.В.

Утверждено на заседании кафедры внутренних болезней № 9 от 05 апреля 2023г.

1. Тема и её актуальность: Пропедевтика дыхательной системы

Болезни органов дыхания, прежде всего, неспецифические, широко распространены и занимают одно из первых мест среди причин заболеваемости и смертности населения.

Этим объясняется их медицинская и социальная значимость, необходимость овладения методами обследования больных для своевременной и правильной диагностики заболевания.

Помимо методов исследования, студент должен привыкнуть к системному и тщательному обследованию больного, чтобы иметь полное представление о его жалобах. О том, как началось и протекало заболевание. Об окружающей его внешней среде (экология, региональные особенности), условиях быта, труда, профессии, вредных привычках и других внешних факторах, которые могут способствовать возникновению заболевания или быть его причиной.

Перкуссия означает выстукивание. Этот метод исследования ещё во времена Гиппократов, но внедрение этого метода в клинику связано с именем венского врача Леопольда Ауэнбруггера (1761г.)

В основе перкуссии лежат физические явления. Известно, что при нанесении удара по тому или другому телу последнее выходит из равновесия, при этом возникают колебания, которые могут быть зарегистрированы в виде звуковых волн различной амплитуды, частоты и продолжительности.

Органы и ткани нашего организма при перкуссии звучат по-разному. Воздухосодержащие органы (лёгкие, желудочно-кишечный тракт, гортань, полость рта) даёт громкий звук; органы и ткани, не содержащие воздуха (сердце, печень, селезёнка, мышцы, кожа, жир), - тихий звук. На этих свойствах различного звучания органов и построена топографическая перкуссия, т.е. перкуссия, дающая возможность отграничить один орган от другого. Определить его очертания и размеры. Вторая цель перкуссии - выявление патологических процессов в лёгких. Плевральных полостях и брюшной полости. Их удаётся обнаружить при нанесении перкуторных ударов одинаковой силы по симметричным местам с обеих сторон. Сравнивая при этом перкуторный звук, получаемый с той и другой стороны, замечаем разницу в нём и определяем отклонения от нормы. Этот вид перкуссии носит название сравнительной перкуссии. Оценка перечисленных качеств звука (амплитуды, частоты и продолжительности), а также силы и высоты имеет практическое значение при диагностике патологических процессов в органах дыхания.

2. Учебные цели:

В результате освоения темы занятия студент должен уметь:

- провести опрос больного с заболеваниями органов дыхания;
 - выявить основные жалобы, детализировать их;
 - специфические для заболеваний органов дыхания жалобы - одышка, удушье, кашель, мокрота, кровохарканье, боль в грудной клетке;
 - неспецифические - лихорадка, потливость, снижение работоспособности, головные боли и другие
 - собрать анамнез заболевания;
 - выявить в анамнезе жизни факторы, способствовавшие заболеванию (условия труда и быта, вредные привычки, перенесенные ранее заболевания, наследственность).
 - перенесенные травмы грудной клетки; аллергия в анамнезе (к лекарствам, пищевым продуктам, бактериальным антигенам);
 - наследственность (врождённые формы патологии грудной клетки, лёгких, бронхов, склонность к хроническим заболеваниям лёгких);
 - при проведении общего осмотра - выявить признаки, характерные для патологии органов дыхания;
 - проводить осмотр грудной клетки и давать клиническую оценку полученным данным;
 - проводить пальпацию грудной клетки и давать клиническую оценку полученным данным.
- Для формирования умения студент должен знать:
- основные жалобы при заболеваниях органов дыхания (кашель, наличие мокроты, кровохарканье, боли в грудной клетке, одышка, повышение температуры и др.)
 - патологические признаки, выявленные при общем осмотре - изменение положения тела, окраски кожных покровов, формы пальцев и ногтей, их диагностическое значение;
 - диагностическое значение асимметричности грудной клетки;
 - резистентность грудной клетки, диагностическое значение;

- голосовое дрожание, определение понятия и значение в диагностике.
- и овладеть следующими компетенциями: ОПК-1, ОПК-3, ПК-3.

3. Материалы для самоподготовки к освоению данной темы:

Вопросы для самоподготовки:

1. Основные жалобы больного с заболеваниями органов дыхания и их патогенез.
 2. Факторы из анамнеза жизни, способствующие заболеванию органов дыхания.
 3. Основные изменения, выявляемые у больных с заболеваниями органов дыхания, механизмы их возникновения, диагностическое значение.
 4. Физиологические и патологические варианты формы грудной клетки. Их диагностическое значение.
 5. Симметричность грудной клетки и ее диагностическое значение.
 6. Объективные признаки одышки, их диагностическое значение.
 7. Резистентность грудной клетки и ее диагностическое значение.
 8. Голосовое дрожание, его диагностическое значение.
- провести сравнительную перкуссию лёгких по передней, боковой, задней поверхности грудной клетки;
 - оценить данные сравнительной перкуссии и давать им клиническую трактовку;
 - определить высоту стояния верхушек спереди и сзади; ширину полей Кренига, оценить полученные данные;
 - находить нижнюю границу лёгких по всем топографическим линиям; оценивать все полученные данные;
 - определить активную подвижность нижнего края лёгких; оценить полученные данные.

Для формирования умения студент должен знать:

- Диагностическое значение перкуссии как метода объективного исследования больного;
- Физические основы перкуссии;
- Виды перкуссии (по цели, по силе, по методике)
- Свойства звуков;
- Зависимость свойств звука от физического состояния перкутируемых органов;
- Расширение перкутируемого звука над различными областями тела (ясный легочный звук, притупленный, тимпатический, тупой бедренный)
- Характеристику основных перкуторных звуков;
- Правила и технику перкуссии;
- Опознавательные топографические линии на грудной клетке;
- Места сравнительной перкуссии лёгких;
- Общие правила топографической перкуссии.
- Изменения перкуторного звука над лёгкими в патологии и его диагностическое значение.

4. Вид занятия: практическое занятие.

5. Продолжительность: 6 академических часа.

6. Оснащение занятия: унифицированная схема истории болезни, словарь справочник по латинской терминологии; клинические истории болезни (3-5 больных); больные с различными заболеваниями; приложения 1,2 (набор тестов, задач).

7. Содержание занятия.

- 7.1. Контроль исходного уровня знаний и умений.
 - Задания для самоконтроля:
 - Тесты (см. приложение 1):
 - Задание (тест) 1.

Задание (тест) 2.

Задание (тест) 3.

Типовые задачи (см. приложение 2).

7.2. Разбор с преподавателем узловых вопросов, необходимых для освоения темы занятия и демонстрация преподавателем методики практических приемов по данной теме:

1. Осмотр грудной клетки:

а). Статический – определить положение в постели; распознать форму грудной клетки (физиологическая; патологическая).

б). Динамический – оценить функцию внешнего дыхания; степень ДН;

- диффузный цианоз;

- экскурсия грудной клетки;

- отставание одной из половин в акте дыхания;

- участие вспомогательных мышц в акте дыхания;

- частота дыхания в минуту;

- ритм дыхания.

2. Пальпация грудной клетки.

Методом пальпации можно выявить локализацию болезненности в грудной клетке при миозитах, межреберных невралгиях, трещинах и переломах рёбер, определить резистентность грудной клетки, которая бывает повышенной при эмфиземе лёгких, окостенении рёбер, иногда ощущать на руку шум трения плевры при сухом плеврите и, наконец, исследовать передачу голосового дрожания на грудную клетку. Цель ее:

а). Определить эластичность грудной клетки

--- точки Валле;

--- мышцы (трапециевидные, грудные, межрёберные, лопаточные);

--- рёбра;

--- рёберные хрящи.

б). Определить:

- состояние лёгких и плевры с помощью громкой речи пациента (тридцать - три, трактор и др.):

- голосовое дрожание (ГД)

в). Провести пробы: Штанге - задержка дыхания на вдохе (Норма - $\geq 40''$),

Генча - на выдохе (Норма - $\geq 20''$), Тиффно (или форсированный выдох) (в норме пациент свободно гасит пламя свечи на расстоянии вытянутой руки);

д). Выявление симптома Дегио (+) (боль на больном боку при наклоне в здоровую сторону).

Разбор с преподавателем узловых вопросов, необходимых для освоения темы занятия и демонстрация преподавателем методики практических приемов по данной теме:

- Правила и техника перкуссии;
- Общие правила сравнительной перкуссии;
- Общие правила топографической перкуссии;
- Границы лёгких в норме

Преподаватель демонстрирует основные перкуторные звуки (ясный лёгочный, тупой, тимпатический, уточняет путём опроса физические основы перкуссии; наружную топографию грудной клетки, проводит отсчёт рёбер, технику топографической перкуссии (постановка пальца параллельно искомой границе; перкуссия от ясного звука к тупому, правильное определение по краю пальца).

Демонстрация преподавателем порядка топографической перкуссии лёгких: определение высоты стояния верхушек, пространства Кренинга; определение нижних границ, активной подвижности нижнего края.

Демонстрация на больном техники сравнительной перкуссии и порядка её проведения (постановка пальца - плессиметра, сила удара, одинаковая плотность прижатия пальца-плессиметра).

Демонстрация способов перкуссии:

1. Непосредственный:

по Ауенбруггеру Л. - 4 пальцами правой руки;

по Яновскому Ф.Г. - одним пальцем правой руки;

по Образцову В.П. - соскальзывающим пальцем правой руки;

2. Посредственная перкуссия:

- молоточком по плессиметру - Пиори

3. Сравнительная

4. Топографическая

5. Громкая, средней силы, тихая, тишайшая (пороговая)

3. Проведение клинического разбора больных с заболеваниями органов дыхания (бронхитом, пневмонией, бронхиальной астмой) (обратить внимание на кашель: сухой или с мокротой; боль в грудной клетке, одышка, приступы удушья, кровохарканья, лёгочное кровотечение, изменение голоса: охриплость, афония, нарушение носового дыхания; провести сбор анамнеза заболевания и анамнеза жизни).

7.3. Самостоятельная работа студентов под руководством преподавателя.

Задание №1 - провести опрос больного (жалобы и их детализация, анамнез болезни, анамнез жизни).

Задание №2 - провести общий осмотр больного и осмотр грудной клетки.

Задание №3 – провести пальпацию грудной клетки.

Задание №4 - определить состояние лёгких и плевры с помощью громкой речи пациента (голосовое дрожание).

Задание №5 - провести пробы Генча, Штанге, Тиффно, диагностику симптома Дегио.

Задание №6 - полученные объективные данные доложить и/или показать преподавателю. Сравнить полученные данные с нормой и сделать соответствующее заключение о найденной патологии.

Оформить фрагмент истории болезни в учебной тетради.

7.4 – Контроль освоения темы занятия:

- Материалы для контроля уровня освоения темы: тесты (приложение №1), ситуационные задачи (приложение №2).

Место проведения самоподготовки:

читальный зал, учебная комната для самостоятельной работы студентов, палаты больных.

Учебно-исследовательская работа студентов по данной теме:

1). Отечественные терапевтические школы:

В.П.Образцова – Н.Д.Стражеско;

В.Х.Василенко; Е.м.Тареева; А.М.Мясникова.

2). - Выявление и анализ "пропедевтических ошибок" в истории болезни "лёгочных" больных: при описании жалоб, истории развития настоящего заболевания и жизни; общего осмотра больного, осмотра и пальпации грудной клетки.

- самостоятельное составление следующих схем:

- кашель - перечислить все состояния и болезни при которых встречается этот симптом;
- одышка - перечислить все состояния и болезни при которых встречается этот симптом;
- кровохарканье - перечислить все состояния и болезни при которых встречается этот симптом;
 - самостоятельный разбор текущих и архивных историй болезней стационара для анализа "пропедевтических ошибок".

Литература.

Основная:

1. Моисеев В.С. Внутренние болезни: учебник. [Электронный ресурс]: в 2-х т. Электрон. текстовые дан. Т.1. -on-line. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970425794.html> / В.С. Моисеев, А.И. Мартынов, Н.А. Мухин. - М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2013г.

Дополнительная:

1. Внутренние болезни. Тесты и ситуационные задачи [Электронный ресурс]: учеб. пособие- Электрон. текстовые дан. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970423912.html>/ В. И. Маколкин [и др.]. - М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2012

2. Междисциплинарные клинические задачи [Электронный ресурс]: сборник. Электрон. текстовые дан. -on-line. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/06-COS-2330.html/> Л. И. Дворецкий. - М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2012
3. Внутренние болезни: руководство к практическим занятиям по факультетской терапии [Электронный ресурс]: учеб. Пособие. - Электрон. текстовые дан. - on-line. - Режим доступа: ЭБС «Консультант студента» <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970411544.html/> В. И. Подзолков, А. А. Абрамова, О. Л. Белая [и др.] /под ред. В. И. Подзолкова. - М.: ГЭОТАР Медиа, 2010

Приложение 1.

Контрольные вопросы для оценки исходных знаний студентов по теме занятия:

1. Основные жалобы больного с заболеваниями органов дыхания и их патогенез.
2. Факторы из анамнеза жизни, способствующие заболеванию органов дыхания.
3. Основные изменения, выявляемые при осмотре у больных с заболеваниями органов дыхания, механизмы их возникновения, диагностическое значение.
4. Физиологические и патологические варианты формы грудной клетки. Их диагностическое значение.
5. Симметричность грудной клетки и ее диагностическое значение.
6. Объективные признаки одышки, их диагностическое значение.
7. Резистентность грудной клетки и ее диагностическое значение.
8. Голосовое дрожание, его диагностическое значение.

Приложение 2

Ситуационные задачи

1. При осмотре грудной клетки больного врач обратил внимание на сглаживание межрёберных промежутков справа, некоторые межреберья выбухают. Кроме этого, определяется отставание правой половины грудной клетки в акте дыхания.

О каком патологическом процессе и где протекающем должен прежде всего подумать врач?

2. Осматривая больного, врач обратил внимание на форму грудной клетки. Создавалось впечатление, что она находится в инспираторном положении, рёбра занимают почти горизонтальное положение, над- и подключичные ямки выражены плохо, особенно расширена верхняя половина грудной клетки, размеры дыхательной экскурсии уменьшены равномерно с обеих сторон.

Как называется подобная форма грудной клетки и при какой патологии легких она бывает?

3. При осмотре грудной клетки обращало на себя внимание выраженное западение над/ и подключичной ямок справа, втяжение подлопаточного пространства, правая лопатка расположена ближе к позвоночнику, правое плечо опущено, на грудной клетке сзади в области шеи заметно расширение мелких веточек кожных вен, правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания.

О каком патологическом процессе в легких должен прежде всего подумать врач при данных осмотра грудной клетки?

4. Осмотр грудной клетки больного показал, что левая половина ее несколько увеличена, умеренно сглажены межреберья и отмечается отставание ее в акте дыхания.

О каком процессе в лёгком должен подумать врач?

5. Форма грудной клетки больного не изменена. Однако отмечается отчётливое отставание левой её половины в акте дыхания.

Как должен расценивать врач данный симптом? Должен ли он думать о заболевании легкого или плевры?

6. Проводя осмотр грудной клетки больного, врач обратил внимание на ограниченное увеличение в области второго ребра справа, ближе к груди.

Что должен был исключить врач в первую очередь?

7. Пальпируя грудную клетку больного, врач определил болезненность межреберий слева, напряжение мягких тканей межрёберных промежутков и резкое ослабление голосового дрожания.

О чём должен был подумать врач при данной пальпаторной характеристике?

8. Врач обследовал больного среднего возраста, с умеренно выраженным подкожно-жировым слоем, нормальной формой грудной клетки. Проводя пальпацию грудной клетки, он обнаружил, что справа в области нижней доли совершенно не проводится голосовое дрожание. Через несколько часов, при повторном осмотре, врач смог определить голосовое дрожание таким же, как и слева.

Как мог объяснить врач отсутствие голосового дрожания при первом осмотре?

9. При пальпации грудной клетки больного врач определил усиление голосового дрожания слева под лопаткой и повышенное напряжение мягких тканей в межрёберных промежутках.

Как должен расценить врач полученные данные при обследовании?

10. Пальпируя грудную клетку больного, врач обнаружил понижение эластической способности мягких тканей и очень слабое проведение голосового дрожания равномерно с обеих сторон.

В каких случаях при пальпации грудной клетки могут быть получены подобные данные?

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра внутренних болезней

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ
к практическому занятию на тему: Пропедевтика сердечно-сосудистой системы**

Дисциплина – Внутренние болезни

Специальность (код, название) - 31.05.02 Медицинская биофизика

Курс - IV

Семестр - VII

Уфа – 2023

Рецензенты:

1. Главный врач ГБУЗ Республиканский кардиологический центр, к.м.н., Николаева И.Е.
2. Зав. кафедрой общей физики Уфимского университета науки и технологий, д.ф.-м.н., профессор Балапанов М. Х.

Авторы:

1. Ассистент кафедры внутренних болезней, Садретдинова Л.Д.
2. Доцент кафедры внутренних болезней, к.м.н. Габитова Д.М.
3. Зав. кафедрой внутренних болезней, доцент, к.м.н. Тюрин А.В.

Утверждено на заседании кафедры внутренних болезней № 9 от 05 апреля 2023г.

1. Тема и её актуальность: Пропедевтика сердечно-сосудистой системы

Болезни системы кровообращения в развитых странах в настоящее время являются основной причиной смерти. За последние 2-3 десятилетия достигнуты значительные успехи в изучении физиологии сердечной медицины в норме и при патологии. Увеличились возможности лабораторной и инструментальной диагностики заболеваний сердца. Вместе с тем по-прежнему основное значение для установления диагноза имеют физикальные методы исследования.

Аускультация сердца позволяет выявить основные симптомы и синдромы сердечно-сосудистой патологии на основании изменения их гражданской (по сравнению с нормой), расщепления I и II или появления дополнительных тонов. Несмотря на появление за последние годы современных методов исследования сердечно-сосудистой системы, аускультация сердца остаётся основным методом; всем врачам рекомендуются всегда начинать обследование именно с физикальных методов исследования, в т.ч. аускультации сердца.

2. Учебные цели:

- Научиться проводить расспрос больного с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.
- Научиться проводить осмотр области сердца, пальпацию области сердца, перкуссию сердца.
- Научиться правильно интерпретировать полученные данные.
- Научиться записывать результаты обследования.

- освоить методику аускультации сердца, выявление синдромов и симптомов сердечно-сосудистой патологии с учётом обнаруженных изменений тонов сердца.

В результате освоения темы занятия студент должен уметь:

- выслушивать больного и различать I и II тоны сердца;
- выявлять изменение громкости основных тонов сердца; наличие расщепления и раздвоения тонов, дополнительные тоны сердца (III, IV тоны);
- определять синдромы, характеризующиеся для заболеваний сердечно-сосудистой системы, (органические поражения клапанов, изменения сократительной способности миокарда предсердий и желудочков, увеличение отделов сердца и др.)

Для формирования умения студент должен знать:

- анатомио-физиологические особенности сердечно-сосудистой системы, проекцию клапанного аппарата на переднюю грудную клетку;
- фазы сердечной деятельности;
- точки и порядок выслушивания сердца;
- механизм возникновения тонов сердца;
- основные причины (механизмы) изменения тонов сердца; появления дополнительных тонов;
- знать основные заболевания и синдромы, выявляемые при аускультации сердца.
- и овладеть следующими компетенциями: ОПК-1, ОПК-3, ПК-3.

3. Материалы для самоподготовки к освоению данной темы:

Вопросы для самоподготовки:

1. Каковы основные жалобы больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы?
2. Какие особенности общего осмотра характерны для больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы?
3. Что такое «сердечный горб» и каковы причины его возникновения?
4. Верхушечный толчок и механизмы его образования.
5. С чем связано появление сердечного толчка?
6. Каковы основные характеристики верхушечного толчка и причины их изменений?
7. Что такое диастолическое и систолическое дрожание? С чем связано появление этих симптомов?
8. Как отличить патологическую эпигастральную пульсацию от физиологической?
9. Что такое относительная тупость сердца? Назовите границы относительной тупости сердца у здорового человека.

10. Каким отделом сердца образуется абсолютная тупость? Назовите границы абсолютной тупости у здорового человека. При каких условиях происходит изменение абсолютной сердечной тупости?
11. Чем образован сосудистый пучок? Каковы причины изменения ширины сосудистого пучка.
12. Объяснить цикл сердечной деятельности.
13. Какие компоненты участвуют в образовании 1-го тона?
14. Каков механизм образования 2-го тона?
15. Назовите и покажите места выслушивания клапанов сердца. Каков принцип проведения звуков в сердце?
16. Каков порядок аускультации сердца?
17. Назовите отличие 1 тона от 2-го.
18. Назовите факторы, влияющие на силу 1-го тона.
19. Назовите факторы, влияющие на силу 2-го тона.
20. Каковы причины ослабления обоих тонов сердца (вне – и -внутрисердечные)?
21. Каковы причины усиления обоих тонов (вне – и – внутрисердечные)?
22. С чем может быть связано усиление 1-го тона на верхушке сердца? Объясните механизм.
23. С чем может быть связано ослабление 1-го тона на верхушке сердца? Объясните механизм.
24. Назовите причины усиления 2-го тона на аорте и легочной артерии. Что такое акцент 2-го тона?
25. Назовите причины ослабления 2-го тона на аорте и легочной артерии, объясните механизм.
26. Что такое раздвоение и расщепление тонов сердца?
27. Чем может быть вызвано физиологическое раздвоение 2-го тона?
28. Каковы причины раздвоения 2-го тона в патологических условиях?
29. Какие причины могут привести к раздвоению 1-го тона?
30. Что такое «ритм перепела»? Механизм его возникновения. При какой патологии он бывает?
31. Что такое «ритм галопа»? Механизм возникновения?

4. Вид занятия: практическое занятие

5. Продолжительность: 6 академических часа

6. Оснащение: унифицированная схема истории болезни; словарь - справочник по латинской терминологии, клинические истории болезни, больные с различными заболеваниями, приложения №1;2 (набор тестов, задач).

7. Содержание занятия.

7.1. Контроль исходного уровня знаний и умений.

- Задания для самоконтроля:

Тесты (см. приложение 1):

Задание (тест) 1.

Задание (тест) 2.

Задание (тест) 3.

Типовые задачи (см. приложение 2).

7.2. Разбор с преподавателем узловых вопросов, необходимых для освоения темы занятия и демонстрация преподавателем методики практических приемов по данной теме:

- **представление преподавателем методики расспроса** (обращение внимания студентов на основные жалобы при заболеваниях сердечно-сосудистой системы и их патогенез, на факторы риска в развитии сердечно-сосудистой патологии);

- **представление преподавателем методики осмотра больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы** (патологические признаки, выявляемые при осмотре и пальпации области сердца (верхушечный толчок и его свойства, сердечный толчок, пульсация аорты и легочной артерии, систолическое и диастолическое дрожание, дополнительные пульсации), их диагностическое значение);

- **представление методики перкуссии** (патологические признаки, выявляемые при определении границ относительной и абсолютной тупости сердца, диагностическое значение).

7.3. Самостоятельная работа студентов под руководством преподавателя.

Задание №1 - провести расспрос больного с заболеванием сердечно-сосудистой системы.

При расспросе жалоб выделить основные (одышка, боли, сердцебиение и перебои, кашель, кровохарканье, боли в правом подреберье, отеки). Каждую жалобу детализировать.

Одышка: а). Инспираторная – преимущественно затруднение вдоха; б). Экспираторная – затруднение выдоха; в). Приступы удушья (сердечная астма). Выяснить постоянная или периодическая одышка, установить ее степень (при физической нагрузке, в покое).

Боли: уточнить локализацию, иррадиацию, условия возникновения, характер, длительность, действие лекарственных веществ.

Кашель: сухой или с выделением мокроты (застойный бронхит), с примесью крови (кровохарканье).

Отеки: локализация, увеличение к вечеру, нарастание отеков.

При сборе анамнеза заболевания обратить внимание на начало заболевания (острое, постепенное), частоту обострений и ухудшений. Выяснить из анамнеза жизни больного: 1). Перенесенные заболевания (ангины, скарлатина, ревматизм); 2). Условия жизни и работы (физические нагрузки, нервно-психическое напряжение, профессиональные вредности); 3). Вредные привычки; 4). Наследственное предрасположение; 5). Эндокринные сдвиги (климакс).

Задание №2 - доложить результаты расспроса больного преподавателю в присутствии группы.

Задание №3 - провести общий осмотр больного, осмотр и пальпацию, перкуссию сердца.

При проведении общего осмотра обратить внимание на положение больного (вынужденное-полусидящее или сидячее-при сердечной недостаточности; горизонтальное с низким изголовьем-при сосудистой недостаточности; колено-локтевое или с наклоном туловища вперед-при выпотном перикардите; замирание-во время приступа стенокардии); окраску кожных покровов (цианоз, акроцианоз, бледность, желтушность); увеличение объема живота (асцит); наличие отеков (чаще нижних конечностей).

Осмотр области сердца и сосудов провести в непринужденном положении больного при спокойном дыхании, в положении лежа и, если возможно, стоя. Обратить внимание на наличие деформации грудной клетки в области сердца- сердечный горб; определить отсутствие или наличие верхушечного толчка- ритмичное выпячивание на ограниченном участке (пятое межреберье кнутри от левой среднеключичной линии); наличие сердечного толчка – ритмичное выпячивание над областью всего сердца; при осмотре сосудов шеи выявить нет ли выраженной пульсации сонных артерий («пляска каротид»), в эпигастральной области – надчревной (эпигастральной) пульсации.

Провести пальпацию области сердца. При этом дать характеристику верхушечного толчка: определить локализацию (в норме локализуется в пятом межреберье на 1,5 см кнутри от среднеключичной линии); протяженность (в норме 2-2,5 см); силу (по сопротивлению на пальпирующие пальцы). Попытаться выявить симптом диастолического (на верхушке сердца) или систолического (на основании сердца) дрожания, возможность проведения систолического дрожания на сосуды шеи.

Провести под контролем преподавателя перкуссию сердца у больных без патологии сердечно-сосудистой системы с соблюдением всех правил топографической перкуссии. Определить границы относительной тупости сердца в положении сто или лежа в следующем порядке: правую – в четвертом и третьем межреберье (предварительно определив верхнюю границу относительной печеночной тупости по среднеключичной линии; левую – пальпаторно найти верхушечный толчок, если это не удастся, перкуссию проводить в пятом, четвертом и третьем межреберьях от переднее-подмышечной линии кнутри; верхнюю – непосредственно у левого края грудины. Определить границы абсолютной тупости сердца в том же порядке: правую – в четвертом межреберье, левую – в пятом межреберье; верхнюю – непосредственно у левого края грудины. Абсолютную тупость определять от границ относительной, используя тишайшую перкуссию. Определить ширину сосудистого пучка в первом и втором межреберьях.

Задание №4 - записать полученные данные. Форма и пример записи:

«Осмотр: форма грудной клетки в области сердца не изменена. Верхушечный толчок в пятом межреберье.

Пальпация: верхушечный толчок определяется в пятом межреберье, кнутри от среднеключичной линии, протяженность – 2,5 см, умеренной силы.

Перкуссия: границы относительной тупости сердца: правая в четвертом межреберье на 1,5 см кнаружи от правого края грудины, в третьем межреберье – на 0,5 см кнаружи от правого края грудины; левая – в пятом межреберье – на 1,5 см кнутри от левой среднеключичной линии, в четвертом межреберье – на том же уровне, в третьем межреберье – уровне окологрудинной линии; верхняя – на уровне 3 ребра у левого края грудины.

Границы абсолютной тупости сердца: правая – в четвертом межреберье у левого края грудины; левая – на 0,5 см кнутри от границы относительной тупости сердца; верхняя – на уровне 4 ребра. Сосудистый пучок не выходит за пределы грудины.»

Задание №5 - Провести перкуссию сердца у больных с различными заболеваниями сердечно-сосудистой системы (гипертоническая болезнь, пороки сердца). Оценить результаты перкуссии, сравнить с перкуссией сердца при отсутствии заболеваний сердца и сосудов. Дать объяснение причин изменения границ сердца

(относительной и абсолютной тупости). Обратить внимание на данные осмотра и пальпацию сердца у данных больных.

Задание №6 - Записать полученные данные. Форма и пример записи: «Осмотр: определяется деформация грудной клетки в области сердца (сердечный горб). Видны сердечный толчок и выраженная эпигастральная пульсация.

Пальпация: выражены – сердечный толчок, патологическая эпигастральная пульсация. На верхушке сердца определяется диастолическое дрожание.

Перкуссия: Границы относительной тупости сердца: правая – в 4-м межреберье – на 2,5 см кнаружи от правого края грудины, в 3 межреберье – на 1,5 см снаружи от правого края грудины; левая – в пятом межреберье кнутри от среднеключичной линии, в четвертом межреберье – на том же уровне, в третьем межреберье – на уровне окологрудинной линии; верхняя – на уровне 2 ребра.

Границы абсолютной тупости сердца: правая – в четвертом межреберье – у правого края грудины, левая – на 0,5 см кнутри от границы относительной тупости сердца, верхняя – на уровне 3 ребра. Сосудистый пучок не выходит за пределы грудины.»

7.4 – Контроль освоения темы занятия:

- Материалы для контроля уровня освоения темы: тесты (приложение №1), ситуационные задачи (приложение №2).

Место проведения самоподготовки:

читальный зал, учебная комната для самостоятельной работы студентов.

Учебно-исследовательская работа студентов по данной теме:

1). Отечественные терапевтические школы:

- В.П.Образцова – Н.Д.Стражеско;
- В.Х.Василенко; Е.м.Тареева; А.М.Мясникова.

2). - Самостоятельное проведение обследования больного с выявлением симптомов патологии сердца, объяснение полученных результатов.

- Запись результатов исследования в виде фрагмента истории болезни.
- Решение ситуационных задач.

Литература.

Основная:

1. Моисеев В.С. Внутренние болезни: учебник. [Электронный ресурс]: в 2-х т. Электрон. текстовые дан. Т.1. -on-line. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970425794.html> / В.С. Моисеев, А.И. Мартынов, Н.А. Мухин. - М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2013г.

Дополнительная:

1. Внутренние болезни. Тесты и ситуационные задачи [Электронный ресурс]: учеб. пособие- Электрон. текстовые дан. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970423912.html>/ В. И. Маколкин [и др.]. - М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2012
2. Междисциплинарные клинические задачи [Электронный ресурс]: сборник. Электрон. текстовые дан. -on-line. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/06-COS-2330.html>/ Л. И. Дворецкий. - М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2012
3. Внутренние болезни: руководство к практическим занятиям по факультетской терапии [Электронный ресурс]: учеб. Пособие. - Электрон. текстовые дан. - on-line. - Режим доступа: ЭБС «Консультант студента» <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970411544.html>/ В. И. Подзолков, А. А. Абрамова, О. Л. Белая [и др.] /под ред. В. И. Подзолкова. - М.: ГЭОТАР Медиа, 2010

Приложение 1

Контроль исходных знаний студентов.

1. Каковы основные жалобы больных с заболеваниями сердечно – сосудистой системы?
2. Какие особенности общего осмотра характерны для больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы?
3. Что такое "сердечный горб" и каковы причины его возникновения?
4. Верхушечный толчок и механизм его образования.
5. С чем связано появление сердечного толчка?
6. Каковы основные характеристики верхушечного толчка и причины их изменений?
7. Как отличить патологическую эпигастральную пульсацию от физиологической?
8. Что такое систолическое и диастолическое дрожание? С чем связано появление этих симптомов?
9. Что такое относительная тупость сердца? Назовите границы относительной тупости сердца здорового человека.
10. Каким отделом сердца образуется абсолютная тупость? Назовите границы абсолютной тупости у здорового человека. При каких условиях происходит изменение абсолютной сердечной тупости?
11. Чем образован сосудистый пучок? Каковы причины изменения ширины сосудистого пучка?
12. В чем различие с физической точки зрения между тонами и шумами сердца?
13. Как подразделяются шумы над областью сердца по своему происхождению?
14. Каковы основные условия возникновения сердечных шумов?
15. Какой шум возникает при прохождении крови через суженные атриовентрикулярные отверстия? Объясните механизм.
16. Какой шум возникает при прохождении крови через суженные устья аорты и легочной артерии? Объясните механизм.
17. Объясните механизм и назовите шум, возникающий при недостаточности двух- и трехстворчатых клапанов.
18. Объясните механизм и назовите шум, возникающий при недостаточности клапанов аорты и легочной артерии.
19. Какой принцип проведения шумов в сердце?

Приложение 2

Тестовый контроль

- I. Из перечисленных симптомов выберите характерные для заболеваний сердечно-сосудистой системы:
 - 1) одышка при физической нагрузке
 - 2) отёки на ногах
 - 3) боли за грудиной иррадиирующие в левую руку и левое плечо
 - 4) сердцебиение и перебои
 - 5) потеря работоспособности
 - 6) склонность к головным болям, головокружению, бессоннице
 - 7) кашель, кровохарканье
 - 8) извращение и потеря вкуса
- II. Выберите симптомы, характерные для заболеваний сердца и сосудов
 - 1) Увеличение живота
 - 2) дисфагия
 - 3) боли в мелких суставах
 - 4) скованность в суставах по утрам
 - 5) боли в поясничной области
 - 6) повышение температуры тела

- 7) боли в правом подреберье
- 8) похудание
- 9) онемение пальцев рук и ног
- 10) сухость во рту и жажда

III. Укажите симптомы, характерные для заболеваний сердечно-сосудистой системы, выявляемые при расспросе

- 1) одышка
- 2) боли в животе
- 3) головокружение
- 4) отрыжка
- 5) шум в ушах
- 6) боли за грудиной
- 7) сердцебиение
- 8) отёки на ногах
- 9) запоры
- 10) икота
- 11) жажда
- 12) перебои в работе сердца

IV. Укажите симптомы, выявляемые, при осмотре грудной клетки: сердечный горб

- 1) куполообразный верхушечный толчок
- 3) сердечный толчок
- 4) резкая пульсация всех сосудов
- 5) покачивание головы
- 6) пульсация и набухание яремных вен
- 7) положительный венный пульс
- 8) цианоз кожных покровов и слизистых на коже живота
- 9) отёки нижних конечностей
- 10) увеличение живота
- 11) одутловатость лица
- 12) "барабанные палочки"
- 13) расширение вен шеи и рук с одновременным отеком шеи
- 16) выпячивание грудной клетки в области рукоятки грудины

1. Укажите наиболее характерные изменения шума трения перикарда, если:

- а) шум нарастает при усилении прижатия стетоскопа к грудной клетке
- б) шум усиливается при наклоне туловища больного вперед
- в) шум усиливается в положении на левом боку
- г) шум усиливается в положении на правом боку

2. Укажите место наилучшего выслушивания систолического шума при стенозе устья аорты.

- а) II межреберье у правого края грудины
- б) на верхушке сердца
- в) в точке Боткина-Эрба
- г) у мечевидного отростка

3. Укажите наиболее характерные зоны проведения диастолического шума при недостаточности клапанов аорты.

- а) по направлению тока крови в сторону левого желудочка (у левого края грудины, в точке Боткина-Эрба)
- б) к мечевидному отростку
- в) в левую подмышечную область

4. Укажите место наилучшего выслушивания пресистолического (диастолического) шума при митральном стенозе.

- а) в области верхушки сердца
- б) в области проекции митрального клапана
- в) у мечевидного отростка
- г) у основания сердца
- д) вдоль левого края грудины

5. Укажите наиболее характерную зону проведения систолического шума при сужении устья легочной артерии.

- а) с места наилучшего выслушивания (II межреберье слева у грудины), вниз и вправо, по направлению к правому желудочку
- б) на шейные сосуды
- в) в левую подмышечную область

6. Определите в каком положении больного лучше выслушивается систолический шум при митральной недостаточности.

- а) в положении больного лежа
- б) в положении больного стоя
- в) в положении сидя, наклонившись вперед

7. Укажите место наилучшего выслушивания 3-х створчатого клапана.

- а) в области верхушки сердца
- б) II межреберье у левого края грудины
- в) II межреберье у правого края грудины
- г) у мечевидного отростка справа

8. Укажите место наилучшего выслушивания 2-х створчатого клапана.

- а) в области верхушки сердца
- б) II межреберье у правого края грудины
- в) у мечевидного отростка

9. Какие из перечисленных ниже аускультативных признаков являются ведущими в диагностике митрального стеноза?

ВАРИАНТЫ ОТВЕТОВ:

- | | |
|---------------------------------------|------------|
| 1) диастолический шум | а) 1, 3, 4 |
| 2) систолический шум | б) 1, 2 |
| 3) ритм перепела | в) 1,4 |
| 4) акцент 2 тона над легочным стволом | |

10. Какие из перечисленных ниже аускультативных признаков являются ведущими в диагностике митральной недостаточности?

- а) систолический шум на верхушке
- б) диастолический шум на верхушке
- в) акцент 2 тона над легочной артерией
- г) 3 тон

11. Для какого порока сердца характерен систолический шум на верхушке убывающего характера, проводится в левую подмышечную область?

- а) митральная недостаточность
- б) митральный стеноз
- в) недостаточность 3-х створчатого клапана
- г) аортальный стеноз
- д) аортальная недостаточность

12. Для какого порока сердца характерен грубый систолический шум нарастающе-убывающего характера во II межреберье справа от грудины? Проводится на сосуды шеи и в точку Боткина-Эрба.

- а) митральная недостаточность
- б) митральный стеноз
- в) недостаточность 3-х створчатого клапана
- г) аортальный стеноз
- д) аортальная недостаточность

13. Для какого порока сердца характерен систолический шум убывающего характера, который выслушивается на уровне нижней трети грудины и проводится вправо и вверх? Шум усиливается на вдохе.

- а) митральная недостаточность
- б) митральный стеноз
- в) недостаточность 3-х створчатого клапана
- г) аортальный стеноз
- д) аортальная недостаточность

14. Для какого порока сердца характерен во II межреберье справа от грудины - диастолический шум убывающего характера, начинающийся сразу со II тоном и занимающий 2/3 диастолы? Шум проводится в точку Боткина-Эрба.

- а) митральная недостаточность
- б) митральный стеноз
- в) недостаточность 3-х створчатого клапана
- г) аортальный стеноз
- д) аортальная недостаточность

15. Для какого порока сердца характерен на верхушке диастолический шум, начинающийся через небольшой интервал после II тона, убывающего характера, продолжающийся всю диастолу? Шум имеет пресистолическое усиление и никуда не проводится.

- а) митральная недостаточность
- б) митральный стеноз
- в) недостаточность 3-х створчатого клапана
- г) аортальный стеноз
- д) аортальная недостаточность

16. Какой из перечисленных признаков обычно соответствует 1 тону

- А- наилучшее выслушивание на основании сердца
- Б- наилучшее выслушивание на верхушке сердца
- В- наилучшее выслушивание во II межреберье слева
- Г- наилучшее выслушивание во II межреберье справа
- Д- наилучшее выслушивание у основания мечевидного отростка

17. Какой из признаков вероятнее всего характерен для 2 тона

- А- наилучшее выслушивание на основании сердца
- Б- совпадает с пульсом на лучевой артерии
- В- совпадает с верхушечным толчком
- Г- наилучшее выслушивание на верхушке сердца

18. Какие из признаков чаще всего характеризуют недостаточность митрального клапана

- А- ослабление 1 тона на верхушке сердца
- Б- выслушивание раздвоения 2 тона над легочной артерией
- В- выслушивание 3 тона на верхушке
- Г- выслушивание усиленного 1 тона
- Д- выслушивание расщепленного 2 тона на верхушке сердца

19. Какие признаки характерны для ритма "перепела"

- А- выслушивание двух тонов
- Б- выслушивание расщепления 1 тона
- В- выслушивание расщепленного 2 тона на верхушке сердца
- Г- выслушивание усиленного (хлопающего) 1 тона на верхушке сердца

20. Определите, какие признаки соответствуют

- а. 1 тону сердца
- б. 2 тону сердца
- 1- наилучшее выслушивание на верхушке сердца
- 2- наилучшее выслушивание на основании сердца
- 3- продолжительный, низкий
- 4- короткий, высокий
- 5- совпадает с пульсом на лучевой артерии
- 6- совпадает с пульсом на сонной артерии
- 7- следует после большой паузы
- 8- совпадает с верхушечным толчком
- 9- наилучшее выслушивание во II межреберье слева
- 10- следует после короткой паузы
- 11- наилучшее выслушивание во II межреберье справа

21. Определите, какими компонентами обусловлены

- а. 1 тон сердца
- б. 2 тон сердца
- 1 - легочным
- 2 - клапанным
- 3 - предсердным
- 4 - мышечным
- 5 - сосудистым

22. Выделите, в каких случаях может быть акцент 2 тона на

- а). легочной артерии
- б). Аорте
- 1 - гипертоническая болезнь
- 2 - застойные явления в малом круге кровообращения
- 3 - застойные явления в большом круге кровообращения
- 4 - атеросклероз
- 5 - сужение русла легочной артерии (пневмосклероз, эмфизема)
- 6 - повышение давления в малом круге кровообращения
- 7 - митральный стеноз

Примеры ситуационных задач

1. При осмотре области сердца определяются сердечный горб и сердечный толчок, выраженная эпигастральная пульсация. О чем свидетельствуют эти данные? В каком возрасте началось заболевание?
2. Обнаружен приподнимающий верхушечный толчок в пятом межреберье на 1,5 см кнутри от срединно-ключичной линии, ширина его 2 см.

Границы относительной тупости: правая – в четвертом межреберье – на 1 см кнаружи от правого края грудины; в третьем межреберье – на 0,5 см кнаружи от правого края грудины; верхняя – на уровне 3 ребра; левая в пятом межреберье – на 1,5 см кнутри от левой срединно-ключичной линии, в четвертом межреберье – на уровне парастернальной линии.

Оцените эти данные, есть ли какие-нибудь изменения отделов сердца?

3. Верхушечный толчок определяется в четвертом межреберье кнутри от передней аксиллярной линии, ширина его 3,5 см, приподнимающий. Оцените эти данные. Как изменяются границы сердца в этом случае?

4. Определяются сердечный толчок, эпигастральная пульсация. Границы относительной сердечной тупости не изменены. Границы абсолютной сердечной тупости: правая – на 1 см вправо от левого края грудины; левая – на 1,5 см кнутри от левой срединно-ключичной линии; верхняя – верхний край 4 ребра. Какие изменения отделов сердца у данного больного?

5. Сосудистый пучок определяется в первом и втором межреберьях справа на 1,5 см кнаружи от правого края грудины. Оцените эти данные. Чем эти изменения могут быть объяснены?

6. Поперечник сосудистого пучка у больного равен 14 см. Умеренно увеличена левая граница относительной тупости сердца. Врач заподозрил аневризму восходящей части аорты.

Допустимо ли предположение врача при данной ширине сосудистого пучка? Если да, то что мог врач увидеть при осмотре? Какое исследование он должен назначать для подтверждения своей мысли?

7. Правая граница относительной тупости сердца определяется на 4 см вправо от правого края грудины, левая – по левой среднеключичной линии в пятом межреберье, верхняя не изменена. Кроме того, отмечается положительный венный пульс.

За счет каких отделов в большей мере расширено сердце? Какая граница относительной тупости сердца расширена больше? Что может увидеть врач в надчревной области?

8. При осмотре больного обращал на себя внимание резко увеличенный живот. Верхушечный толчок пальпировался на 1 см левее среднеключичной линии в пятом межреберье. Правая и верхняя границы относительной тупости сердца не изменены. Нижняя граница легких располагалась на 1 см выше нормального уровня.

Можно ли в данном случае объяснить смещение верхушечного толчка только патологией со стороны сердца? Какие дополнительные исследования можно провести?

9. Рост больного 170 см. Врач произвел перкуссию сердца, при этом нашел правую границу сердца на 2,5 см вправо от правого края грудины, левая и верхняя границы в пределах нормы. Поперечник сердца 15 см. В легких при перкуссии легочный звук. Формы и размеры живота обычные.

За счет какого отдела и какой сердечной тупости расширена правая граница сердца? Чем это может быть обусловлено? Какие исследования необходимо назначить для уточнения диагноза?

10. Обследуя сердечно-сосудистую систему больного, врач пальпировал верхушечный толчок на 2 см левее среднеключичной линии в пятом межреберье. Верхняя граница относительной тупости сердца на уровне третьего ребра, правую определить не удалось, т.к. она слилась с тупостью, определяемой в области правого легкого. Врач объяснил смещение верхушечного толчка увеличением левого желудочка?

Прав ли был врач? Какие дополнительные исследования необходимо провести?

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра внутренних болезней

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ
к практическому занятию на тему: Пропедевтика органов пищеварения**

Дисциплина – Внутренние болезни

Специальность (код, название) - 31.05.02 Медицинская биофизика

Курс - IV

Семестр - VII

Уфа – 2023

Рецензенты:

1. Главный врач ГБУЗ Республиканский
кардиологический центр, к.м.н.,

Николаева И.Е.

2. Зав. кафедрой общей физики
Уфимского университета науки и технологий,
д.ф.-м.н., профессор

Балапанов М. Х.

Авторы:

1. Ассистент кафедры внутренних болезней, Садретдинова Л.Д.

2. Доцент кафедры внутренних болезней, к.м.н. Габитова Д.М.

3. Зав. кафедрой внутренних болезней, доцент, к.м.н. Тюрин А.В.

Утверждено на заседании кафедры внутренних болезней № 9 от 05 апреля 2023г.

Тема и ее актуальность: Пропедевтика органов пищеварения

1. Актуальность: Изучение данной темы является обязательным в клинической подготовке студентов, в связи с чем она входит в раздел одной из первых клинических дисциплин – пропедевтику внутренних болезней. Овладение навыками, входящими в данную тему, позволит выявить основные объективные критерии патологии системы пищеварения.

2. Учебные цели:

- освоить методику расспроса, общего осмотра, осмотра полости рта; перкуссию и аускультацию живота, методы определения асцита;
- у больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) уметь оценить полученные данные.

В результате освоения темы занятия **студент должен уметь:**

- провести опрос больного с заболеваниями ЖКТ, выявить и детализировать основные жалобы, собрать анамнез заболевания, выявить факторы риска, способствующие заболеванию ЖКТ;
- при проведении общего осмотра выявить признаки, характерные для заболевания ЖКТ;
- провести осмотр области живота, выявить патологические признаки и дать клиническую оценку полученным данным;
- определить наличие свободной жидкости в брюшной полости методами перкуссии и флюктуации;
- провести аускультацию живота и оценить полученные данные;
- по результатам исследования больного дать заключение о наличии патологии.

Для формирования умения **студенты должны знать:**

- основные жалобы при заболеваниях ЖКТ и их патогенез;
- особенности общего осмотра при заболеваниях ЖКТ;
- патологические признаки, выявляемые при осмотре ротовой полости, живота и их диагностическое значение;
- диагностическое значение аускультации живота;
- симптомы Щеткина-Блюмберга и Менделя
- овладеть следующими компетенциями: ОПК-1, ОПК-3, ПК-3.

3. Материалы для самоподготовки к освоению данной темы:

Вопросы для самоподготовки:

1. Механизм образования болей при заболеваниях ЖКТ?
2. Чем характеризуются голодные, ранние, поздние и ночные боли? Их диагностическое значение.
3. Какие симптомы включает диспепсический синдром при заболеваниях пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки?
4. Какие симптомы включает синдром кишечной диспепсии?
5. Диагностическое значение получаемых от больного сведений о характере рвотных масс.
6. Что такое метеоризм?
7. Что такое мелена?
8. Что такое тенезмы? Их диагностическое значение?
9. Диагностическое значение перкуссии живота.
10. Диагностическое значение аускультации живота.
11. Что такое асцит? Основные причины его возникновения.
12. Основные методы определения асцита.

4. Вид занятия: практическое занятие.

5. Продолжительность: 6 академических часа.

6. Оснащение: унифицированная схема истории болезни (для каждого студента); словарь-справочник по латинской терминологии в пропедевтике внутренних болезней (для каждого студента); клинические истории болезни (5-6 больных); больные с различными заболеваниями (1 больной на 2-х студентов).

7. Содержание занятия.

7.1. Контроль исходного уровня знаний и умений.

Задания для самоконтроля

Тесты

7.2. Разбор с преподавателем узловых вопросов, необходимых для освоения темы занятия и демонстрация преподавателем методики практических приемов по данной теме.

- ✓ Научиться проведению расспроса больных с заболеваниями ЖКТ.
- ✓ Освоить методику проведения осмотра полости рта, живота.
- ✓ Освоить методику перкуссии и аускультации живота, методы определения асцита.
- ✓ Научиться правильно интерпретировать получаемые при обследовании данные.
- ✓ Научиться правильно записывать результаты обследования.

7.3. Самостоятельная работа студентов под руководством преподавателя.

Задание №1 - провести расспрос больного с заболеваниями ЖКТ. При выяснении жалоб попытаться сгруппировать их в диспепсические синдромы, характерные для: а). Заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта (пищевод, желудок, двенадцатиперстная кишка); б). Заболеваний кишечника. Для первого определяющими являются нарушения акта глотания (дисфагия), боли при глотании, отрыжка, изжога, боли в эпигастрии, связанные с приемом пищи и имеющие определенный ритм на протяжении суток, тошнота, рвота.

Для второго (синдром кишечной диспепсии) характерны: вздутие живота (метеоризм), громкое урчание в кишечнике, боли часто изменчивой локализации, не связанные с приемом пищи и сопровождающиеся расстройством стула (понос, запоры, смена запоров и поносов). Боли при кишечной диспепсии бывают продолжительными или приступообразными (колика).

При выяснении жалоб надо стремиться к максимальной их детализации: попытаться выяснить факторы, провоцирующие болезненные ощущения и устраняющие или облегчающие их. При синдроме «желудочной» диспепсии таким фактором часто является прием пищи и иногда ее характер. Так, боли, возникающие в зависимости от приема пищи, следует подразделять на ранние (возникают сразу после приема пищи), поздние (спустя 2 ч и более после еды) и голодные (проходят после еды). Важное значение имеет фон, на котором появляется рвота. Для заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки характерно появление рвоты на фоне болей, которые после рвоты обычно проходят. Это приводит к тому, что больные часто вызывают рвоту самопроизвольно. Следует поинтересоваться характером рвотных масс. Особое значение имеет наличие крови в рвотных массах или их консистенция типа «кофейной гущи» - важные признаки желудочного кровотечения. При этом необходимо по возможности детально выяснить, с чем связывает больной появление указанных выше ощущений, что усиливает их и что облегчает. Рвота, наступающая во второй половине дня, обычно к вечеру, частый признак пилоростеноза. При этом рвотные массы содержат остатки пищи, съеденной за много часов до рвоты, иногда накануне. У больных язвенной болезнью, протекающей на фоне гиперхлоргидрии (повышенная кислотообразующая функция желудка) наблюдается обычно рвота кислым прозрачным желудочным содержимым, лишенным остатков пищи.

Вздутие, урчание живота, характерные для синдрома кишечной диспепсии, часто возникают или усиливаются в связи с употреблением молока, сырых овощей и фруктов и сопровождаются обычно расстройством стула. Запорам нередко сопутствуют боли в животе коликообразного характера. После стула эти боли проходят или уменьшаются.

Следует обратить внимание на характер стула, цвет испражнений (обесцвеченный, дегтеобразный стул – признак желудочно-кишечного кровотечения), наличие патологических примесей (кровь, гной, слизь).

При выяснении анамнеза заболевания уточнить время появления первых симптомов, дать характеристику развитию заболевания во времени (прогрессирующее, рецидивирующее), эффективности проводившейся терапии. Для некоторых заболеваний (язвенная болезнь) характерна

связь обострений с временем года (сезонность обострений). Выявление сезонности обострений имеет важное значение для постановки диагноза. Если заболевание протекает на фоне изменения общего состояния больного, следует по возможности точнее охарактеризовать эти изменения (снижение трудоспособности, слабость, обморочные состояния, потеря массы тела в килограммах за конкретный промежуток времени. Лихорадка с указанием ее типа и высоты подъема температуры).

При изучении анамнеза жизни особое внимание обратить на: а). Перенесенные в прошлом заболевания; б). Условия труда и быта; в). Привычные интоксикации; г). Наследственность (в частности, наличие заболеваний, аналогичных данному, среди ближайших родственников).

Задание №2 - записать и доложить результаты расспроса больного преподавателю в присутствии группы.

Задание №3 - провести общий осмотр больного с заболеванием ЖКТ. Обратить внимание на состояния питания больного и тургор тканей, цвет кожи и слизистых оболочек. При осмотре живота оценить его форму и размеры, участие в акте дыхания. Обратить внимание на наличие послеоперационных рубцов, видимой на глаз перистальтики, ассиметричных выбуханий отдельных областей.

Задание №4 - определить наличие свободной жидкости в брюшной полости методами перкуссии и флюктуации.

Задание №5 - провести перкуссию живота.

Метод перкуссии применяется в гастроэнтерологии для определения нижней границы желудка.

Методика: Шум плеска – результат своеобразного способа перкуссии. Больной лежит на спине, а исследующий 4 согнутыми пальцами правой руки, не отрывая их от передней поверхности брюшной стенки, производит толчкообразные удары. Левая рука исследующего фиксирует мышцы брюшного пресса у края конца грудины. Толчки, хорошо передающиеся через стенку желудка, и содержащаяся в нем жидкость и воздух вызывают хорошо слышимый плеск. За пределами нижней границы желудка шум плеска не слышен.

По шуму плеска можно определить, находится ли граница желудка, образованная ее большой кривизной, на нормальном уровне либо она опущена. Далее, путем определения шума плеска можно судить об эвакуаторной функции желудка. У здоровых людей шум плеска вызывается только после еды. Если он определяется через 7-8 часов и более после последней еды, это указывает либо на значительную гиперсекрецию желудка, либо на снижение его эвакуаторной способности (чаще всего при стенозе привратника). Шум плеска справа от средней линии живота обнаруживается при расширении препилорического отдела (симптом Василенко).

Перкуссия кишечника выявляет сравнительно мало данных о его заболеваниях. При перкуссии передней брюшной стенки в местах проекции кишечника определяется тимпанический звук различных оттенков и степени притупления, что связано с распределением в кишечнике газообразного, жидкого или плотно содержимого.

Задание №6 - провести аускультацию живота.

Аускультация желудка практического значения не имеет. Применяется вместе с пальпацией как 3-й способ определения нижней границы желудка.

Методика: Стетакустическая пальпация производится следующим образом: стетоскоп помещают под левой реберной дугой, под областью пространства Траубе. Одновременно пальцем делают легкие трущие движения по брюшной стенке, постепенно удаляющиеся от стетоскопа; пока палец передвигается в зоне, соответствующей местоположению желудка, в стетоскоп слышно шуршание, которое сразу исчезает, как только палец выходит за пределы зоны желудка. Этот способ очень прост, но иногда дает неточные результаты.

Аускультация дает возможность исследовать двигательную функцию кишечника. Во время желудочного пищеварения и движения химуса в тонкой кишке слышно долгое перистальтическое урчание. Через 5-7 часов после приема пищи в слепой кишке слышны ритмические кишечные шумы.

При механической непроходимости кишечника перистальтика звонкая и крупными волнами.

При паралитической непроходимости кишок перистальтика исчезает, а при прободении язвы со вторичным параличом кишечника в животе наступает так называемая гробовая тишина.

У больных с фибринозным перитонитом при дыхательных движениях может выслушиваться шум трения брюшины.

7.4. Контроль освоения темы занятия:

Материалы для контроля уровня освоения темы:

тесты (приложение №1),

ситуационные задачи (приложение).

8. Место проведения самоподготовки:

читальный зал библиотеки БГМУ, учебная комната для самостоятельной работы студентов.

9. Учебно-исследовательская работа студентов (УИРС) по данной теме:

1. Отечественные терапевтические школы: В.П.Образцова – Н.Д. Стражеско, Х.Василенко, Е. М. Тареева, А. М. Мясникова.
2. Самостоятельный опрос и осмотр больного с целью выявления симптомов заболеваний ЖКТ и их интерпретация.
3. Оформление фрагмента истории болезни.
4. Решение ситуационных задач.

Литература.

Основная:

1. Моисеев В.С. Внутренние болезни: учебник. [Электронный ресурс]: в 2-х т. Электрон. текстовые дан. Т.1. - on-line. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970425794.html> / В.С. Моисеев, А.И. Мартынов, Н.А. Мухин. - М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2013г.

Дополнительная:

1. Внутренние болезни. Тесты и ситуационные задачи [Электронный ресурс]: учеб. пособие- Электрон. текстовые дан. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970423912.html>/ В. И. Маколкин [и др.]. - М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2012
2. Междисциплинарные клинические задачи [Электронный ресурс]: сборник. Электрон. текстовые дан. -on-line. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/06-COS-2330.html>/ Л. И. Дворецкий. - М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2012
3. Внутренние болезни: руководство к практическим занятиям по факультетской терапии [Электронный ресурс]: учеб. Пособие. - Электрон. текстовые дан. - on-line. - Режим доступа: ЭБС «Консультант студента» <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970411544.html>/ В. И. Подзолков, А. А. Абрамова, О. Л. Белая [и др.] /под ред. В. И. Подзолкова. - М.: ГЭОТАР Медиа, 2010

Приложение

Тестовый контроль

1. Укажите наиболее вероятный механизм болей в животе при острых локальных схваткообразных болях в эпигастрии, хорошо купирующихся атропином и но-шпой. Симптом Щеткина - Блюмберга отрицательный.

- а) спастический
- б) дистензионный
- в) перитонеальный

2. Укажите наиболее вероятный механизм болей в животе при быстро нарастающей нестерпимой боли. Живот напряжен, симптом Щеткина - Блюмберга положительный. Кожа бледная, влажная. Спазмолитики не эффективны.

- а) спастический
- б) дистензионный
- в) перитонеальный

3. Укажите наиболее вероятную причину основного патологического процесса, если сильные боли в эпигастрии возникают обычно по ночам, под утро купируются приемом но-шпы, бикарбоната натрия и уменьшаются после приема небольшого количества пищи.

- а) тело желудка
- б) субкардиальный отдел желудка
- в) пищевод
- г) пилорoduоденальная зона
- д) тонкий кишечник

4. Укажите наиболее вероятную причину основного патологического процесса, если интенсивные жгучие локальные боли в эпигастрии возникают через 7-15 минут после еды.

- а) тело желудка
- б) субкардиальный отдел желудка
- в) пищевод
- г) пилорoduоденальная зона
- д) тонкий кишечник

5. Укажите наиболее вероятную причину основного патологического процесса, если боли в межлопаточном пространстве и за грудиной возникают при попытке проглотить твердую пищу.

- а) тело желудка
- б) субкардиальный отдел желудка
- в) пищевод
- г) пилорoduоденальная зона
- д) тонкий кишечник

6. Укажите наиболее вероятную причину основного патологического процесса, если острые интенсивные боли в эпигастрии возникают через 30-40 минут после еды.

- а) тело желудка
- б) субкардиальный отдел желудка
- в) пищевод
- г) пилорoduоденальная зона
- д) тонкий кишечник

7. О чем может свидетельствовать отрыжка кислым?

- а) гиперсекреция желудочного сока
- б) забрасывание желчи в желудок из 12-ти перстной кишки
- в) ахилия

- г) усиление брожения
- д) усиление процессов гниения

8. О чем может свидетельствовать отрыжка тухлым?

- а) гиперсекреция желудочного сока
- б) забрасывание желчи в желудок из 12-ти перстной кишки
- в) ахилия
- г) усиление брожения
- д) усиление процессов гниения

9. О чем может свидетельствовать отрыжка горьким?

- а) гиперсекреция желудочного сока
- б) забрасывание желчи в желудок из 12-ти перстной кишки
- в) ахилия
- г) усиление брожения
- д) усиление процессов гниения

10. О чем может свидетельствовать отрыжка воздухом?

- а) гиперсекреция желудочного сока
- б) забрасывание желчи в желудок из 12-ти перстной кишки
- в) ахилия
- г) усиление брожения
- д) усиление процессов гниения

11. О чем может свидетельствовать отрыжка с гнилостным запахом?

- а) гиперсекреция желудочного сока
- б) забрасывание желчи в желудок из 12-ти перстной кишки
- в) ахилия
- г) усиление брожения
- д) усиление процессов гниения

12. Определите локализацию источника кровотечения, если у больного внезапно началась рвота, рвотные массы жидкие, темного цвета, напоминают кофейную гущу.

- а) желудочное
- б) пищеводное
- в) из 12-ти перстной кишки
- г) из прямой кишки
- д) признаки кровотечения отсутствуют

13. Определите локализацию источника кровотечения, если у больного внезапно появился жидкий стул черного цвета.

- а) желудочное
- б) пищеводное
- в) из 12-ти перстной кишки
- г) из прямой кишки
- д) признаки кровотечения отсутствуют

14. Определите локализацию источника кровотечения, если больной с язвенной болезнью 12-ти перстной кишки отмечает изменение цвета кала: кал черный, оформленный.

- а) желудочное
- б) пищеводное
- в) из 12-ти перстной кишки
- г) из прямой кишки
- д) признаки кровотечения отсутствуют

Ситуационные задачи

Задача 1. При осмотре обнаружено увеличение живота, в основном в средней части. Пупок втянут. При пальпации брюшная стенка утолщена. При надавливании на стенку ямки не образуется. При перкуссии живота определяется равномерное притупление тимпанического звука.

О какой причине увеличения живота можно думать?

Задача 2. Живот в основном увеличен в нижней и боковых частях. Пупок втянут. При пальпации обнаруживается тестоватая консистенция кожи на брюшной стенке, при надавливании на последнюю остается долго не исчезающая ямка. Перкуторный звук укорочен, больше на боковых и нижней части живота.

С чем связано увеличение живота?

Задача 3. Живот равномерно вздут. Пупок сглажен. При перемене положения из вертикального в горизонтальное форма живота не меняется. При пальпации брюшная стенка гладкая и напряженная. При перкуссии по всему животу определяется громкий тимпанический звук.

О какой причине увеличения живота можно думать на основании описанной картины?

Задача 4. При осмотре больного в вертикальном положении обнаружено увеличение живота, больше в нижнем отделе. Пупок выпячен. В горизонтальном положении форма живота меняется: живот уплощается, свисает по бокам, появляется форма «лягушечьего живота». При положении на боку, та половина живота, которая расположена выше, уплощается, а нижерасположенная половина выпячивается.

Задача 5. В эпигастральной области обнаружено отчетливое увеличение живота. При этом отмечается периодическое положение бугров, которые затем исчезают, давая место возникающим рядом с ними новым вздутиям. Происходит как бы волнообразное движение, направленное слева направо. Над местом вздутия обнаружен громкий тимпанический звук. Что за причина может вызвать вышеописанную картину?

Задача 6. При осмотре живота обнаружено его некоторое увеличение. При пальпации отмечено небольшое напряжение брюшной стенки. При перкуссии обнаружена тупость ниже пупка. Верхний уровень тупости постепенно повышается по направлению от середины живота к бокам, представляя собой вогнутую линию. В положении лежа по средней линии на всем протяжении звук ясный, тупость определяется только боковых отделах. Обнаруживается флюктуация. О чём можно думать по описанной выше картине?

Задача 7. При брюшной стенке в вертикальном положении в области пупка отчётливо заметна округлой формы выпячивание, размером с яблоко, которое увеличивается при натуживании. В положении лёжа выпячивание значительно уменьшается. При пальпации обнаруживается резкое расширение пупочного пальца.

Как объяснить наличие выпячивания? С чем это связано?

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра внутренних болезней

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ
к практическому занятию на тему: Пропедевтика эндокринной системы**

Дисциплина – Внутренние болезни
Специальность (код, название) - 31.05.02 Медицинская биофизика
Курс - IV
Семестр - VII

Уфа – 2023

Рецензенты:

1. Главный врач ГБУЗ Республиканский
кардиологический центр, к.м.н.,
Николаева И.Е.
2. Зав. кафедрой общей физики
Уфимского университета науки и технологий,
д.ф.-м.н., профессор
Балапанов М. Х.

Авторы:

1. Ассистент кафедры внутренних болезней, Садретдинова Л.Д.
2. Доцент кафедры внутренних болезней, к.м.н. Габитова Д.М.
3. Зав. кафедрой внутренних болезней, доцент, к.м.н. Тюрин А.В.

Утверждено на заседании кафедры внутренних болезней № 9 от 05 апреля 2023г.

Занятие № 6

Тема: " Пропедевтика эндокринной системы»

1. Актуальность: Эндокринные заболевания широко распространены среди населения, особенно такие как сахарный диабет, тиреотоксикоз. Врачам и фельдшерам часто приходится сталкиваться с этими заболеваниями в своей практической деятельности, особенно с их осложнениями: с диабетической и гипогликемической комами при сахарном диабете, а также с тиреотоксическим кризом и гипотиреоидной комой. Для того, чтобы своевременно оказать медицинскую помощь пациенту необходимо правильно диагностировать эндокринологическое заболевание или его осложнение, своевременно оказать больному необходимую медицинскую помощь, что особенно важно для фельдшеров, работающих в бригадах СМП.

Для того, чтобы поставить диагноз необходимо полно обследовать пациента, применяя необходимые методы исследования: опрос, сбор анамнеза, объективное обследование (осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию) и инструментально-лабораторное исследование.

2. Учебные цели:

- овладеть методикой расспроса, осмотра больных с заболеваниями эндокринной системы, методикой пальпации щитовидной железы.
- научиться интерпретировать результаты клинического анализа крови.

В результате освоения темы занятия **студент должен уметь:**

- провести клиническое обследование больного с заболеваниями эндокринной системы.
- оценить результаты расспроса, осмотра, пальпации, перкуссии у больного с заболеванием эндокринной системы.
- выявить основные симптомы, характерные для заболевания эндокринной системы.
- оценить данные клинического анализа крови, выявив изменения, характерные для заболевания эндокринной системы.

Для формирования умения **студент должен знать:**

- основные жалобы при заболеваниях эндокринной системы, их патогенез.
- основные причины, способствующие заболеванию эндокринной системы.
- основные признаки заболевания эндокринной системы, выявляемые при общем осмотре, механизм их возникновения.
- признаки, выявляемые при пальпации щитовидной железы их диагностическое значение.
- показатели общего анализа крови, характерные для заболевания эндокринной системы.
- овладеть следующими компетенциями: ОПК-1, ОПК-3, ПК-3.

3. Материалы для самоподготовки к освоению данной темы:

Вопросы для самоподготовки:

1. Какие известны органы эндокринной системы? Перечислить.
2. Что такое гормоны? Какова их функция
3. Какие гормоны выделяет гипоталамус и какое их действие на организм?
4. Какие гормоны выделяет гипофиз и какое их действие на организм?
5. Какие гормоны выделяет щитовидная железа и какое их действие на организм?
6. Какое действие оказывает гормон паращитовидной железы?
7. Какова функция поджелудочной железы? Какие гормоны поджелудочной железы и их функция?

8. Какие гормоны выделяют надпочечники и их функция?
9. Какие гормоны выделяют половые железы их функция?
10. Перечислить основные жалобы больных при заболеваниях эндокринной системы.
11. Какие симптомы указывают на гиперфункцию щитовидной железы?
12. Какие основные жалобы у больных при гипофункции щитовидной железы?
13. Какое диагностическое значение имеет пальпация щитовидной железы?
14. Перечислить лабораторные и инструментальные методы исследования щитовидной железы.
15. Перечислить основные жалобы больных с сахарным диабетом.
16. Какие лабораторные показатели отражают состояние углеводного обмена?
17. О чём свидетельствует появление сахара и ацетона в моче?
18. С какой целью проводятся экспресс – методы определения глюкозы в крови и моче?
19. Дайте определение следующим понятиям:
 - гиперфункция --глюкозурия --полиурия
 - 1. --экзофтальм--гипергликемия--тремор
 - 2. --акромегалия --зоб --гирсутизм

4. Вид занятия: практическое занятие.

5. Продолжительность: 6 академических часов.

6. Оснащение: унифицированная схема истории болезни (для каждого студента); словарь-справочник по латинской терминологии в пропедевтике внутренних болезней (для каждого студента); клинические истории болезни (5-6 больных); больные с различными заболеваниями (1 больной на 2-х студентов), методические указания по самостоятельной внеаудиторной работе студента, бланки клинических анализов крови и биохимических анализов крови из пособия по самостоятельной аудиторной работе студента «Лабораторно-инструментальные методы исследования в клинике внутренних болезней» сб. тестовых заданий, ситуационные задачи (см. приложение).

7. Содержание занятия.

7.1. Контроль исходного уровня знаний и умений.

- Задания для самоконтроля:
- Тесты (см. приложение):
- Типовые задачи (см. приложение).

7.2. Разбор с преподавателем узловых вопросов, необходимых для освоения темы занятия и демонстрация преподавателем методики практических приемов по данной теме:

- научиться в процессе беседы с больным выявлять жалобы, характерные для заболеваний органов эндокринной системы.
- научиться выявлять при общем осмотре симптомы, свойственные больным с заболеваниями органов эндокринной системы. Овладеть методикой пальпации щитовидной железы.
- научиться интерпретировать получаемые при обследовании данные.
- научиться записывать результаты обследования.
- научиться интерпретировать результаты лабораторно -инструментальных методов исследования.

7.3. Самостоятельная работа студентов под руководством преподавателя.

Задание 1.

Научиться пальпировать щитовидную железу, используя ориентировочную и специальную пальпацию. Дать её описание. (использовать алгоритм выполнения манипуляции).

Задание 2.

Научиться проводить опрос пациента с заболеванием эндокринной системы—сбор жалоб пациента, особенности анамнеза (деловая игра—фельдшер-пациент).

Задание 3.

Провести осмотр больного с заболеванием эндокринной системы. Заполнить таблицу данных осмотра при заболеваниях: гипопаратиреоз, щитовидной железы, поджелудочной железы, надпочечников.

Задание 4.

Составить историю болезни эндокринологического больного, используя схему обследования пациента (см приложение).

7.4 – Контроль освоения темы занятия:

Материалы для контроля уровня освоения темы:
тесты (см. приложение, сборник тестовых заданий),
ситуационные задачи (приложение).

8. Место проведения самоподготовки:

читальный зал библиотеки БГМУ, учебная комната для самостоятельной работы студентов.

9. Учебно-исследовательская работа студентов (УИРС) по данной теме:

- Отечественные терапевтические школы: В.П.Образцова – Н.Д. Стражеско, В.Х.Василенко, Е. М. Тареева, А. М. Мясникова.
- самостоятельный опрос и осмотр больного с заболеванием эндокринной системы.
- оформление фрагмента истории болезни.
- чтение и интерпретация клинических анализов крови.
- решение ситуационных задач.

Литература.

Основная:

1. Моисеев В.С. Внутренние болезни: учебник. [Электронный ресурс]: в 2-х т. Электрон. текстовые дан. Т.1. -on-line. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970425794.html> / В.С. Моисеев, А.И. Мартынов, Н.А. Мухин. - М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2013г.

Дополнительная:

1. Внутренние болезни. Тесты и ситуационные задачи [Электронный ресурс]: учеб. пособие- Электрон. текстовые дан. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970423912.html>/ В. И. Маколкин [и др.]. - М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2012

2. Междисциплинарные клинические задачи [Электронный ресурс]: сборник. Электрон. текстовые дан. -on-line. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/06-COS-2330.html/> Л. И. Дворецкий. - М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2012
3. Внутренние болезни: руководство к практическим занятиям по факультетской терапии [Электронный ресурс]: учеб. Пособие. - Электрон. текстовые дан. - on-line. - Режим доступа: ЭБС «Консультант студента» <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970411544.html/> В. И. Подзолков, А. А. Абрамова, О. Л. Белая [и др.] /под ред. В. И. Подзолкова. - М.: ГЭОТАР Медиа, 2010

Приложение

Ситуационные задачи

Задача 1.

У пациента К, 60 лет, при лабораторном исследовании обнаружен уровень сахара в крови—8,5 ммоль/л.

1. О какой патологии необходимо думать при получении данного результата?
2. Какие дополнительные лабораторные исследования необходимо назначить?
А) клинический анализ крови
Б) биохимический анализ крови
В) гликемический профиль
Г) рентгенограмму грудной клетки

Задача 2.

Пациентка С., 35 лет, предъявляет жалобы на сердцебиение, потливость, раздражительность, тремор конечностей, бессонницу, неустойчивый стул.

При объективном обследовании обнаружено увеличение щитовидной железы, экзофтальм. При аускультации выявлена тахикардия, систолический шум на верхушке сердца. ЧСС-100, АД140/90мм рт ст.

1. О каком синдроме свидетельствуют эти симптомы?
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести данной пациентке?
А) определение концентрации гормонов щитовидной железы (Т3, Т4)
Б) определение сахара в крови
В) клинический анализ мочи
Г) УЗИ органов брюшной полости

Задача 3.

Пациент Н., 63года, обратился с жалобами на жажду, сухость во рту, частое обильное мочеиспускание, прогрессирующее похудание, несмотря на хороший аппетит. При осмотре: кожные покровы сухие, лицо розоватое, следы расчёсов на коже груди и живота.

О патологии какого органа свидетельствуют данные симптомы?

Задача 4.

Пациентка Б., 45 лет, отмечает утомляемость, снижение памяти, сонливость, головные боли, значительное увеличение веса в течении последнего года.

При объективном обследовании: амимичное маскообразное лицо, выраженная апатия. Лицо одутловатое, глазные щели сужены. Кожные покровы бледные с желтоватым оттенком, холодные, отмечается сухость и шелушение. Волосы сухие, ломкие, тонкие.

Ногти тусклые, голос у пациентки хриплый. По всему телу определяются отёки плотновато - тестоватой консистенции, при надавливании ямки не остаётся. Отмечается брадикардия, ЧСС 54, АД 110/70 мм рт ст.

О каком синдроме свидетельствуют эти симптомы?

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра внутренних болезней

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ
к практическому занятию на тему: Пропедевтика системы кроветворения**

Дисциплина – Внутренние болезни
Специальность (код, название) - 31.05.02 Медицинская биофизика
Курс - IV
Семестр - VII

Уфа – 2023

Рецензенты:

1. Главный врач ГБУЗ Республиканский
кардиологический центр, к.м.н., Николаева И.Е.
2. Зав. кафедрой общей физики
Уфимского университета науки и технологий,
д.ф.-м.н., профессор Балапанов М. Х.

Авторы:

1. Ассистент кафедры внутренних болезней, Садретдинова Л.Д.
2. Доцент кафедры внутренних болезней, к.м.н. Габитова Д.М.
3. Зав. кафедрой внутренних болезней, доцент, к.м.н. Тюрин А.В.

Утверждено на заседании кафедры внутренних болезней № 9 от 05 апреля 2023г.

Занятие № 7

Тема: «Пропедевтика системы кроветворения»

1. Актуальность: Причины и механизмы развития заболеваний системы крови весьма многочисленны и разнообразны. В основе их развития могут лежать как первичное поражение костного мозга (аплазия, лейкозы), так и различные «негематологические» заболевания, разнообразные по своей этиологии, клиническим проявлениям, прогнозу, методам диагностики и лечения. Задача врача заключается в умении своевременно и правильно расшифровать природу синдромов (анемического, лимфопролиферативного, миелопролиферативного, геморрагического и др.), тем самым по совокупности признаков выявить лежащее в основе синдрома заболевание. Изучение данной темы в курсе пропедевтики внутренних болезней является обязательным. Владение навыками, входящими в данную тему, позволит выявить основные объективные критерии патологии системы кроветворения.

2. Учебные цели:

- овладеть методикой расспроса, осмотра больных с заболеваниями системы кроветворения, методикой пальпации лимфатических узлов и селезенки, перкуссии селезенки.
- научиться интерпретировать результаты клинического анализа крови.

В результате освоения темы занятия **студент должен уметь:**

- провести клиническое обследование больного с заболеваниями системы кроветворения.
- оценить результаты расспроса, осмотра, пальпации, перкуссии у больного с заболеванием системы кроветворения.
- выявить основные симптомы, характерные для заболевания системы кроветворения.
- оценить данные клинического анализа крови, выявив изменения, характерные для заболевания системы кроветворения.

Для формирования умения **студент должен знать:**

- основные жалобы при заболеваниях системы кроветворения их патогенез.
- основные причины, способствующие заболеванию системы кроветворения.
- основные признаки заболевания системы кроветворения,
- выявляемые при общем осмотре, механизм их возникновения.
- признаки, выявляемые при пальпации лимфатических узлов и селезенки, перкуссии селезенки, их диагностическое значение.
- показатели общего анализа крови, характерные для заболевания системы кроветворения.
- овладеть следующими компетенциями: ОПК-1, ОПК-3, ПК-3.

3. Материалы для самоподготовки к освоению данной темы:

Вопросы для самоподготовки:

1. Назовите жалобы общего характера при заболеваниях системы кроветворения.
2. Каков механизм появления лихорадки при заболеваниях системы кроветворения?
3. Каков механизм появления кожного зуда при заболеваниях системы кроветворения?
4. Каков механизм появления болей в костях при заболеваниях системы кроветворения?

5. Каков механизм появления болей в левом подреберье при заболеваниях системы кроветворения?
6. При каком заболевании системы кроветворения наблюдается максимальное увеличение селезенки?
7. Отличительные особенности лимфатических узлов при заболеваниях системы кроветворения?
8. Какие показатели входят в общий клинический анализ крови?
9. Каково нормальное содержание в периферической крови эритроцитов, лейкоцитов? Какие нормальные показатели характерны для СОЭ, ретикулоцитов, тромбоцитов и цветного показателя?
10. На какие 2 группы делятся лейкоциты (по какому признаку)?
11. Что такое лейкоцитарная формула?
12. Как определяется процентное содержание какого-либо из видов лейкоцитов?
13. Что понимают под абсолютным содержанием лейкоцитов?
14. Что такое нейтрофильный сдвиг влево?
15. Что означает нейтрофильный сдвиг вправо?
16. Какие изменения в лейкоцитарной формуле характерны для острых воспалительных процессов, агранулоцитоза, аллергических заболеваний?
17. Какие существуют патологические изменения эритроцитов?
18. Что характерно для периферической крови при В₁₂ (фолиево) – дефицитной анемии?
19. Что характерно для железодефицитной анемии?

4. Вид занятия: практическое занятие.

5. Продолжительность: 6 академических часов.

7.1. Контроль исходного уровня знаний и умений.

- Задания для самоконтроля:
- Тесты (см. приложение):
- Типовые задачи (см. приложение).

7.2. Разбор с преподавателем узловых вопросов, необходимых для освоения темы занятия и демонстрация преподавателем методики практических приемов по данной теме:

- научиться в процессе беседы с больным выявлять жалобы, характерные для заболеваний органов кроветворения.
- научиться выявлять при общем осмотре симптомы, свойственные больным с заболеваниями органов кроветворения. Овладеть методикой пальпации лимфатических узлов и селезенки. Овладеть методикой перкуссии селезенки.
- научиться интерпретировать получаемые при обследовании данные.
- научиться записывать результаты обследования.
- научиться интерпретировать результаты клинического анализа крови.

7.3. Самостоятельная работа студентов под руководством преподавателя.

Задание №1 - провести расспрос больного с заболеваниями органов кроветворения. При выяснении жалоб обратить внимание на симптомы, встречающиеся при заболеваниях органов кроветворения. Ряд общих жалоб, таких как слабость, легкая утомляемость, головокружение, одышка при физической нагрузке, сердцебиения, потеря трудоспособности, могут быть проявлением анемий. Однако эти же симптомы могут наблюдаться и при лейкозах и миелоидной гипоплазии (аплазии). При остро возникшем и обильном кровотечении (например, желудочно-кишечном) внезапно появляется резкая слабость, головокружение, обморочное состояние.

Многие заболевания системы крови сопровождаются лихорадкой. Часто больные жалуются на зуд кожи. При многих заболеваниях системы крови наблюдаются потеря аппетита и похудание; особенно выражено похудание, переходящее в кахексию, при хронических лейкозах и ретикулезах, протекающих с деструктивным опухолевым ростом, например, при лимфогранулематозе, лимфосаркоматозе и др. Для анемии Аддисона-Бирмера очень характерно ощущение жжения кончика языка и его краев. При железодефицитной анемии, особенно при так называемом раннем и позднем хлорозе, нередко наблюдается извращение вкуса: больные охотно едят мел, глину, землю, уголь, а также обоняния: больные испытывают удовольствие от вдыхания паров эфира, бензина и других пахучих веществ с неприятным запахом.

Гемморрагические диатезы, миелодиспластический синдром и лейкозы сопровождаются повышенной кровоточивостью.

Заболевания, при которых наблюдается усиленная пролиферация клеток костного мозга и его гиперплазия (например, острый гемоцитобластоз, хронический миелолейкоз, эритремия), нередко сопровождаются болями в костях, особенно плоских.

При многих заболеваниях возникают сильные боли в левом подреберье, обусловленные вовлечением в патологический процесс селезенки.

Большое увеличение печени, например, вследствие миелоидной или лимфоидной метаплазии при хронических лейкозах, может быть причиной ощущения тяжести и болей в правом подреберье.

Задание №2 - провести осмотр больного с заболеванием органов кроветворения. Определить состояние больного и его сознание. Крайне тяжелое, бессознательное состояние наблюдается в терминальных стадиях многих заболеваний системы кроветворения.

Осмотреть кожные покровы больного: бледность (анемии); желтоватые, восковидные кожные покровы (анемия Аддисона-Бирмера), более выраженная желтушность при гемолитических анемиях; кровоизлияния на коже (при гемморрагических диатезах); сухость кожи, ее шелушение (при железодефицитных анемиях).

Задание №3 - провести пальпацию лимфатических узлов и селезенки. Наиболее значительное увеличение лимфатических узлов наблюдается при лимфолейкозе, лимфогранулематозе и лимфосаркоматозе. Увеличенные лимфатические узлы при лейкозе и ретикулезах безболезненны, никогда не спаиваются с кожей, не нагнаиваются и не образуют свищей.

Пальпация селезенки проводится в положении больного лежа на спине или на правом боку. При пальпации используются дыхательные движения. При пальпации селезенки обращают внимание на ее размеры, болезненность, плотность (консистенцию), форму, подвижность, определяют наличие вырезок на переднем крае. В норме селезенка не прощупывается. Она становится доступной пальпации лишь при значительном ее опущении, а чаще всего – при увеличении. Значительное увеличение селезенки носит название спленомегалии. Наиболее значительное увеличение селезенки наблюдается в конечной стадии хронического миелолейкоза, при котором она нередко занимает всю левую половину живота, а своим нижним полюсом уходит в малый таз.

Задание №4 - провести перкуссию системы органов кровообращения. В данном случае перкуссия имеет ограниченное значение, - она используется лишь для ориентировочного определения размеров селезенки. Ввиду того, что селезенка окружена полыми органами (желудок, кишечник), содержащими воздух и дающими при перкуссии громкий тимпанический звук, точно определить ее границы и размеры этим методом нельзя.

Перкуссия проводится в положении больного стоя или лежа на правом боку. Перкутировать нужно очень тихо – от ясного звука к тупому, лучше всего пользоваться методом Образцова.

Для определения поперечника селезеночной тупости перкуссию ведут по линии, располагающейся на 4 см латеральнее *linea costoarticularis sinistra* (эта линия соединяет грудино-ключичное сочленение со свободным концом XI ребра). В норме селезеночная тупость определяется между IX и XI ребрами, ее размер 4-6 см. Длинник селезенки перкутируют по X ребру, в норме передний край селезенки не заходит медиальнее *linea costoarticularis*, перкуторный размер тупости длинника селезенки равен 6-8 см.

Задание №5 - по окончанию работы с больным сделать заключение о найденной патологии (фрагмент истории болезни), доложить о полученных результатах обследования преподавателю в присутствии группы

Задание №6 – сделать заключение по предложенным преподавателем анализам крови (общий анализ крови (ОАК) (количество гемоглобина, скорость оседания эритроцитов (СОЭ), число эритроцитов, тромбоцитов, лейкоцитов, исследование лейкоцитарной формулы).

В таблице №1 приведены основные показатели клинического анализа крови для здорового человека.

Основные показатели клинического анализа крови для здорового человека.

Таблица 1

Показатель	Женщины	Мужчины
Эритроциты	3,7-4,7 x 10 ¹² /л	4,0-4,7 x 10 ¹² /л
Гемоглобин (Hb)	115-145 г/л	132-164 г/л
Скорость оседания эритроцитов (СОЭ)	2-15 мм/ч	1-10 мм/ч
Цветовой показатель	0,9-1,0	
Лейкоциты	4,5-8,8 x 10 ⁹ /л	
Лейкоцитарная формула (%):		
юные	0	
палочкоядерные	1-5	
сегментоядерные	50-72	
эозинофильные	1-5	
базофильные	0-1	
лимфоциты	18-38	
моноциты	2-8	
Тромбоциты	180-320 x 10 ⁹ /л	
Ретикулоциты	2-12 ‰	

7. Учебно-исследовательская работа студентов (УИРС) по данной теме:

- Отечественные терапевтические школы: В.П.Образцова – Н.Д. Стражеско, В.Х.Василенко, Е. М. Тареева, А. М. Мясникова.
- самостоятельный опрос и осмотр больного с заболеванием системы кроветворения.
- оформление фрагмента истории болезни.
- чтение и интерпретация клинических анализов крови.
- решение ситуационных задач.

Литература.

Основная:

1. Моисеев В.С. Внутренние болезни: учебник. [Электронный ресурс]: в 2-х т. Электрон. текстовые дан. Т.1. -on-line. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970425794.html> / В.С. Моисеев, А.И. Мартынов, Н.А. Мухин. - М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2013г.

Дополнительная:

1. Внутренние болезни. Тесты и ситуационные задачи [Электронный ресурс]: учеб. пособие-Электрон. текстовые дан. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970423912.html>/ В. И. Маколкин [и др.]. - М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2012
2. Междисциплинарные клинические задачи [Электронный ресурс]: сборник. Электрон. текстовые дан. -on-line. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/06-COS-2330.html>/ Л. И. Дворецкий. - М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2012
3. Внутренние болезни: руководство к практическим занятиям по факультетской терапии [Электронный ресурс]: учеб. Пособие. - Электрон. текстовые дан. - on-line. - Режим доступа: ЭБС «Консультант студента» <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970411544.html>/ В. И. Подзолков, А. А. Абрамова, О. Л. Белая [и др.] /под ред. В. И. Подзолкова. - М.: ГЭОТАР Медиа, 2010

Приложение

Тестовый контроль

1. Выберите симптомы, характерные для изменения периферической крови при аллергических заболеваниях.

- а) лейкоцитоз
- б) эозинофилия
- в) сдвиг лейкоформулы влево
- г) лейкопения
- д) лимфоцитоз
- ж) сдвиг лейкоформулы вправо
- з) анемия

2. Назовите основные жалобы пациентов при железодефицитной анемии.

- | | |
|--------------------------------|-------------------|
| 1) головная боль | ВАРИАНТЫ ОТВЕТОВ: |
| 2) извращение вкуса | а) 1, 3, 5 |
| 3) боль в костях | б) 2, 4, 5 |
| 4) понижение работоспособности | в) 2 |
| 5) ломкость ногтей | |

3. Назовите основные жалобы пациентов при витамин В₁₂-дефицитной анемии:

- | | |
|--------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1) головокружение | ВАРИАНТЫ ОТВЕТОВ: |
| 2) нарушение чувствительности (болевой, тактильной, температурной) | а) 1, 3, |
| 3) извращение вкуса | б) 2, 4, 5 |
| 4) боль в костях | в) 2, 5 |
| 5) боли в животе, в эпигастрии | |

4. Назовите основные жалобы пациентов при остром лейкозе.

- | | |
|-------------------|-------------------|
| 1) боль в костях | ВАРИАНТЫ ОТВЕТОВ: |
| 2) кровоточивость | а) 1, 3, 5 |
| 3) общая слабость | б) 2, 4, 5 |

- 4) извращение вкуса
5) нарушение чувствительности
- в) 1, 2, 3

5. Назовите основные жалобы пациентов при геморрагическом диатезе.

- 1) кровоточивость
2) боли в правом подреберье
3) боли в костях
4) боли в горле
5) чувство жжения языка
- ВАРИАНТЫ ОТВЕТОВ:
а) 1, 2
б) 2, 4, 5
в) 1, 3

6. Назовите основные симптомы анемии, выявляемые при общем осмотре.

- 1) бледность кожных покровов
2) снижение тургора кожи
3) мышечная атрофия
4) пастозность
5) геморрагические высыпания
- ВАРИАНТЫ ОТВЕТОВ:
а) 1, 3, 5
б) 1, 2, 4
в) 1

7. Назовите основные симптомы, выявляемые при общем осмотре у больных с острыми

лейкозами.

- 1) бледность кожных покровов
2) кровоизлияния
3) мышечная атрофия
4) язвенно-некротическая ангина
5) чистый, гладкий ярко-красный язык
- ВАРИАНТЫ ОТВЕТОВ:
а) 1, 3, 5
б) 2, 4, 5
в) 1, 4

8. Назовите основные симптомы, выявляемые при общем осмотре у больных с геморрагическими диатезами.

- 1) кровоизлияния
2) лимонный цвет кожных покровов
3) постозность
4) язвенно-некротическая ангина
5) снижение тургора кожи
- ВАРИАНТЫ ОТВЕТОВ:
а) 1
б) 2, 4, 5
в) 1, 2, 3

9. Для каких заболеваний крови характерно увеличение лимфоузлов?

- 1) острый лейкоз
2) железодефицитная анемия
3) геморрагический диатез
4) В12-дефицитная анемия
5) лимфогранулематоз
- ВАРИАНТЫ ОТВЕТОВ:
а) 1, 3, 5
б) 2, 4, 5
в) 1, 5

10. Какие заболевания крови сопровождаются увеличением печени и селезенки?

- 1) эритремия
2) острый лейкоз
3) хронический миелолейкоз
4) железодефицитная анемия
5) лимфогранулематоз
- ВАРИАНТЫ ОТВЕТОВ:
а) 1, 2, 3, 5
б) 2, 4, 5
в) все

11. Какие заболевания крови сопровождаются спленомегалией?

- 1) острый лейкоз
2) гемолитическая анемия
- ВАРИАНТЫ ОТВЕТОВ:
а) 1, 3, 5

- | | |
|----------------------------|------------|
| 3) гипопластическая анемия | б) 2, 4, 5 |
| 4) железодефицитная анемия | в) 2 |
| 5) геморрагический диатез | |

12. Перечислите причины развития анемий.

- | | |
|----------------------------------|-------------------|
| 1) профессиональные интоксикации | ВАРИАНТЫ ОТВЕТОВ: |
| 2) наследственность | а) 1, 3, 5 |
| 3) наличие заболеваний ЖКТ | б) 1, 3, 4, 5 |
| 4) острые отравления | в) 2 |
| 5) длительные кровотечения | |

Ситуационные задачи

Задача 1.

Больной Б., 52 года, страдает геморроем. В течение длительного времени отмечает частые ректальные необильные кровотечения. В настоящее время жалуется на быструю утомляемость, общую слабость, головокружение, шум в ушах.

При исследовании больного отмечается бледность кожных покровов и слизистых оболочек, одутловатость лица, пастозность нижних конечностей. Границы сердца нормальные, при выслушивании определяется систолический шум на верхушке.

При исследовании крови обнаружено уменьшение количества гемоглобина, эритроцитов, снижение цветного показателя (0,5-0,6). Эритроциты изменены - микроцитоз, пойкилоцитоз, гипохромия. Количество ретикулоцитов увеличено (10-20%). Количество лейкоцитов снижено.

Как объяснить изменение крови, имеющееся у больного, и как оно называется? Чем объяснить наличие систолического шума на верхушке сердца?

Задача 2

У больного М., 27 лет, 5 лет назад удалён полностью желудок по поводу язвенной болезни. Последние годы отмечает похудание, поносы, отрыжку, головокружение, шум в ушах, потемнение в глазах.

При исследовании крови найдена гипохромная анемия, форма и размеры эритроцитов изменены, их окраска бледная.

Как называется обнаруженная у больного анемия?

Задача 3

Больной Т., 53 года, страдает анацитным гастритом в течении 15 лет, за последний год появились поносы, резкая общая слабость, шум в ушах, головокружения, очень быстрая утомляемость.

При исследовании крови обнаружена гипохромная анемия (цветной показатель - 0,5-0,4%). Эритроциты бледные, некоторые в виде колец, пойкилоцитоз, анизацитоз. Количество лейкоцитов уменьшено.

Какой причины может быть анемия у описанного больного и как она называется?

Задача 4

Больная жалуется на общую слабость, потерю трудоспособности, плохой аппетит. Больной себя считает 7 лет. При общем осмотре обнаружено резкое истощение больной, живот значительно увеличен, больше в верхней части, при его пальпации определяется резкое увеличение печени и особенно селезёнки.

В крови: гемоглобина-9г%; эритроцитов- $2,5 \cdot 10^{12}/л$; лейкоцитов- $400 \cdot 10^9/л$; лейкоцитарная формула: эозинофилов-7%; базофилов-6%; миелобластов-1%; промиелоцитов-3%, миелоцитов-6%, юных нейтрофилов-10%; палочкоядерных нейтрофилов-17%,

сегментоядерных нейтрофилов-35%, лимфоцитов-10%, моноцитов-5%, СОЭ за 30'-36 мм. Количество тромбоцитов-90 000.

Что за болезнь у данной больной и какое её течение?

Задача 5

При осмотре больного обнаружено резкое увеличение всех периферических лимфоузлов. При пальпации они безболезненны, тестоватой консистенции, не спаяны между собой и с подлежащими тканями. При исследовании живота обнаружено его умеренное увеличение. При пальпации выявлено умеренное увеличение печени и селезёнки.

Картина крови: эритроцитов- $3 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобина -10 г %, лейкоцитов- $200 \cdot 10^9/л$; лейкоцитарная формула: эозинофилов-2 %, палочкоядерных нейтрофилов-2 %, сегментоядерных нейтрофилов-4 %, лимфоцитов-1 %, пролимфоцитов-5 %, лимфоцитов-80%, моноцитов-6%, СОЭ за 30'-44мм; за 60'-58мм.

О поражении какой системы следует думать и какое это заболевание?

Задача 6

После удаления зуба у больного началось сильное кровотечение, которое удалось остановить только в клинических условиях после переливания крови. Больной вспомнил, что при небольших ранениях у него всегда долгое время продолжалось кровотечение.

О какой болезни следует думать?

Задача 7

У больного периодически появляется небольшая желтуха. Моча не окрашивается. Кал окрашен интенсивно. Подобные явления имеют место у двух братьев больного.

О каком заболевании можно подумать?

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра внутренних болезней

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ
к практическому занятию на тему: Методы исследования мочевыводящей
системы**

Дисциплина – Внутренние болезни

Специальность (код, название) - 31.05.02 Медицинская биофизика

Курс - IV

Семестр - VII

Уфа – 2023

Рецензенты:

1. Главный врач ГБУЗ Республиканский
кардиологический центр, к.м.н.,
Николаева И.Е.
2. Зав. кафедрой общей физики
Уфимского университета науки и технологий,
д.ф.-м.н., профессор
Балапанов М. Х.

Авторы:

1. Ассистент кафедры внутренних болезней, Садретдинова Л.Д.
2. Доцент кафедры внутренних болезней, к.м.н. Габитова Д.М.
3. Зав. кафедрой внутренних болезней, доцент, к.м.н. Тюрин А.В.

Утверждено на заседании кафедры внутренних болезней № 9 от 05 апреля 2023г.

Занятие N 8

1. Актуальность: **Заболеваемость** органов мочевого выделения в разных странах составляет примерно 7-8 % общей заболеваемости. Однако, считается, что истинная заболеваемость примерно в 2 раза выше статистической: заболевания часто протекают в латентном варианте и клинически развернутую картину заболевания врач видит при нарастании признаков почечной недостаточности, когда процент функционирующих нефронов невелик. Большинство наиболее тяжелых заболеваний почек встречается в возрасте до 40 лет, приводя людей самого трудоспособного, творческого возраста к летальному исходу. Многие из болезней почек возникают в детском или юношеском возрасте и ведут к тяжелой инвалидизации больных.

Изучение данной темы в курсе пропедевтики внутренних болезней является обязательным. Владение навыками, входящими в данную тему, позволит выявить основные объективные критерии патологии мочевого выделительной системы.

2. Учебная цель занятия:

Овладеть методикой расспроса, осмотра, пальпации, перкуссии почек и мочевого пузыря. Научиться интерпретировать результаты основных лабораторно-инструментальных методов обследования.

В результате освоения темы студент **должен уметь:**

1. Провести клиническое обследование больного с заболеванием почек (расспрос, осмотр, пальпацию, перкуссию почек и мочевого пузыря).
2. Оценить результаты расспроса, осмотра, пальпации, перкуссии почек и мочевого пузыря.
3. Выявить основные симптомы, характерные для заболеваний почек.
4. Оценить данные дополнительных лабораторных и инструментальных методов исследования, выявив изменения, характерные для заболевания почек.

Для формирования умения студент **должен знать:**

1. Основные жалобы больного с заболеванием почек, мочевого пузыря, их патогенез.
2. Основные причины, способствующие заболеванию почек.
3. Основные признаки заболевания почек, выявляемые при общем осмотре, осмотре области почек, механизм их возникновения.
4. Признаки, выявляемые при пальпации и перкуссии почек, их диагностическое значение.
5. Показатели инструментальных методов исследования, характерных для заболевания почек (общий анализ мочи, общий белок и его фракции, холестерин, остаточный азот, креатинин, мочевины, клубочковая фильтрация, проба Зимницкого, исследование мочи по Нечипоренко, экскреторная урография, ренография, сканирование почек, УЗИ - исследования).
6. овладеть следующими компетенциями: ОПК-1, ОПК-3, ПК-3.

3. Вид занятия - практическое занятие.

4. Продолжительность занятия - 6 академических часов.

5. Оснащение: унифицированная схема истории болезни (для каждого студента); словарь-справочник по латинской терминологии в пропедевтике внутренних болезней (для каждого студента); клинические истории болезни (5-6 больных); больные с различными заболеваниями (1 больной на 2-х студентов), линейки для подсчета скорости клубочковой фильтрации по Кокрофту-Голту, бланки клинических анализов мочи, биохимических анализов крови из пособия по самостоятельной аудиторной работе студента «Лабораторно-

инструментальные методы исследования в клинике внутренних болезней» рентгенограммы почек.

6. Содержание занятия:

- 1) организационный этап - 5 мин.
- 2) контроль исходного уровня знаний и умений. Время - 15 мин.
- 3) разбор с преподавателем узловых вопросов, необходимых для освоения темы занятия. Время - 20 мин.
- 4) демонстрация преподавателем методики расспроса, осмотра, пальпации, перкуссии больных с заболеванием почек. Время - 30 мин.

Преподаватель рекомендует студентам особо обратить внимание при обследовании больных с заболеваниями почек на следующие моменты: при выяснении жалоб у больных с заболеваниями почек и мочевыводящих путей необходимо выявить жалобы специфические: боль, её локализация (в поясничной области, внизу живота, по ходу мочеточников, иррадиация, характер боли (острая или приступообразная), длительность боли, условия возникновения боли (физическая нагрузка, изменение положения тела, приём острой пищи, алкоголя, водная нагрузка и т.д.). Чем купируются боли. Мочеиспускание: количество мочи за сутки (наличие полиурии, олигурии, анурии).

Выяснить наличие дизурических расстройств у пациента:

затрудненное мочеиспускание (тонкой струёй, каплями, прерывистое), наличие непроизвольного мочеиспускания, ложные позывы на мочеиспускание, резь, жжение, боли во время мочеиспускания (в начале, в конце или во время всего акта мочеиспускания). Учащенное в мочеиспускание (поллакиурия) ночное мочеиспускание (никтурия).

Моча: цвет мочи (соломенно-желтый, насыщенно желтый, темный, цвет "пива", красный, цвет "мясных помоев", черный, синий и т.д.), прозрачность мочи, наличие примесей крови во всех порциях.

Отёки: локализация, время появления (утром, вечером, на протяжении суток), условие возникновения или усиление отеков (питьевая нагрузка, избыточный прием соли и т.д.), скорость нарастания отеков, факторы, способствующие уменьшению или исчезновению отеков. При выяснении анамнеза заболевания и жизни необходимо выяснить, не переносил ли - инфекционные заболевания (ангину, грипп, скарлатину, туберкулез, сифилис, гонорею, пневмонию, остеомиелит и др.).

- неинфекционные заболевания (ревматические болезни, атеросклероз, сахарный диабет и др.)
- отравление (сулемой, висмутом, йодом, цитостатиками, золотом, Д-пеницилламином).

Необходимо помнить, что развитию заболеваний почек или его обострению могут способствовать: отягощенная наследственность, беременность, пороки развития мочевыделительной системы (поликистоз, дистопия почки, хроническая инфекция носоглотки), инструментальные исследования мочевых путей (цистоскопия, катетеризация, переохлаждение).

Осматривая больного с заболеванием мочевыделительной системы необходимо:

- 1) отметить положение пациента в постели
- 2) последовательно осмотреть лицо, веки, конечности, поясничную область: область живота (подреберья, надлобковую область).

При осмотре поясничной и надлобковой области необходимо обратить внимание на наличие гиперемии кожи, припухлости, сглаживания контуров поясничной области, наличие ограниченного выбухания в надлобковой области. Проводя перкуссию поясничной и надлобковой области, определить симптом Пастернацкого, характер перкуторного звука над лобком, при увеличении мочевого пузыря - уровень расположения дна мочевого пузыря. При

проведении пальпации при заболеваниях почек и мочевыводящих путей необходимо выявить наличие или отсутствие воспаления околопочечной клетчатки, обнаружить патологию почек, мочеточников, мочевого пузыря. Пальпация проводится, лежа по методу Образцова-Стражеско, стоя по Боткину, затем пальпируется мочевой пузырь, мочеточниковые точки (верхние и нижние). Студентам предлагается работа с историей болезни, в которой представлены анализы мочи, инструментальные методы исследования курируемого больного. Основные лабораторно-инструментальные показатели выписываются, делается интерпретация. По окончании работы с больным необходимо сделать заключение о найденной патологии. Результаты занести в рабочую тетрадь в виде фрагмента истории болезни.

Образец записи (рекомендуемый студентам) «... пациент отмечает периодические ноющего характера боли в поясничной области, иррадиирующие в половые органы. Боли имеют резко выраженный характер и появляются после переохлаждения, тряской езды, а иногда и без видимой причины. Изредка боли носят резкий, приступообразный характер, продолжаются от получаса до 2-3 часов и купируются после приема горячей ванны и инъекции но-шпы с атропином. Мочеиспускание безболезненное, обычной частоты (4-5 раз в течение суток, преимущественно в дневное время), затруднений при мочеиспускании не испытывает. Суточный диурез составляет примерно 1,5 л, моча прозрачная, каких-либо необычных изменений в цвете и запахе мочи не отмечала. При осмотре поясничной области: наличие гиперемии кожи, припухлости, сглаживания контуров поясничной области не выявлено. Наличие ограниченного выбухания в надлобковой области нет. Почки при исследовании в горизонтальном и вертикальном положениях пропальпировать не удалось. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. При пальпации мочевого пузыря и по ходу мочеточников болезненность не определяется...»

6.5. Самостоятельная работа студента под контролем преподавателя.

Время - 70 мин. Для курации студент получает 1 больного с заболеванием почек.

Студент проводит курацию больного по указанной схеме, знакомится с результатами лабораторно-инструментальных методов исследования (из карты стационарного больного), оформляет фрагменты истории болезни.

6.6. Контроль освоения темы занятия:

- Студенты докладывают результаты проведенной курации больных (Время - 20 мин.)
- Преподаватель по результатам доклада оценивает результаты практической работы студента, вносит коррективы,
- Решение ситуационных задач (Время - 15 мин.). Ситуационные задачи прилагаются (см. приложение).

7. УИРС по данной теме.

1) Самостоятельное проведение обследования больного с заболеванием почек и мочевыводящих путей.

2) Оформление фрагмента истории болезни.

3) Решение ситуационных задач. Подведение итогов занятия (Время - 5 мин.).

Подведение итогов занятия (задание на дом)

Задание на дом: «Распрос, осмотр больных с заболеваниями органов кроветворения.

Пальпация лимфатических узлов. Пальпация и перкуссия селезенки. Лабораторные и инструментальные методы исследования системы кроветворения»

Литература.

Основная:

1. Моисеев В.С. Внутренние болезни: учебник. [Электронный ресурс]: в 2-х т. Электрон. текстовые дан. Т.1. -on-line. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970425794.html> / В.С. Моисеев, А.И. Мартынов, Н.А. Мухин. - М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2013г.

Дополнительная:

1. Внутренние болезни. Тесты и ситуационные задачи [Электронный ресурс]: учеб. пособие- Электрон. текстовые дан. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970423912.html/> В. И. Маколкин [и др.]. - М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2012

2. Междисциплинарные клинические задачи [Электронный ресурс]: сборник. Электрон. текстовые дан. -on-line. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/06-COS-2330.html/> Л. И. Дворецкий. - М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2012

3. Внутренние болезни: руководство к практическим занятиям по факультетской терапии [Электронный ресурс]: учеб. Пособие. - Электрон. текстовые дан. - on-line. - Режим доступа: ЭБС «Консультант студента» <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970411544.html/> В. И. Подзолков, А. А. Абрамова, О. Л. Белая [и др.] /под ред. В. И. Подзолкова. - М.: ГЭОТАР Медиа, 2010

Приложение Тестовый контроль

1. Как называется по латыни учащенное мочеиспускание?

- а) странгурия
- б) полакиурия
- в) анурия
- г) ишурия
- д) полиурия

2. Как называется по латыни болезненное мочеиспускание?

- а) странгурия
- б) полакиурия
- в) анурия
- г) ишурия
- д) полиурия

3. Как называется по латыни увеличение суточного количества мочи?

- а) странгурия
- б) полакиурия
- в) анурия
- г) ишурия
- д) полиурия

4. Как называется по латыни полное прекращение выделения мочи?

- а) странгурия
- б) полакиурия
- в) анурия
- г) ишурия
- д) полиурия

5. Как называется по латыни невозможность опорожнить мочевой пузырь (задержка мочи)?

- а) странгурия
- б) полакиурия
- в) анурия
- г) ишурия
- д) полиурия

6. Для симптоматической почечной артериальной гипертензии характерно...

- а) высокие цифры преимущественно диастолического АД
- б) резкое увеличение пульсового АД
- в) высокие цифры преимущественно систолического АД

7. Укажите типы заболеваний, при которых может развиваться нефротический синдром?

- 1) острые нагноительные процессы
 - 2) хронические нагноительные процессы
 - 3) острые инфекции
 - 4) хронические инфекции
- ВАРИАНТЫ ОТВЕТОВ:
а) 1, 3
б) 2, 4

8. Выберите изменения ОАМ, характерные для острого пиелонефрита.

ВАРИАНТЫ ОТВЕТОВ:

- 1. протеинурия
 - 2. моча мутная
 - 3. моча цвета "мясных помоев"
 - 4. гематурия
 - 5. лейкоцитурия
 - 6. цилиндрурия за счет зернистых цилиндров
 - 7. цилиндрурия за счет гиалиновых цилиндров
 - 8. клетки плоского эпителия в мочевом осадке
 - 9. клетки почечного эпителия в мочевом осадке
 - 10. кристаллурия
 - 11. щелочная реакция мочи
- а) 1, 3, 4, 6
б) 2, 5, 7
в) 4, 8, 10
г) 4, 6, 9

9. Выберите изменения ОАМ, характерные для острого гломерулонефрита.

ВАРИАНТЫ ОТВЕТОВ:

- 1) протеинурия
 - 2) моча мутная
 - 3) моча цвета "мясных помоев"
 - 4) гематурия
 - 5) лейкоцитурия
 - 6) цилиндрурия за счет зернистых цилиндров
 - 7) цилиндрурия за счет гиалиновых цилиндров
 - 8) клетки плоского эпителия в мочевом осадке
 - 9) клетки почечного эпителия в мочевом осадке
 - 10) кристаллурия
 - 11) щелочная реакция мочи
- а) 1, 3, 4, 6, 11
б) 2, 5, 7
в) 4, 8, 10
г) 4, 6, 9

10. Выберите изменения ОАМ, характерные для мочекаменной болезни.

ВАРИАНТЫ ОТВЕТОВ:

- 1) протеинурия
 - 2) моча мутная
 - 3) моча цвета "мясных помоев"
 - 4) гематурия
- а) 1, 3, 4, 6
б) 2, 5, 7
в) 4, 8, 10
г) 4, 6, 9

- 5) лейкоцитурия
- 6) цилиндрурия за счет зернистых цилиндров
- 7) цилиндрурия за счет гиалиновых цилиндров
- 8) клетки плоского эпителия в мочевом осадке
- 9) клетки почечного эпителия в мочевом осадке
- 10) кристаллурия
- 11) щелочная реакция мочи

242. Какие показатели пробы Нечипоренко характерны для обострения пиелонефрита?

- а) Эритроциты 8000 в мл, лейкоциты -1000 в мл
- б) Эритроциты 1000 в мл, лейкоциты- 8000 в мл

11. Выберите клинические симптомы, характерные для обострения пиелонефрита.

- 1) лихорадка
- 2) боль в пояснице, чаще односторонняя
- 3) связанная с изменением положения тела боль в пояснице, иррадиирующая в промежность
- 4) болезненное, учащенное мочеиспускание
- 5) отеки на лице
- 6) макрогематурия
- 7) острая задержка мочи

ВАРИАНТЫ ОТВЕТОВ:

- а) 3, 7
- б) 5, 6
- в) 1, 2, 4

Ситуационные задачи.

Задача 1. При осмотре больного врач обнаружил отечность на лице, особенности в области век и в области поясницы. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон. О патологическом процессе в какой системе должен в первую очередь подумать врач?

Задача 2. Осматривая больного, врач обратил внимание на некоторое выбухание в правой поясничной области в легкую гиперемию. Симптом Пастернацкого оказался резко положительным справа.

О чем должен подумать врач?

Задача 3. Обследуя больного, врач обнаружил у него повышенное кровяное давление, слабо положительный симптом Пастернацкого с обеих сторон, в моче повышено количество белка, много выщелочных эритроцитов, единичные зернистые цилиндры и единичные клетки почечного эпителия.

Мог ли врач на основании полученных данных подумать о поражении почечных клубочков? Какое давление в этом случае будет особенно высоким?

Задача 4 Врач обнаружил у больного выраженные общие отеки, при легком надавливании на голень оставалась глубокая ямка. В моче до 6% белка, до 8-10 в поле зрения зернистых и гиалиновых цилиндров; клетки почечного эпителия, единичные эритроциты. О поражении какого отдела нефрона должен был подумать врач на основании описанных признаков? Изменится ли минимальное давление крови у данного больного?

Задача 5 При бимануальной пальпации в правой половине живота обнаружено бобовидное образование, эластической консистенции, смещающееся в стороны и вниз. Отчетливо пальпируются и верхний, и нижний полюса. Образование безболезненно баллотируется при пальпации.

Что за орган пальпируется и нормальное ли для него такое положение?

Задача 6 Производя осмотр больного, врач обратил внимание на отеки лица, конечностей и туловища. Развились отеки за сутки. При надавливании в области поясницы образовалась глубокая ямка. Отмечался положительный симптом Пастернацкого. О каком генезе отеков должен подумать врач прежде всего?

Задача 7 Преимущества пробы Нечипоренко в сравнении с общим анализом мочи:

- а) позволяет лучше оценить концентрационную функцию почек
- б) позволяет точнее выявить скрытые формы воспалительных заболеваний почек
- в) дает возможность лучше оценить эффективность лечения
- г) дает возможность выявить возбудителей заболеваний и определить их чувствительность к антибиотикам

Задача 8 Показатели снижения концентрационной способности почек в пробе по Зимницкому:

- а) никтурия
- б) большой размах показателей относительной плотности мочи в отдельных порциях
- в) показатели относительной плотности мочи ниже 1010 (даже единичные)
- г) монотонно низкая относительная плотность мочи во всех порциях

Задача 9 Какие показатели пробы Нечипоренко характерны для обострения:

1. Гломерулонефрита
2. Пиелонефрита

Варианты ответов: **А** эритроциты-8000 в мЛ
лейкоциты- 1000 в мЛ
Б эритроциты-1000 в мЛ
лейкоциты- 8000 в мЛ

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра внутренних болезней

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ
к практическому занятию на тему: Пропедевтика скелетно-мышечной
системы**

Дисциплина – Внутренние болезни

Специальность (код, название) - 31.05.02 Медицинская биофизика

Курс - IV

Семестр - VII

Уфа – 2023

Рецензенты:

- 1.
- 2.

Автор:

Утверждено на заседании № _____ кафедры «_____» _____ 2023г.

Занятие N 9

Тема: «Пропедевтика скелетно-мышечной системы»

1. Актуальность: Нарушения и болезни костно-мышечной системы – это более 150 нарушений здоровья, поражающих опорно-двигательный аппарат. Они варьируются в широком диапазоне: от острых и кратковременных явлений — переломов, растяжений и вывихов — до пожизненных нарушений, сопровождающихся постоянным снижением функциональных возможностей и инвалидностью. Нарушения и болезни костно-мышечной системы обычно характеризуются болевыми ощущениями (нередко постоянного характера), снижением подвижности, ухудшением моторики и функциональных возможностей в целом, что ограничивает способность человека к трудовой деятельности.

Нарушения и болезни костно-мышечной системы включают в себя нарушения, поражающие: суставы, в частности, остеоартрит, ревматоидный артрит, псориатический артрит, подагру, анкилозирующий спондилоартрит;

костные ткани, в частности, остеопороз, остеопению и связанные с этим переломы в результате хрупкости костей или травм;

мышцы, в частности, саркопению;

позвоночник, в частности, люмбаго и цервикалгию;

различные части тела или системы организма, в частности, регионарные и распространенные болевые синдромы, и воспалительные заболевания, такие как заболевания соединительных тканей и васкулит, характеризующиеся симптомами со стороны костно-мышечной системы, или системная красная волчанка.

Помимо всего, нарушения и болезни костно-мышечной системы являются самым главным фактором, обуславливающим глобальную потребность в реабилитационных услугах. Они входят в число основных причин, определяющих спрос на такие услуги для детей, а примерно две трети взрослого населения, нуждающегося в реабилитационных услугах, – это люди, страдающие от нарушений и болезней костно-мышечной системы.

Учебная цель занятия: Приобретение студентом знаний и умений по возрастным особенностям костно-мышечной системы.

Вопросы для самоподготовки:

1. Анатомо-физиологические особенности мышечной системы.
2. Морфологические особенности строения мышц.
3. Значение рационального питания в развитии костной ткани.
10. Суточная потребность в кальции, фосфоре, витамине Д.

Профессиональные компетенции Студент должен знать:

1. Анатомо-физиологические особенности костной системы.
2. Краткие сведения об эмбриогенезе костной ткани.
3. Рост и формирование скелета.
4. Механизм регуляции фосфорно-кальциевого обмена и отложения 4 минеральных солей в костях; нормальные показатели содержания фосфора и кальция в крови; суточную потребность в кальции и витамине Д.
5. Методы инструментальных и лабораторных исследований костной системы.
6. Основные симптомы поражения костной системы.
7. Особенности строения позвоночника.
8. Особенности строения грудной клетки.
9. Строение тазовых костей и развитие таза.
10. Методика исследования костной системы.

11. Пропорции тела.
12. Нормальные показатели уровня кальция и фосфора в сыворотке крови, суточная потребность в витамине Д, кальции.
13. Характер изменения мышечного тонуса.
14. Семиотику поражения системы.

Уметь:

1. Оценить показатели содержания в крови кальция и фосфора.
2. Владеть методами исследования костной и мышечной систем: осмотр, пальпация, перкуссия.
3. Исследовать тонус мышц и мышечную силу.
4. Оценить степень поражения костно-мышечной системы при острых и хронических заболеваниях и на основании этих данных дать заключение о тяжести состояния.

Владеть:

1. Методикой сбора анамнеза
2. Методика общего осмотра и осмотра отдельных частей тела
3. Методикой проведения антропометрических исследований
4. Методикой измерения температуры тела

5 Вопросы для самоподготовки:

1. Анатомо-физиологические особенности мышечной системы.
2. Морфологические особенности строения мышц и их развитие.
3. Анатомо-физиологические особенности костной системы.

4. Вид занятия: практическое занятие.

5. Продолжительность: 6 академических часов.

6. Оснащение: унифицированная схема истории болезни (для каждого студента); словарь-справочник по латинской терминологии в пропедевтике внутренних болезней (для каждого студента); клинические истории болезни (5-6 больных); больные с различными заболеваниями (1 больной на 2-х студентов). «Лабораторно-инструментальные методы исследования в клинике внутренних болезней», рентгенограммы.

7. Содержание занятия.

7.1. Контроль исходного уровня знаний и умений.

- Задания для самоконтроля:
Тесты (см. приложение):
Типовые задачи (см. приложение).

7.2. Разбор с преподавателем узловых вопросов, необходимых для освоения темы занятия и демонстрация преподавателем методики практических приемов по данной теме.

1. Научиться в процессе беседы с больным выявлять жалобы, характерные для костно-мышечной системы.
2. Научиться выявлять при общем осмотре симптомы, свойственные больным с костно-мышечной системы. Овладеть методикой пальпации костно-мышечной системы.
3. Научиться интерпретировать получаемые при обследовании данные и записывать результаты обследования.

4. Научиться интерпретировать результаты основных лабораторно-инструментальных исследований.

8. Место проведения самоподготовки:

Клиника БГМУ, учебная комната кафедры внутренних болезней.

9. Учебно-исследовательская работа студентов (УИРС) по данной теме:

- Отечественные терапевтические школы: В.П.Образцова – Н.Д. Стражеско, В.Х.Василенко, Е. М. Тареева, А. М. Мясникова.
- самостоятельный опрос и осмотр больного с заболеванием мочевыделительной системы.
- оформление фрагмента истории болезни.
- диагностика основных почечных синдромов по учебным анализам.
- решение ситуационных задач.

Литература.

Основная:

1. Моисеев В.С. Внутренние болезни: учебник. [Электронный ресурс]: в 2-х т. Электрон. текстовые дан. Т.1. -on-line. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970425794.html> / В.С. Моисеев, А.И. Мартынов, Н.А. Мухин. - М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2013г.

Дополнительная:

1. Внутренние болезни. Тесты и ситуационные задачи [Электронный ресурс]: учеб. пособие- Электрон. текстовые дан. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970423912.html>/ В. И. Маколкин [и др.]. - М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2012

2. Междисциплинарные клинические задачи [Электронный ресурс]: сборник. Электрон. текстовые дан. -on-line. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/06-COS-2330.html>/ Л. И. Дворецкий. - М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2012

3. Внутренние болезни: руководство к практическим занятиям по факультетской терапии [Электронный ресурс]: учеб. Пособие. - Электрон. текстовые дан. - on-line. - Режим доступа: ЭБС «Консультант студента» <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970411544.html>/ В. И. Подзолков, А. А. Абрамова, О. Л. Белая [и др.] /под ред. В. И. Подзолкова. - М.: ГЭОТАР Медиа, 2010

Приложение

Тестовый контроль

1. По каким параметрам оценивается ритм боли?
 - a. по степени интенсивности боли
 - b. по продолжительности боли
 - c. по времени появления боли в течение суток
 - d. по локализации боли
 - e. по связи с определенными провоцирующими факторами

2. Резистивная боль – это:
 - a. боль, возникающая при попытке движения через сопротивление
 - b. боль, возникающая на протяжении всего движения в суставе
 - c. боль, усиливающаяся в крайних точках движения в суставе
 - d. боль, возникающая при пальпации сустава
 - e. боль в суставе, усиливающаяся в вечернее время после длительной нагрузки

3. Механический ритм боли в суставе – это боль, возникающая:
- при попытке движения через сопротивление
 - к вечеру после нагрузок на пораженный сустав
 - при исследовании активных движений
 - при исследовании пассивных движений
 - утром, с последующим снижением интенсивности боли к вечеру
4. Деформация суставов кистей, выявляемая при осмотре у пациентов с остеоартрозом обусловлена:
- формированием узелков Гебердена и Бушара
 - выпотом синовиальной жидкости
 - сужением околосуставной щели
 - отеком окружающих сустав тканей
5. При осмотре кистей наблюдаются симметричные изменения в виде деформации и припухлости лучезапястных суставов, ii, iii пястнофаланговых суставов. эти изменения характерны для:
- остеоартроза
 - острой ревматической лихорадки
 - подагры
 - ревматоидного артрита
6. Течение ревматоидного артрита:
- хроническое, прогрессирующее
 - с полным обратимым течением суставного синдрома и восстановлением функции сустава
 - эпизодическое течение артрита с полным восстановлением функции сустава между атаками артрита
 - длительно протекающий моноартрит
 - хроническое течение артрита без прогрессирования
7. Наиболее типичная локализация артрита при подагре в дебюте заболевания:
- первый плюснефаланговый сустав стопы
 - локтевые и плечевые суставы
 - коленные суставы
 - пястнофаланговые суставы
 - тазобедренный сустав
8. Высокий титр антистрептококковых антител характерен для:
- ревматоидного артрита
 - острой ревматической лихорадки
 - деформирующего остеоартроза
 - подагры
9. Тофусы – это:
- костные разрастания в области дистальных межфаланговых суставов
 - отложения кристаллов уратов в периартикулярных тканях и ушной раковине
 - деформация первого плюснефалангового сустава стопы при подагре
 - узелки при ревматоидном артрите

е. увеличение лимфатических узлов при ревматоидном артрите

10. Пациент обратился с жалобами на остро возникшую сильную боль в первом ПФС левой стопы. сустав припухший, горячий, гиперемирован, болезненный, движения в нем вызывают боль. Эти изменения характерны для:

- a. остеоартроза
- b. острой ревматической лихорадки
- c. подагры
- d. ревматоидного артрита

11. Что такое «утренняя скованность»?

- a. выпот в мелких и средних суставах
- b. тугоподвижность в суставах, определяемая врачом
- c. ограничение движений в суставах, выявляемое врачом
- d. субъективное ощущение препятствия движению в суставах
- e. боль в суставах в утренние часы

12. Деформация сустава – это:

- a. изменение формы сустава за счет отека периартикулярных тканей
- b. стойкое изменение конфигурации пораженного сустава
- c. выпот в полость сустава
- d. нарушение конфигурации пораженного сустава за счет синовита

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра внутренних болезней

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ
к практическому занятию на тему: Пневмония**

Дисциплина – Внутренние болезни

Специальность (код, название) - 31.05.02 Медицинская биофизика

Курс - IV

Семестр - VIII

Уфа – 2023

Рецензенты:

1. Главный врач ГБУЗ Республиканский кардиологический центр, к.м.н., Николаева И.Е.
2. Зав. кафедрой общей физики Уфимского университета науки и технологий, д.ф.-м.н., профессор Балапанов М. Х.

Авторы:

1. Ассистент кафедры внутренних болезней, Садретдинова Л.Д.
2. Доцент кафедры внутренних болезней, к.м.н. Габитова Д.М.
3. Зав. кафедрой внутренних болезней, доцент, к.м.н. Тюрин А.В.

Утверждено на заседании кафедры внутренних болезней № 9 от 05 апреля 2023г.

1. Тема и ее актуальность: Пневмония

Пневмония – острое воспаление легких, занимает значительное место как в структуре заболеваний органов дыхания, так и всей патологии внутренних органов. Ей подвержены все слои населения и возрастные группы, начиная с детей до лиц пожилого и старческого возраста, у которых она в свою очередь протекает особенно тяжело. Несмотря на развитие фармакологии, внедрение новейших антибактериальных средств, смертность от пневмонии остается достаточно высокой, а в последние годы в нашей стране с ухудшением социально-экономической ситуации и, как следствие, снижением иммунологической защиты организма, появилась тенденция к ее росту. Таким образом, изучение симптоматологии пневмоний позволит своевременно и правильно диагностировать это тяжелое заболевание, назначить адекватный комплекс лечебных мероприятий и тем самым предотвратить развитие осложнений и летальных исходов.

2. Учебные цели:

Освоение студентами этиологии, патогенеза, классификации острых пневмоний, врачебными навыками диагностики, принципиальных подходов в лечении этой патологии.

В результате освоения темы занятия студенты должны уметь:

1. Провести опрос больного с пневмонией, собрать:
 - а) жалобы;
 - б) историю развития настоящего заболевания;
 - в) историю жизни;
2. Провести осмотр и объективное обследование больного с применением:
 - а) пальпации;
 - б) перкуссии;
 - в) аускультации.
3. Оценить данные, полученные при объективном исследовании и дать им клиническую трактовку.
4. Провести дополнительные инструментальные и лабораторные исследования:
 - а) исследование функции внешнего дыхания (спирография);
 - б) лабораторное исследование крови и мокроты;
 - в) рентгенологическое исследование.
5. Оценить данные дополнительных лабораторно-инструментальных методов обследования и дать им клиническую трактовку.
6. Обосновать и правильно сформулировать диагноз в соответствии с принятой классификацией острых пневмоний.
7. Определить тактику лечебных мероприятий и произвести назначение лекарственных препаратов (рецептура).

Для формирования умения студенты должны знать:

1. Этиологию и патогенез пневмонии.
2. Клиническую картину и основные симптомы заболевания.
3. Порядок обследования больного.
4. Физические основы, правила и технику проведения основных методов объективного обследования.
5. Методику и диагностическое значение различных основных и дополнительных лабораторных и инструментальных методов исследования.
6. Современную классификацию острых пневмоний.
7. Тактику и основные принципы лечения заболевания.
8. Группы препаратов и показания к их применению в клинике острых пневмоний.
9. Дозы и рецептуру лекарственных средств.
10. Владеть следующими компетенциями: ОПК-1, ОПК-3, ПК-3.

3. Материалы для самоподготовки к освоению данной темы

Вопросы для самоподготовки:

- а) этиология и патогенез заболевания;
- б) симптоматология острых пневмоний;
- в) порядок, правила и техника обследования больного;

- г) необходимый диагностический набор дополнительных методов исследования и их значение;
- д) классификация пневмоний и правила формулировки диагноза;
- г) тактика лечения, антибактериальные препараты и отхаркивающие.

4. Вид занятия: практическое занятие.

5. Продолжительность занятия: 6 академических часов.

6. Оснащение занятия: Схема истории болезни, учебные тематические таблицы, больные с острыми пневмониями, рентгенограммы, негатоскоп, истории болезни курируемых больных, фонендоскопы, тонометры, набор результатов анализов: общие анализы крови, мочи, мокроты.

7. Содержание занятия:

7.1 Контроль исходного уровня знаний и умений

Здание для самоконтроля: Приложение 1.

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

- а) этиология и патогенез заболевания;
- б) симптоматология острых пневмоний;
- в) порядок, правила и техника обследования больного;
- г) необходимый диагностический набор дополнительных методов исследования и их значение;
- д) классификация пневмоний и правила формулировки диагноза;
- г) тактика лечения.

7.3 Демонстрация преподавателем методики практических приемов по данной теме:

Преподаватель в присутствии всей группы проводит всестороннее исследование больного острой пневмонией с применением всех основных методов (расспрос, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) и интерпретацию полученных данных. Затем анализирует результаты дополнительных методов исследования по истории болезни, указывает их диагностическое значение. Проводит заключительное обобщение, формулирует диагноз и намечает тактику лечения.

7.4 Самостоятельная работа студентов под контролем преподавателя.

Задание 1. Студенты самостоятельно обследуют больных с острой пневмонией. Каждые два студента получают больного, у которого проводят опрос, пальпацию, перкуссию и аускультацию. Контроль преподавателя. Полученные данные студентами записываются в тетрадь для практических занятий.

Задание 2. По истории болезни больных анализируют и интерпретируют результаты лабораторно-инструментальных методов обследования. Выставляют и формулируют диагноз. Разрабатывают тактику лечения. Полученные при курации данные, результаты обследования, диагноз и план лечения оформляют картой микрокурации больного.

Задание 3. Выборочно, по указанию преподавателя, студенты докладывают курируемых больных, определяя диагностическое значение выявленных при обследовании изменений. Преподаватель оценивает результат проведенной работы, акцентируя внимание на пропедевтических ошибках и недостатках.

7.5 Контроль освоения студентами темы занятия.

Материалы для контроля уровня усвоения темы: Приложение 2.

Место проведения самоподготовки:

Учебная комната для самоподготовки студентов, палаты больных, кабинеты функциональной диагностики.

8. Учебно-исследовательская работа студентов по данной теме.

1. Самостоятельный разбор студентами текущих и архивных историй болезни стационара для анализа пропедевтических ошибок.
2. Анализ структуры заболеваемости острой пневмонией по возрасту и полу по материалам терапевтических отделений клиники БГМУ.

ЛИТЕРАТУРА.

Основная:

1. Моисеев В.С. Внутренние болезни: учебник. [Электронный ресурс]: в 2-х т. Электрон. текстовые дан. Т.1. -on-line. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970425794.html> / В.С. Моисеев, А.И. Мартынов, Н.А. Мухин. - М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2013г.

Дополнительная:

1. Внутренние болезни. Тесты и ситуационные задачи [Электронный ресурс]: учеб. пособие- Электрон. текстовые дан. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970423912.html> / В. И. Маколкин [и др.]. - М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2012

2. Междисциплинарные клинические задачи [Электронный ресурс]: сборник. Электрон. текстовые дан. -on-line. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/06-COS-2330.html> / Л. И. Дворецкий. - М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2012

3. Внутренние болезни: руководство к практическим занятиям по факультетской терапии [Электронный ресурс]: учеб. Пособие. - Электрон. текстовые дан. - on-line. - Режим доступа: ЭБС «Консультант студента» <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970411544.html> / В. И. Подзолков, А. А. Абрамова, О. Л. Белая [и др.] /под ред. В. И. Подзолкова. - М.: ГЭОТАР Медиа, 2010

Приложение 1.

Контрольные вопросы для выявления исходного уровня знаний студентов:

- 1.Этиология острых пневмоний.
- 2.Основные механизмы патогенеза острых пневмоний.
- 3.Классификация.
- 4.Клинические проявления очаговой и крупозной пневмонии.
- 5.Лабораторно-инструментальные методы исследования и их диагностическое значение.
- 6.Лечение острых пневмоний.

Тестовый контроль (исходный уровень знаний).

1. Укажите как изменится голосовое дрожание при крупозной пневмонии (стадия опеченения)?
 - а) ослабление с одной стороны
 - б) усиление с одной стороны
 - в) ослабление с обеих сторон
 - г) усиление с обеих сторон
 - д) отсутствие изменений
2. Укажите наиболее характерный вид перкуторного звука при крупозной пневмонии в стадия опеченения
 - а) коробочный
 - б) притупление или тупой звук
 - в) тимпанический
 - г) ясный легочный звук
 - д) притупление с тимпаническим оттенком
- 3.Какое дыхание выслушивается при крупозной пневмонии в стадия опеченения

- а) ослабленное везикулярное
- б) патологическое бронхиальное
- в) бронхо-везикулярное
- г) амфорическое
- д) жесткое

4. Какие побочные дыхательные шумы характерны для крупозной пневмонии (первая стадия)?

- а) крепитация
- б) крупнопузырчатые влажные звонкие хрипы
- в) мелкопузырчатые влажные звонкие хрипы
- г) сухие хрипы
- д) шум трения плевры

5. Укажите основной рентгенологический признак крупозной пневмонии

- а) гомогенное затемнение соответственно доле или сегменту
- б) картина ателектаза
- в) тяжистый легочный рисунок
- г) очаговые тени
- д) диффузное снижение прозрачности

6. Для пневмонии, в отличие от застойных явлений в легких, характерны следующие признаки, кроме:

- а) не звонкие влажные хрипы в нижне-задних отделах
- б) звонкие влажные хрипы
- в) боли при дыхании
- г) очаговые тени
- д) шум трения плевры

7. Наиболее частой причиной крупозной пневмонии является:

- а) пневмококк
- б) стафилококк
- в) стрептококк
- г) протей
- д) палочка Фридлендера

8. Укажите неверно названную стадию крупозной пневмонии

- а) начальная стадия
- б) стадия прилива
- в) красное опеченение
- г) серое опеченение
- д) стадия разрешения

9. На какой день чаще всего снижается температура при крупозной пневмонии.

- а) На 5—7 день
- б) На 2—3
- в) На 10—14
- г) На 3-й неделе
- д) Нет закономерности

10. Для крупозной пневмонии характерна мокрота:

- а) Ржавая
- б) Слизистая
- в) Слизисто-гнойная
- г) Слизистая с алой кровью
- д) Отсутствие мокроты

11. Назовите критерии выздоровления от острой пневмонии

- а) Нормализация самочувствие
- б) Нормализация температуры
- в) Исчезновение физикальных и рентгенологических признаков инфильтрата
- г) Нормализация анализа крови
- д) Все вышеперечисленное

12. Назовите клинические признаки, отличающие пневмонию от острого бронхита.

- а) Озноб, более высокая лихорадка
- б) Боли в грудной клетке при дыхании
- в) Очаги бронхиального дыхания, крепитация
- г) Очаговость поражения
- д) Все вышеперечисленное

13. Для вирусной пневмонии характерно:

- а) Высокая интоксикация
- б) Возможный геморрагический синдром
- в) Отсутствие лейкоцитоза
- г) Отсутствие четкого затемнения на рентгенограммах
- д) Все вышеперечисленное

14. Укажите отличия клинических проявлений рака легкого от пневмонии

- а) Рецидивирующее кровохарканье
- б) Выраженный болевой синдром
- в) Средний и пожилой возраст

г) Рефрактерность к антибактериальной терапии

д) Все вышеперечисленное

15. Какая группа средств не используется при лечении пневмонии?

а) Бронхолитики

б) Отхаркивающие

в) Фибринолитики

г) Антибактериальные

д) Иммуномодуляторы

16. При пневмониях, вызванных Грам (+) флорой наиболее показаны:

а) Тетрациклины

б) Полиглобулины

в) Пенициллины

г) Амфотерицин

д) Макролиды

17. Какие легочные осложнения характерны для крупозной пневмонии?

а) Все нижеперечисленные

б) Абсцесс и гангрена легкого

в) Эмпиема плевры

г) Бронхоспазм

д) Выпотной плеврит

18. Назовите наиболее частое легочное осложнение крупозной пневмонии

а) Эмпиема плевры

б) Бронхоспазм

в) Ателектаз

г) Выпотной плеврит

д) Абсцесс и гангрена легкого

19. Назовите характерные внелегочные осложнения крупозной пневмонии

а) Сердечно-сосудистая недостаточность

б) Серозный менингит

в) Миокардит

г) Очаговый гломерулонефрит

д) Все вышеперечисленное

20. Наиболее частое осложнение крупозной пневмонии у стариков?

а) Серозный менингит

- б) Токсический гепатит
- в) Сердечно-сосудистая недостаточность
- г) Очаговый гломерулонефрит
- д) Миокардит

Приложение 2.

Задача 1. У больного внезапное начало заболевания с ознобом, подъемом температуры до 38,8 С °, острая боль в правом боку, кашель с небольшим количеством "ржавой мокроты", одышка. При физикальном исследовании определяется усиленное голосовое дрожание, притупление перкуторного звука в подлопаточной области справа, при аускультации выслушивается крепитация в области поражения. Высокий лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево. Рентгенологически – гомогенное затемнение справа с нечеткими контурами соответственно нижней доле легкого. О каком заболевании говорят следующие симптомы?

Задача 2. У больного постепенное начало заболевания, связанное с катаром верхних дыхательных путей, кашель со слизисто-гнойной мокротой, умеренное повышение температуры тела до 37,9. При аускультации выслушиваются жесткое дыхание, влажные и сухие хрипы в надлопаточной области слева, перкуторно – незначительное притупление легочного звука в той же области. В общем анализе крови – умеренный лейкоцитоз, ускоренная СОЭ. Рентгенологически: мелкопятнистые тени на фоне усиленного легочного рисунка в верхних отделах слева. О каком заболевании говорят эти симптомы?

Задача 3. Больной Е., 35 лет, доставлен в терапевтическое отделение с жалобами на озноб, повышение температуры тела до 39-40, колющие боли в грудной клетке справа. Боль усиливается при дыхании. Заболел остро, ночью, накануне был здоров. Объективно: правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания от левой, дыхание в нижней доле правого легкого при аускультации ослаблено, бронхофония усилена. Через день дыхание стало бронхиальным, бронхофония резко усилилась. В крови лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, токсическая зернистость в нейтрофилах, ускорена СОЭ. О какой патологии можно думать? Что определит врач при пальпации грудной клетки и дополнительно при аускультации в день поступления и через день?

Задача 4. В отделение поступил больной Х., 40 лет, плотник. Жалобы на одышку в покое, повышение температуры тела до 38,6 С, озноб, кашель с "ржавой" мокротой, боль в правой половине грудной клетки, связанную с кашлем, дыханием (при глубоком вдохе), общую слабость, головную боль. Заболел внезапно после переохлаждения. При осмотре – герпетическая сыпь на губах, гиперемия кожи правой щеки, отставание при дыхании правой половины грудной клетки. Число дыханий в минуту - 28. В общем анализе крови определяется высокий лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево и повышенное СОЭ. О каком заболевании идет речь?

Задача 5. Студент Л., 18 лет заболел в доме отдыха во время зимних каникул. Заболевание началось остро с внезапного повышения температуры тела до 39С, кашля с небольшим количеством мокроты, боли колющего характера в правой половине грудной клетки. При осмотре обращает на себя внимание гиперемия правой щеки, herpes labialis на верхней губе справа, правая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания от левой. Справа в подлопаточной области усилено голосовое дрожание, при перкуссии определяется тупой звук, при аускультации - бронхиальное дыхание. В анализе мокроты на 6-й день болезни: кол-во 5 мл, цвет - ржавый, характер - слизистый, без запаха, консистенция - чрезмерно вязкая, спирали Куршмана - нет, кристаллы Шарко-Лейдена, эозинофилы 2-1, нити фибрина 5-6 в п/з, лейкоциты 8-10 в п/з, эритроциты 20-25 в п/з, альвеолярные макрофаги 8-10 в п/з, бациллы Коха не обнаружены, пневмококки в большом количестве. Для какого заболевания характерны описанные симптомы?

Задача 6. Больной Р., 37 лет госпитализирован сразу после начала заболевания, которое проявилось остро ознобом, повышением температуры тела до 38 - 39 С, болью в левой подлопаточной области колющего характера, кашлем с небольшим количеством вязкой мокроты. Обращает на себя внимание небольшая синюшность губ, отставание левой половины грудной клетки в акте дыхания, слева в подлопаточной области усиление голосового дрожания, укорочение перкуторного звука, бронхиальное дыхание. О чем должен подумать врач?

Задача 7. У больного 35 лет в течение 1 недели слабость, повышенная потливость, утомляемость, боли в правом боку при дыхании, температура 38 С, Ч.Д. - 28 в минуту, пульс - 100 в минуту. Правая половина грудной клетки отстаёт при дыхании, голосовое дрожание справа снизу усилено, там же интенсивное притупление при перкуссии. Дыхание над нижним отделом правого легкого бронхиальное, крепитация. Анализ крови: лейкоц. - 12 тыс./л, СОЭ - 38 мм/час. Ваш предварительный диагноз?

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра внутренних болезней

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ
к практическому занятию на тему: Хронический бронхит. Хроническая об-
структивная болезнь легких. Бронхиальная астма**

Дисциплина – Внутренние болезни

Специальность (код, название) - 31.05.02 Медицинская биофизика

Курс - IV

Семестр - VIII

Уфа – 2023

Рецензенты:

1. Главный врач ГБУЗ Республиканский
кардиологический центр, к.м.н., Николаева И.Е.
2. Зав. кафедрой общей физики
Уфимского университета науки и технологий,
д.ф.-м.н., профессор Балапанов М. Х.

Авторы:

1. Ассистент кафедры внутренних болезней, Садретдинова Л.Д.
2. Доцент кафедры внутренних болезней, к.м.н. Габитова Д.М.
3. Зав. кафедрой внутренних болезней, доцент, к.м.н. Тюрин А.В.

Утверждено на заседании кафедры внутренних болезней № 9 от 05 апреля 2023г.

Занятие № 10.

1. Тема и ее актуальность: Хронический бронхит. Хроническая обструктивная болезнь легких. Бронхиальная астма

Хронический бронхит и хроническая обструктивная болезнь легких – самые распространенные заболевания органов дыхания. Встречаются в основном у людей в возрасте старше 40 лет и у детей, у мужчин в 2 раза чаще, чем у женщин. Различают бронхиты первичные, когда воспалительный процесс развивается непосредственно в бронхах, и вторичные сопутствующие другим заболеваниям. Хронические бронхиты могут являться причиной развития нагноительных заболеваний легких и в первую очередь бронхоэктатической болезни. Рассматривается их этиологическая роль в формировании абсцесса легкого и возникновении рака легкого.

Таким образом, изучение симптоматики бронхитов позволит своевременно и правильно диагностировать это тяжелое заболевание, назначить адекватный комплекс лечебных мероприятий и тем самым предотвратить развитие осложнений и летальных исходов.

2. Учебные цели:

Освоение студентами этиологии, патогенеза, классификации острых и хронических бронхитов, бронхоэктатической болезни, абсцесса легкого и рака легкого, клинической картины и основных симптомов заболевания, принципиальных подходов в лечении.

В результате освоения темы занятия студенты *должны уметь*:

1. Провести опрос больного с бронхитом, ХОБЛ и БА:
 - а) жалобы
 - б) история развития настоящего заболевания
 - в) история жизни
2. Провести осмотр и объективное обследование больного с применением:
 - а) пальпации
 - б) перкуссии
 - в) аускультации
3. Оценить данные, полученные при объективном исследовании и дать им клиническую трактовку.
4. Провести дополнительные инструментальные и лабораторные исследования.
 - а) исследование функции внешнего дыхания (спирография)
 - б) лабораторное исследование крови и мокроты
 - в) рентгенологическое исследование
5. Оценить данные дополнительных лабораторно-инструментальных методов обследования и дать им клиническую трактовку.
6. Обосновать и правильно сформулировать диагноз в соответствии с принятыми классификациями.

7. Определить тактику лечебных мероприятий и произвести назначение лекарственных препаратов (рецептура).

Для формирования умения студенты **должны знать:**

1. Этиологию и патогенез бронхитов, бронхоэктатической болезни, абсцесса легкого, рака легкого.
2. Клиническую картину и основные симптомы заболевания.
3. Порядок обследования больного.
4. Физические основы, правила и технику проведения основных методов объективного обследования.
5. Методику дополнительных лабораторных и инструментальных методов исследования.
6. Диагностическое значение различных основных и дополнительных методов.
7. Современную классификацию изучаемых заболеваний.
8. Тактику и основные принципы лечения вышеназванных нозологий.
9. Овладеть следующими компетенциями: ОПК-1, ОПК-3, ПК-3.

3. Материалы для самоподготовки к освоению данной темы

Вопросы для самоподготовки.

1. Этиология острых и хронических бронхитов.
2. Основные механизмы патогенеза острых и хронических бронхитов.
3. Классификация.
4. Клинические проявления острых и хронических бронхитов.
5. Лабораторно-инструментальные методы исследования и их диагностическая ценность.
6. Основные принципы лечения острых и хронических бронхитов.
7. Этиология бронхоэктатической болезни.
8. Основные механизмы патогенеза бронхоэктатической болезни.
9. Классификация.
10. Клинические проявления бронхоэктатической болезни.
11. Лабораторно-инструментальные методы исследования и их диагностическая ценность.
12. Основные принципы лечения бронхоэктатической болезни.
13. Этиология абсцесса легкого.
14. Основные механизмы патогенеза абсцесса легкого.
15. Классификация.
16. Клинические проявления абсцесса легкого.
17. Лабораторно-инструментальные методы исследования и их диагностическая ценность.
18. Основные принципы лечения абсцесса легкого.
19. Этиология и патогенез рака легкого.
20. Классификация.

21. Клинические проявления рака легкого.

22. Лабораторно-инструментальные методы исследования и их диагностическая ценность.

23. Основные принципы лечения рака легкого.

4. Вид занятия: практическое занятие.

5. Продолжительность: 6 академических часов.

6. Оснащение занятия: Схема истории болезни, учебные тематические таблицы, больные с острым и хроническим бронхитом, ХОБЛ, БА, негатоскоп, набор результатов анализов крови, мокроты, истории болезни курируемых больных, фонендоскопы, тонометры.

7. Содержание занятия:

7.1. Контроль исходного уровня знаний.

Задание для самоконтроля: Приложение 1.

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

- а) этиология и патогенез острого и хронического бронхита
- б) клиническая картина заболеваний (саднение за грудиной, кашель с характерной динамикой, гипертермия, признаки дыхательной недостаточности)
- в) порядок, правила и техника обследования больного
- г) необходимый диагностический набор дополнительных методов исследования и их значение
- д) классификация острого и хронического бронхита, правила формулировки диагноза
- г) тактика лечения
- д) этиология и патогенез бронхоэктатической болезни
- е) клиническая картина заболевания (приступообразный кашель с выделением серозно-слизисто-гнойной мокроты главным образом по утрам или в положении способствующем наилучшему дренажу)
- ж) порядок правила и техника обследования больного
- з) необходимый диагностический набор дополнительных методов исследования и их значение
- и) классификация ХОБЛ, правила формулировки диагноза, тактика лечения
- к) этиология и патогенез
- л) клиническая картина
- м) необходимый диагностический набор дополнительных методов исследования и их значение
- н) классификация БА правила формулировки диагноза, тактика лечения
- о) этиология и патогенез рака легкого

п) клиническая картина заболевания

р) необходимый диагностический набор дополнительных методов исследования и их значение

7.3 Демонстрация преподавателем методики практических приемов по данной теме:

Преподаватель в присутствии всей группы проводит всестороннее исследование больного с применением всех основных методов (расспрос, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) и интерпретацию полученных данных. Затем анализирует результаты дополнительных методов исследования по истории болезни, указывает их диагностическое значение. Проводит заключительное обобщение, формулирует диагноз и намечает тактику лечения.

7.4 Самостоятельная работа студентов под контролем преподавателя.

Задание 1. Студенты самостоятельно обследуют больных с острым и хроническим бронхитом, ХОБЛ, БА. Каждые два студента получают больного, у которого проводят опрос, пальпацию, перкуссию и аускультацию. Контроль преподавателя. Полученные данные студентами записываются в тетрадь для практических занятий.

Задание 2. По истории болезни больных анализируют и интерпретируют результаты лабораторно-инструментальных методов обследования. Выставляют и формулируют диагноз. Разрабатывают тактику лечения.

Задание 3. Полученные при курации данные, результаты обследования, диагноз и план лечения оформляют картой микрокурации больного.

Задание 4. Выборочно, по указанию преподавателя, студенты докладывают курируемых больных, определяя диагностическое значение выявленных при обследовании изменений. Преподаватель оценивает результат проведенной работы, акцентируя внимание на пропедевтических ошибках и недостатках.

7.5. Контроль освоения студентами темы занятия.

Ситуационные задачи. Приложение 2.

Место проведения самоподготовки:

Учебная комната для самоподготовки студентов, палаты больных, кабинеты функциональной диагностики.

8. Учебно-исследовательская работа студентов по данной теме.

1. Самостоятельный разбор студентами текущих и архивных историй болезни стационара для анализа пропедевтических ошибок.

2. Анализ структуры заболеваемости острым бронхитом по возрасту и полу по материалам терапевтических отделений Клиники БГМУ.

Литература.

Основная:

1. Моисеев В.С. Внутренние болезни: учебник. [Электронный ресурс]: в 2-х т. Электрон. текстовые дан. Т.1. -on-line. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970425794.html> / В.С. Моисеев, А.И. Мартынов, Н.А. Мухин. - М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2013г.

Дополнительная:

1. Внутренние болезни. Тесты и ситуационные задачи [Электронный ресурс]: учеб. пособие- Электрон. текстовые дан. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970423912.html/> В. И. Маколкин [и др.]. - М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2012

2. Междисциплинарные клинические задачи [Электронный ресурс]: сборник. Электрон. текстовые дан. - on-line. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/06-COS-2330.html/> Л. И. Дворецкий. - М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2012

3. Внутренние болезни: руководство к практическим занятиям по факультетской терапии [Электронный ресурс]: учеб. Пособие. - Электрон. текстовые дан. - on-line. - Режим доступа: ЭБС «Консультант студента» <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970411544.html/> В. И. Подзолков, А. А. Абрамова, О. Л. Белая [и др.] /под ред. В. И. Подзолкова. - М.: ГЭОТАР Медиа, 2010

Приложение 1.

Тестовый контроль (исходный уровень знаний)

1. Укажите как изменится голосовое дрожание при абсцессе легкого (1 стадия)?

- а) ослабление с одной стороны
- б) усиление с одной стороны
- в) ослабление с обеих сторон
- г) усиление с обеих сторон
- д) отсутствие изменений

2. Укажите, как изменится голосовое дрожание при раке крупного бронха с обтурационным ателектазом?

- а) ослабление с одной стороны
- б) усиление с одной стороны
- в) ослабление с обеих сторон
- г) усиление с обеих сторон
- д) отсутствие изменений

3. Укажите, как изменится голосовое дрожание при бронхите без сопутствующей эмфиземы легких?

- а) ослабление с одной стороны
- б) усиление с одной стороны
- в) ослабление с обеих сторон
- г) усиление с обеих сторон
- д) отсутствие изменений

4. Укажите наиболее характерные виды перкуторных звуков при абсцессе легкого во 2-ой стадии.

- а) коробочный
- б) притупление или тупой звук
- в) тимпанический
- г) ясный легочный
- д) притупление с тимпаническим оттенком

5. Какое дыхание выслушивается при абсцессе легкого во II-ой стадии?

- а) ослабленное везикулярное
- б) патологическое бронхиальное
- в) бронховезикулярное
- г) амфорическое
- д) жесткое

6. Какое дыхание выслушивается при бронхите?

- а) ослабленное везикулярное
- б) патологическое бронхиальное
- в) бронховезикулярное
- г) амфорическое
- д) жесткое

7. Какие побочные дыхательные шумы характерны для бронхита?

- а) крепитация
- б) крупнопузырчатые влажные звонкие хрипы
- в) мелкопузырчатые влажные звонкие хрипы
- г) сухие хрипы
- д) шум трения плевры

8. Какие побочные дыхательные шумы характерны для абсцесса легкого II стадия?

- а) крепитация
- б) крупнопузырчатые влажные звонкие хрипы
- в) мелкопузырчатые влажные звонкие хрипы
- г) сухие хрипы
- д) шум трения плевры

9. Какой инструментальный метод исследования наиболее важен для диагностики бронхо-эктазов?

- а) рентгеноскопия легких
- б) томография легких
- в) бронхоскопия

г) бронхография

д) спирография

10. Какой признак не характерен для острого абсцесса легких?

а) гектическая лихорадка

б) тонкостенная полость без уровня жидкости

в) эластические волокна в мокроте

г) нейтрофильный лейкоцитоз

д) примесь крови в мокроте

Приложение 2.

Задача 1. Больной 15 лет поступил с жалобами на кашель с выделением до 200 мл слизисто-гнойной мокроты с запахом, кровохарканье, повышение температуры до 38 С, недомогание, одышку. В детстве часто отмечал кашель, в течение последних 5 лет ежегодные обострения. При аускультации отмечается большое количество разнокалиберных влажных хрипов в нижних отделах легких с обеих сторон. В общем анализе крови – умеренный лейкоцитоз и повышенное СОЭ, на рентгенограмме ячеистое строение бронхиального дерева. Наиболее вероятный диагноз?

Задача 2. Пациент 40 лет, курильщик, жалуется на сухой кашель в течение многих месяцев. За последние 4 недели похудел на 4 кг. Объективно: шея и лицо одутловаты, цианоз губ, пульс - 102 в минуту, АД - 165/95 мм рт ст, пальпируются плотные надключичные лимфоузлы слева, СОЭ - 70 мм/час, гемоглобин - 175 г/л, лейкоциты - 9000. Предположительный диагноз?

Задача 3. В отделение поступил больной И., 42 лет, слесарь. Жалобы на кашель с выделением мокроты с неприятным гнилостным запахом (около 200 мл в сутки). Выделение мокроты усиливается в положении больного на правом боку. При осмотре выявлены булавовидная деформация концевых фаланг пальцев рук, ногти в форме “часовых стекол”. Какова наиболее вероятная локализация и характер процесса в легких?

Задача 4. Больной 50 лет, алкоголик, с тяжелым кариесом зубов в течение 2 недель жалуется на слабость, боли в грудной клетке справа, лихорадку, кашель с гнойной мокротой. На рентгенограмме полость 3 см в диаметре в верхней доле справа, наполненная жидкостью. Ваш наиболее вероятный диагноз.

Задача 5. Больной К., находился на больничном листе по поводу острого респираторного заболевания. При явке к врачу на повторный прием пожаловался на усиление кашля с мокротой белого цвета в небольшом количестве, легко откашливающейся. При осмотре, пальпации, пер-

куссии грудной клетки врач не выявил никаких изменений. При аускультации легких больного определены влажные средне-пузырчатые незвучные хрипы в обеих подлопаточных областях у нижних углов лопаток. Поставив диагноз воспаление легких, врач направил больного в стационар. Согласны ли вы с диагнозом?

Задача 6. Больная Н., 56 лет, госпитализирована в терапевтическое отделение с жалобами на одышку, кашель с выделением значительного количества мокроты (до полстакана). Мокрота отходит полным ртом, преимущественно утром при умывании. Болеет около 20 лет. При пальпации грудной клетки голосовое дрожание не изменено, при перкуссии – легочный звук. При аускультации слева в подлопаточной области единичные средне-пузырчатые незвучные хрипы. В анализе мокроты: цвет серо-зеленый, количество - 70 мл, характер - гнойная, без запаха, консистенция- тягучая, спиралей Куршмана нет, кристаллов Шарко-Лейдена нет, эозинофилы - 1-2 в п/зр, лейкоциты – 80 в п/зр, эритроциты- нет, эпителиальные клетки - нет, альвеолярные клетки – немного, бацилы Коха не найдены. Стрептококки и стафилококки в значительном количестве. О каком заболевании бронхолегочной системы должен подумать врач?

Задача 7. Больной К., 45 лет, обратился к врачу с жалобами на кашель с мокротой. Мокрота желто-зеленого цвета, отделяется в большом количестве в положении на левом боку в утренние часы. Иногда в мокроте имеются прожилки крови. Температура 37,3- 37,6 . В крови умеренный лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, ускорена СОЭ. При рентгенографии грудной клетки в легких обнаруживаются единичные участки просветления овальной формы; вокруг просветления видны тяжистые тени. Объективно: концевые фаланги в виде барабанных палочек, при аускультации выслушивается бронхиальное дыхание, бронхофония усилена. Какой патологический процесс в легких должен заподозрить врач?

Задача 8. Врач пришел к больному К., 52 лет, домой по вызову и услышал такой краткий анамнез. Неделю назад, после возможного охлаждения, у больного появился озноб. Т - 37,3 - 37,5, недомогание, небольшая боль в грудной клетке слева под лопаткой, кашель с небольшим количеством светлой мокроты. Лечился больной своими средствами: горчичники, прогревание, аспирин. Однако улучшения не наступило, что заставило вызвать врача на дом. Врач обследовал больного и обнаружил следующее: левая половина грудной клетки отстает в акте дыхания от правой, голосовое дрожание несколько усилено слева под лопаткой, здесь же выслушивается ослабленное везикулярное дыхание и единичная звучная крепитация. Через два дня поступил вызов к этому же больному. Состояние его резко ухудшилось: повысилась температура до 39,5, сильно знобило, при кашле стало отделяться большое количество мокроты с неприятным запа-

хом. При перкуссии врач определил слева под лопаткой область тимпанического звука, бронхофония усилена. Какой патологический процесс должен заподозрить врач?

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра внутренних болезней

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ
к практическому занятию на тему: Ревматическая лихорадка.
Инфекционный эндокардит.**

Дисциплина – Внутренние болезни

Специальность (код, название) - 31.05.02 Медицинская биофизика

Курс - IV

Семестр - VIII

Уфа – 2023

Рецензенты:

1. Главный врач ГБУЗ Республиканский
кардиологический центр, к.м.н., Николаева И.Е.
2. Зав. кафедрой общей физики
Уфимского университета науки и технологий,
д.ф.-м.н., профессор Балапанов М. Х.

Авторы:

1. Ассистент кафедры внутренних болезней, Валеева Д.И.
2. Доцент кафедры внутренних болезней, к.м.н. Хусаинова Л.Н.
3. Зав. кафедрой внутренних болезней, доцент, к.м.н. Тюрин А.В.

Утверждено на заседании кафедры внутренних болезней № 9 от 05 апреля 2023г.

Занятие N 12

1. Тема и ее актуальность: Ревматическая лихорадка. Инфекционный эндокардит.

Острая ревматическая лихорадка – 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 ревматизма среди лиц разного возраста, прогрессирующее течение с формированием клапанных пороков сердца и высокая летальность при явлениях нарастающей сердечной недостаточности определяют актуальность темы. Митральные и аортальные пороки сердца - ревматические пороки сердца составляют 80% всех заболеваний сердца в возрасте от 10 до 20 лет и приблизительно 20-25% всех заболеваний сердца у взрослых (Б.Ионаш). В большинстве случаев, пороки сердца приводят к ранней инвалидности и преждевременной смерти больных.

Инфекционный эндокардит (ИЭ) — инфекционное воспаление эндокарда и субэндокардиальных тканей, приводящее к нарушению внутрисердечной гемодинамики, бактериемии, артериальным эмболиям и аутоиммунным реакциям.

Ежегодная заболеваемость ИЭ колеблется от 1,9 до 6,2 случаев на 100 000 человек / год с тенденцией роста в некоторых клинических формах (внутрибольничный ИЭ, ИЭ у пожилых, ИЭ у пациентов, использующих внутривенные наркотики). Заболевание поражает все возрастные группы, с преобладанием трудоспособного слоя населения.

Большая распространенность, тяжесть осложнений ревматических пороков сердца и инфекционного эндокардита определяют актуальность проблемы их распознавания, лечения и профилактики.

2. Учебные цели:

- овладение практическими умениями и навыками диагностики, лечения и профилактики ревматизма.
- овладение практическими умениями и навыками диагностики, лечения и профилактики инфекционного эндокардита.

Для формирования профессиональных компетенций обучающийся должен **знать**:

- этиологию и патогенез ревматизма;
- современную классификацию;
- большие и малые диагностические критерии Американской ассоциации кардиологов (1992);
- клинические симптомы ревматизма в зависимости от фазы и степени активности воспалительного процесса;
- показатели дополнительных методов исследований: общий анализ крови, биохимический анализ крови (белковые фракции, фибриноген, церулоплазмин, сиаловые кислоты, СРБ, серомукоиды), серологическое исследование крови (титры противострептококковых антител), иммунологическое исследование (иммуноглобулины, В и Т-лимфоциты), ЭКГ, ФКГ, R-графия сердца);
- особенности современного течения;
- принципы лечения и профилактики, терапевтические дозы препаратов;
- критерии временной нетрудоспособности.
- этиологию и патогенез митральных и аортальных пороков сердца;
- классификацию ревматизма по ВНОР (1990);
- классификацию митрального стеноза по А.Н. Бакулеву;
- клинические симптомы митральных и аортальных пороков сердца;

- показатели дополнительных методов исследований (рентгенография сердца с контрастированием пищевода, биохимический и серологический анализы крови, ФКГ, ЭКГ, эхокардиография, доплер-эхокардиография);
- осложнения митральных и аортальных пороков сердца;
- принципы лечения и профилактики митральных и аортальных пороков сердца, терапевтические дозы препаратов;
- неотложные и реанимационные мероприятия при острой левопредсердной и левожелудочковой недостаточности, отеке легких, мерцательной аритмии, кровохарканье.

В результате освоения темы занятия студент должен **владеть и уметь**:

- собрать анамнез у больного острой ревматической лихорадкой, по характерным жалобам определить фазу и вариант течения болезни;
 - провести физикальное обследование больного с острой ревматической лихорадкой (осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию);
 - сформулировать диагноз согласно классификации Всесоюзного научного общества ревматологов (1990) и МКБ-10 пересмотра;
 - назначить целенаправленное, инструментальное и лабораторное исследование, интерпретировать его результаты;
 - провести дифференциальный диагноз со сходными заболеваниями (перикардит, инфекционно-аллергический миокардит, кардиомиопатии, НЦД);
 - назначить адекватное этиотропное, патогенетическое и симптоматическое лечение;
 - назначить противорецидивные мероприятия;
 - определить меры первичной и вторичной профилактики;
- и овладеть следующими компетенциями: ОПК-1, ОПК-3, ПК-3.

3. Материалы для самоподготовки к освоению данной темы:

Вопросы для самоподготовки:

- 1) Этиология и патогенез ревматической лихорадки.
- 2) Классификация ревматической лихорадки.
- 3) Клиническая картина ревматической лихорадки.
- 4) Лабораторные и инструментальные методы диагностики.
- 5) Лечение ревматической лихорадки.
- 6) Первичная и вторичная профилактика.
- 7) Этиология и патогенез инфекционного эндокардита.
- 8) Классификация инфекционного эндокардита.
- 9) Клиническая картина инфекционного эндокардита.
- 10) Лабораторные и инструментальные методы диагностики.
- 11) Лечение инфекционного эндокардита.
- 12) Первичная и вторичная профилактика инфекционного эндокардита.

4. Вид занятия: практическое занятие.

5. Продолжительность: 6 академических часа.

6. Оснащение: унифицированная схема истории болезни (для каждого студента); клинические истории болезни (5-6 больных); больные с различными заболеваниями (1 больной на 2-х студентов), мультимедийный проектор, видеоаппаратура, ноутбук, таблицы, схемы, наборы ЭКГ, Р-грамм, анализов крови, методические рекомендации для самостоятельной работы студентов по данной теме, наборы контролирующих тестов по теме.

7. Содержание занятия.

7.1. Контроль исходного уровня знаний и умений.

Задания для самоконтроля (см. приложение).

7.2. Разбор с преподавателем узловых вопросов, необходимых для освоения темы занятия и демонстрация преподавателем методики практических приемов по данной теме.

а) Проблемы этиологии, патогенеза, клиники, диагностики и лечения острой ревматической лихорадки

б) Проблемы этиологии, патогенеза, клиники, диагностики и лечения инфекционного эндокардита.

7.3. Демонстрация преподавателем методики практических приемов по данной теме:

- Сбор анамнеза у пациента;
- Определение характеристик пульса;
- Пальпация верхушечного толчка;
- Определение границ относительной тупости сердца;
- Аускультация сердца;
- Определение отеков;
- Техника регистрации ЭКГ.

7.4. Самостоятельная работа студентов под руководством преподавателя (курация больных, оформление результатов проведенных исследований – написание фрагмента истории болезни).

Задание №1 - провести расспрос больного по следующей схеме:

- Паспортные данные больного (фамилия, имя, отчество), возраст, место жительства, место работы, профессия.

- Жалобы больного на момент осмотра. Они должны быть детализированы. Под детализацией жалоб понимается уточнение локализации неприятных ощущений (болей), их иррадиация (место отражения), интенсивность, характер (колет, сжимает, давит, жжет), время появления неприятных ощущений (болей), их длительность, причина, вызывающая их появление, от чего проходят.

Вначале излагаются основные жалобы, затем дополнительные.

Опрос по системам провести по следующей схеме:

- Сердечно-сосудистая система: одышка (при движении, в покое, приступообразная), сердцебиение, отеки, боли в левой половине грудной клетки.

- Дыхательная система: одышка, кашель (сухой, с мокротой, постоянный, приступообразный), боли в грудной клетке при дыхании и кашле, характер мокроты (количество за сутки, цвет, запах, примесь крови).

- Система пищеварения: нарушение аппетита (снижение, повышение), диспепсические явления (тошнота, рвота, отрыжка, изжога), характер стула, боли в животе (их локализация, иррадиация, длительность, связь с приемом пищи).

- Мочевыделительная система: учащенное, болезненное мочеиспускание, боли в поясничной области, изменение характера мочи.

- Нервная система: работоспособность, уравновешенность нервных процессов, раздражительность, характер сна (легко засыпает, сколько часов спит подряд, легко ли просыпается, прибегает ли к снотворным).

- История данного заболевания (воспоминание о болезни). Для этого необходимо выяснить особенности начала (когда, внезапно или постепенно развились признаки заболевания и какие) и течение острого заболевания. К последним относится время появления, динамика симптомов, как установленных при опросе о жалобах, так и уже исчезнувших к моменту обращения к врачу, применявшееся лечение и его эффективность. Если повышалась температура, уточнить ее уровень и продолжительность.

- Анамнез жизни. Для этого необходимо получить сведения о разнообразных факторах, воздействие которых могло обусловить те или иные особенности организма больного и его реакцию на различные раздражители, способствовать развитию определенного заболевания.

Задание №2 - записать данные, полученные при расспросе больного.

В присутствии группы доложить преподавателю полученные результаты самостоятельной работы с больными.

7.5. Контроль конечного уровня освоения темы занятия:
Ситуационные задачи (см. приложение).

Место проведения самоподготовки:

читальный зал, учебная комната для самостоятельной работы студентов.

Учебно-исследовательская работа студентов по данной теме:

Работа с основной и дополнительной литературой, самостоятельный разбор студентами текущих и архивных историй болезни стационара для анализа пропедевтических ошибок.

Литература.

Основная литература

1.	Внутренние болезни [Электронный ресурс]: в 2-х т. Электрон. текстовые дан. Т.1. -on-line. - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970425794.html	В. С. Моисеев, А. И. Мартынов, Н. А. Мухин. -	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013.	100 неограниченный доступ	1
----	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------	--------------------------	---------------------------	---

Дополнительная литература

1.	Внутренние болезни. Тесты и ситуационные задачи [Электронный ресурс]: учеб. пособие- Электрон. текстовые дан. - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970423912.html	В. И. Маколкин [и др.].	М: ГэотарМедиа, 2012. - on-line.	100 неограниченный доступ	1
2.	Междисциплинарные клинические задачи [Электронный ресурс]: сборник. Электрон. текстовые дан. -on-line. - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/06-COS-2330.html	Л. И. Дворецкий.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2012	100 неограниченный доступ	1
3.	Внутренние болезни: руководство к практическим занятиям по факультетской терапии [Электронный ресурс] : учеб. Пособие. - Электрон. текстовые дан. - on-line. - Режим доступа: ЭБС «Консультант студента» http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970411544.html	В. И. Подзолков, А. А. Абрамова, О. Л. Белая [и др.] /под ред. В. И. Подзолкова	М. :Гэотар Медиа, 2010	неограниченный доступ	

Приложение

7.1. Задания для контроля исходного уровня знаний и умений:

1. Возбудителем острой ревматической лихорадки является:

- 1) Золотистый стафилококк.
- 2) Синегнойная палочка.
- 3) β -Гемолитический стрептококк группы А.
- 4) Грибы рода *Candida*.

2. М-протеин возбудителя острой ревматической лихорадки содержит антигенные детерминанты (эпитопы), имеющие сходство с компонентами:

- 1) Сердечной мышцы, мозга, синовиальных оболочек.
- 2) Сердечной мышцы, легких, мозга, синовиальных оболочек.
- 3) Сердечной мышцы, печени, синовиальных оболочек.
- 4) Сердечной мышцы, гладкой мускулатуры, мозга.

3. Наиболее редко при острой ревматической лихорадке поражается:

- 1) Аортальный клапан.
- 2) Митральный клапан.
- 3) Клапан легочной артерии.
- 4) Трехстворчатый клапан;

4. Срок формирования митральных пороков от начала заболевания ревматизмом составляет:

- 1) 1-2 нед.
- 2) 2-4 мес.
- 3) 6-12 мес.
- 4) 3-5 лет

5. «Большими» критериями острой ревматической лихорадки являются:

- 1) Ревмокардит, артралгии, малая хорея, узловая эритема.
- 2) Ревмокардит, полиартрит, кольцевидная эритема, тофусы.
- 3) Вальвулит, артралгии, малая хорея, лихорадка.
- 4) Ревмокардит, полиартрит, малая хорея, кольцевидная эритема.

6. «Малыми» критериями острой ревматической лихорадки являются:

- 1) Артралгии, лихорадка ($>38^{\circ}\text{C}$), удлинение интервала P-Q ($>0,2\text{ с}$).
- 2) Полиартрит, признаки митральной и/или аортальной регургитации при доплер-ЭхоКГ.
- 3) Артралгии, повышенный титр противострептококковых антител, акроцианоз.
- 4) Боли в суставах, лихорадка ($>38^{\circ}\text{C}$), тофусы.

7. Вегетации при инфекционном эндокардите локализуются на:

- 1) Нативных клапанах
- 2) Евстахиевом клапане
- 3) Илео-цекальном клапане
- 4) Клапанных протезах
- 5) В области поражения межжелудочковой перегородки

8. Большими критериями диагностики инфекционного эндокардита являются:

- 1) Лихорадка $\geq 38^{\circ}\text{C}$
- 2) Лихорадка $\leq 38^{\circ}\text{C}$

- 3). Положительная гемокультура из 3 периферических вен
- 4). Положительная гемокультура из 1 периферической вены
- 5) Наличие вегетаций на ЭхоКГ

9. Укажите основные клинические признаки инфекционного эндокардита:

- 1). Диарея
- 2) Рвота
- 3) Озноб
- 4). Повышенное потоотделение
- 5) Лихорадка

10. При ИЭ правых отделов сердца чаще встречаются следующие осложнения:

- 1) Септические пневмонии
- 2) Многоочаговые деструктивные пневмонии
- 3) Черепно-мозговые эмболии
- 4). Коронарные эмболии
- 5) Легочные абсцессы

7.5. Задания для контроля конечного уровня освоения темы занятия:

Задание 1

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°C , 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. Ваш диагноз и обоснование его.
2. Назовите этиологические факторы данного заболевания.
3. Какие современные методы обследования необходимы для диагностики данного заболевания?
4. Выделите большие и малые критерии заболевания.
5. С какими болезнями необходимо провести дифференциальную диагностику?
6. Какие лечебные мероприятия включает в себя 3х – этапный принцип лечения данного заболевания?

Задание 2

Мужчина 44 лет жалуется на одышку при ранее переносимых физических нагрузках (быстрая ходьба, подъем по лестнице более чем на 1 этаж).

Анамнез: Считает себя больным на протяжении полугода, поскольку за это время 5 или 6 раз перенес «простудные заболевания» с повышением температуры тела до 38,8–39,0°C в течение 3-4 дней. Одышку начал замечать 2-3 недели назад, после очередного «простудного заболевания».

Объективно: Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. ЧД 18 в 1 мин. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 90 в минуту. Первый тон на верхушке приглушен, систолический шум над всей поверхностью сердца с эпицентром в области верхушки, проводится в подмышечное пространство. АД 100/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Температура тела 37,6°C.

Эхокардиография: Аорта 3,4 см. АК трехстворчатый, амплитуда раскрытия 1,8 см, кровоток 1,2 м/с, регургитации нет. ТМЖП 1,25 см, ТЗС 1,15 см, КДР 6,7 см, ФВ 61 %. МК: створки утолщены и удлинены, структура их рыхлая, в систолу обе створки прогибаются в полость левого предсердия на 12 мм, на предсердной поверхности передней створки визуализируются подвижные эхопозитивные образования (вегетации) размером до 18 мм, скорость кровотока 1,5 м/с, регургитация 3 степени. Размер ЛП 4,9 см, объем 108 мл. Диаметр ЛА 2,7 см, СДЛА 48 мм рт. ст. Кровоток на клапане ЛА 0,9 м/с, регургитация 1–2 степени. ПЖ 2,7 см, толщина свободной стенки 0,5 см. ТК не изменен, кровоток 0,65 м/с, регургитация 2 степени. Размер ПП 3,8 см, объем 52 мл. НПВ на выдохе 1,9 см, на вдохе 0,8 см. В полости перикарда выпота нет.

Вопросы к задаче:

1. Какое заболевание позволяют заподозрить результаты аускультации сердца и данные эхокардиографии?
2. Назовите этиологические факторы данного заболевания.
3. Какие современные методы обследования необходимы для диагностики данного заболевания?
4. С какими болезнями необходимо провести дифференциальную диагностику?
5. Назовите показания для хирургического лечения пациента.

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра внутренних болезней

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ
к практическому занятию на тему: Митральные пороки сердца.
Аортальные пороки сердца.**

Дисциплина – Внутренние болезни
Специальность (код, название) - 31.05.02 Медицинская биофизика
Курс - IV
Семестр - VIII

Уфа – 2023

Рецензенты:

1. Главный врач ГБУЗ Республиканский
кардиологический центр, к.м.н., Николаева И.Е.
2. Зав. кафедрой общей физики
Уфимского университета науки и технологий,
д.ф.-м.н., профессор Балапанов М. Х.

Авторы:

1. Ассистент кафедры внутренних болезней, Валеева Д.И.
2. Доцент кафедры внутренних болезней, к.м.н. Хусаинова Л.Н.
3. Зав. кафедрой внутренних болезней, доцент, к.м.н. Тюрин А.В.

Утверждено на заседании кафедры внутренних болезней № 9 от 05
апреля 2023г.

Занятие N 13

1. Тема и ее актуальность: Митральные пороки сердца. Аортальные пороки сердца.

Приобретенные пороки клапанов сердца — это заболевания, в основе которых лежат морфологические и/или функциональные нарушения клапанного аппарата (створок клапанов, фиброзного кольца, хорд, папиллярных мышц), развившиеся в результате острых или хронических заболеваний и травм, нарушающие функцию клапанов и вызывающие изменения внутрисердечной гемодинамики.

Пороки сердца встречаются среди населения с частотой 0,5–1% (А. Н. Бакулев) и составляют около 20–25% органических заболеваний сердца. Среди причин смерти от заболеваний сердечно-сосудистой системы, по Н.Н.Аничкову, пороки сердца составляют 40,7%.

Большая распространенность, тяжесть осложнений пороков клапанов сердца определяют актуальность проблемы их распознавания, лечения и профилактики.

2. Учебные цели:

- овладение практическими умениями и навыками диагностики, лечения и профилактики стеноза митрального клапана;
- овладение практическими умениями и навыками диагностики, лечения и профилактики недостаточности митрального клапана;
- овладение практическими умениями и навыками диагностики, лечения и профилактики стеноза аортального клапана;
- овладение практическими умениями и навыками диагностики, лечения и профилактики недостаточности аортального клапана.

Для формирования профессиональных компетенций обучающийся должен **знать**:

- этиологию и патогенез митральных и аортальных пороков сердца;
- современную классификацию приобретенных пороков сердца;
- клинические симптомы митральных и аортальных пороков сердца;
- показатели дополнительных методов исследований (рентгенография сердца с контрастированием пищевода, биохимический и серологический анализы крови, ФКГ, ЭКГ, эхокардиография, доплер-эхокардиография);
- осложнения митральных и аортальных пороков сердца;
- принципы лечения и профилактики митральных и аортальных пороков сердца, терапевтические дозы препаратов;
- неотложные и реанимационные мероприятия при острой левопредсердной и левожелудочковой недостаточности, отеке легких, мерцательной аритмии, кровохарканье;
- показания и виды хирургического лечения;
- профилактику послеоперационных осложнений, их диагностику и методы лечения.

В результате освоения темы занятия студент должен **владеть и уметь**:

- собрать анамнез у больного с митральным или аортальным пороком сердца;
- провести физикальное обследование больного с клапанными пороками (осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию);
- сформулировать правильно диагноз согласно МКБ-10 пересмотра;
- назначить целенаправленное, инструментальное и лабораторное исследование, интерпретировать его результаты;
- провести дифференциальный диагноз со сходными заболеваниями;
- назначить адекватное этиотропное, патогенетическое и симптоматическое лечение;
- определить меры первичной и вторичной профилактики;

И овладеть следующими компетенциями: ОПК-1, ОПК-3, ПК-3.

3. Материалы для самоподготовки к освоению данной темы:

Вопросы для самоподготовки:

- 1) Анатомия сердечно-сосудистой системы.
- 2) Этиология и патогенез, изменения гемодинамики при митральных и аортальных пороках сердца.
- 3) Классификация клапанных пороков.
- 4) Клиническая картина стеноза митрального клапана.
- 5) Клиническая картина стеноза аортального клапана.
- 6) Клиническая картина недостаточности митрального клапана.
- 7) Клиническая картина недостаточности аортального клапана.
- 8) Лабораторные и инструментальные методы диагностики.
- 9) Лечение клапанных пороков.
- 10) Первичная и вторичная профилактика.

4. Вид занятия: практическое занятие.

5. Продолжительность: 6 академических часа.

- 6. Оснащение:** унифицированная схема истории болезни (для каждого студента); клинические истории болезни (5-6 больных); больные с различными заболеваниями (1 больной на 2-х студентов), мультимедийный проектор, видеоаппаратура, ноутбук, таблицы, схемы, наборы ЭКГ, R-грамм, анализов крови, методические рекомендации для самостоятельной работы студентов по данной теме, наборы контролирующих тестов по теме.

7. Содержание занятия.

7.1. Контроль исходного уровня знаний и умений.

Задания для самоконтроля (см. приложение).

7.2. Разбор с преподавателем узловых вопросов, необходимых для освоения темы занятия и демонстрация преподавателем методики практических приемов по данной теме.

а) Проблемы этиологии, патогенеза, клиники, диагностики и лечения стеноза митрального клапана;

б) Проблемы этиологии, патогенеза, клиники, диагностики и лечения недостаточности митрального клапана;

в) Проблемы этиологии, патогенеза, клиники, диагностики и лечения стеноза аортального клапана;

г) Проблемы этиологии, патогенеза, клиники, диагностики и лечения недостаточности аортального клапана.

7.3. Демонстрация преподавателем методики практических приемов по данной теме:

- сбор анамнеза у больного с митральными и аортальными пороками сердца, по характерным жалобам, указывающим на поражение сердечно-сосудистой системы (одышку, сердцебиение, кашель, кровохарканье и др.), определение вид порока;
- проведение физикального обследования больного с пороком сердца (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация);
- выявление прямых или “клапанных” признаков митральных и аортальных пороков сердца (изменение звучности тонов, появление шумов, акцентов на сосудах);
- определение косвенных признаков, указывающие на выраженность порока сердца и нарушение кровообращения (гипертрофия миокарда и дилатация

полостей сердца, легочная гипертензия, застойные явления в большом круге кровообращения);

- назначение дополнительных методов исследования и оценка их результатов;
- назначение лечения (медикаментозное и физиотерапевтическое);

7.4. Самостоятельная работа студентов под руководством преподавателя (курация больных, оформление результатов проведенных исследований – написание фрагмента истории болезни).

Задание №1 - провести расспрос больного по следующей схеме:

- Паспортные данные больного (фамилия, имя, отчество), возраст, место жительства, место работы, профессия.
- Жалобы больного на момент осмотра. Они должны быть детализированы. Под детализацией жалоб понимается уточнение локализации неприятных ощущений (болей), их иррадиация (место отражения), интенсивность, характер (колет, сжимает, давит, жжет), время появления неприятных ощущений (болей), их длительность, причина, вызывающая их появление, от чего проходят. Вначале излагаются основные жалобы, затем дополнительные.

Опрос по системам провести по следующей схеме:

- Сердечно-сосудистая система: одышка (при движении, в покое, приступообразная), сердцебиение, отеки, боли в левой половине грудной клетки.
- Дыхательная система: одышка, кашель (сухой, с мокротой, постоянный, приступообразный), боли в грудной клетке при дыхании и кашле, характер мокроты (количество за сутки, цвет, запах, примесь крови).
- Система пищеварения: нарушение аппетита (снижение, повышение), диспепсические явления (тошнота, рвота, отрыжка, изжога), характер стула, боли в животе (их локализация, иррадиация, длительность, связь с приемом пищи).
- Мочевыделительная система: учащенное, болезненное мочеиспускание, боли в поясничной области, изменение характера мочи.
- Нервная система: работоспособность, уравновешенность нервных процессов, раздражительность, характер сна (легко засыпает, сколько часов спит подряд, легко ли просыпается, прибегает ли к снотворным).
- История данного заболевания (вспоминание о болезни). Для этого необходимо выяснить особенности начала (когда, внезапно или постепенно развились признаки заболевания и какие) и течение острого заболевания. К последним относится время появления, динамика симптомов, как установленных при опросе о жалобах, так и уже исчезнувших к моменту обращения к врачу, применявшееся лечение и его эффективность. Если повышалась температура, уточнить ее уровень и продолжительность.

- Анамнез жизни. Для этого необходимо получить сведения о разнообразных факторах, воздействие которых могло обусловить те или иные особенности организма больного и его реакцию на различные раздражители, способствовать развитию определенного заболевания.

Задание №2 - записать данные, полученные при расспросе больного.

В присутствии группы доложить преподавателю полученные результаты самостоятельной работы с больными.

7.5. Контроль конечного уровня освоения темы занятия:

Ситуационные задачи (см. приложение).

Место проведения самоподготовки:

читальный зал, учебная комната для самостоятельной работы студентов.

Учебно-исследовательская работа студентов по данной теме:

Работа с основной и дополнительной литературой, самостоятельный разбор студентами текущих и архивных историй болезни стационара для анализа пропедевтических ошибок.

Литература.

Основная литература

1.	Внутренние болезни [Электронный ресурс]: в 2-х т. Электрон. текстовые дан. Т.1. -on-line. - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970425794.html	В. С. Моисеев, А. И. Мартынов, Н. А. Мухин. -	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013.	100 неограниченный доступ	1
----	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------	--------------------------	---------------------------	---

Дополнительная литература

1.	Внутренние болезни. Тесты и ситуационные задачи [Электронный ресурс]: учеб. пособие- Электрон. текстовые дан. - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970423912.html	В. И. Маколкин [и др.].	М: ГэотарМедиа, 2012. - on-line.	100 неограниченный доступ	1
2.	Междисциплинарные клинические задачи [Электронный ресурс]: сборник. Электрон. текстовые дан. -on-line. - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/06-COS-2330.html	Л. И. Дворецкий.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2012	100 неограниченный доступ	1
3.	Внутренние болезни: руководство к практическим занятиям по факультетской терапии [Электронный ресурс] : учеб. Пособие. - Электрон. текстовые дан. - on-line. - Режим доступа: ЭБС «Консультант студента» http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970411544.html	В. И. Подзолков, А. А. Абрамова, О. Л. Белая [и др.] /под ред. В. И. Подзолкова	М. :Гэотар Медиа, 2010	неограниченный доступ	

Приложение

7.1. Задания для контроля исходного уровня знаний и умений:

1. Наиболее часто встречающийся приобретенный порок сердца:

- а) митральная недостаточность
- б) аортальный стеноз
- в) трикуспидальный стеноз
- г) митральный стеноз
- д) аортальная недостаточность

2. Митральная недостаточность диагностируется в случае:

- а) расширения полости левого желудочка и фиброзного кольца при гемодинамических перегрузках
- б) неполного смыкания створок митрального клапана вследствие их органического изменения
- в) дисфункции папиллярных мышц
- г) разрыва хорды
- д) кальциноза клапанного кольца в пожилом возрасте

3. Как изменяется АД при аортальной недостаточности?

- а) не изменяется
- б) повышается только систолическое
- в) повышается только диастолическое
- г) повышается систолическое АД и понижается диастолическое
- д) понижается систолическое АД и повышается диастолическое

4. Недостаточность митрального клапана может развиваться в результате:

- а) ревматизма
- б) инфаркта миокарда
- в) травмы грудной клетки
- г) инфекционного эндокардита
- д) всех вышеперечисленных заболеваний

5. Митральный стеноз может развиваться в результате:

- а) ревматизма
- б) инфаркта миокарда
- в) травмы грудной клетки
- г) инфекционного эндокардита
- д) всех вышеперечисленных заболеваний

6. Какой признак патогномоничен для левожелудочковой недостаточности?

- а) набухание шейных вен
- б) асцит
- в) увеличение печени
- г) ортопноэ
- д) отеки на ногах

7. Особенность пульса при аортальной недостаточности:

- а) брадикардия
- б) мерцательная аритмия
- в) малый медленный

г) высокий скорый

8. Нормальная площадь митрального клапана составляет:

- а) 1-3 см²
- б) 2-4 см²
- в) 3-5 см²
- г) 4-6 см²

9. Протезы клапанов сердца делят на:

- а) синтетические и животные
- б) механические и биологические
- в) аутопротезы и ксенопротезы
- г) Шаровые и треугольные

10. Наиболее достоверным признаком митрального стеноза является:

- а) увеличение левой границы сердца
- б) Facies mitrales
- в) наличие мерцательной аритмии
- г) наличие «щелчка открытия» митрального клапана
- д) сглаженность талии сердца при рентгенологическом исследовании

7.5. Задания для контроля конечного уровня освоения темы занятия:

Задание 1

Женщина 45 лет была госпитализирована в экстренном порядке с жалобами на длительный приступ удушья, сопровождающийся кашлем со светлой мокротой с прожилками крови. При сборе анамнеза отмечает постепенное нарастание слабости, повышенной утомляемости, появление сердцебиения и одышки при физической нагрузке примерно в течение 4–5 лет. Ухудшение самочувствия в течение 2–3 нед., когда стали появляться приступы нехватки воздуха, удушья, преимущественно в ночное время, сопровождавшиеся кашлем. Из анамнеза известно, что в детстве были частые ангины, наблюдалась кардиологом с диагнозом «ревматизм?». При осмотре обращает на себя внимание акроцианоз и цианоз лица, положение ортопноэ. Температура тела 36,6°. Пульс — 120 в минуту, ритмичный, удовлетворительных характеристик. АД — 130/80 мм рт. ст. При аускультации сердца — усиленный «хлопающий» I тон, акцент II тона на легочной артерии, диастолический шум на верхушке, проводящийся в подмышечную область. ЧДД — 26 в минуту. При аускультации легких — влажные, мелкопузырчатые хрипы.

Вопросы к задаче:

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Какие инструментальные методы обследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Тактика лечения данной пациентки.

Задание 2

Пациент 60 лет госпитализирован с жалобами на одышку, кашель с трудноотделяемой мокротой. В анамнезе: около 10 лет страдает гипертонической болезнью, максимальное АД — 180/100. Год назад пациент перенес инфаркт миокарда, в дальнейшем ангинозные боли не беспокоили. Постоянно принимал кардикет, кардиомагнил. Ухудшение состояния около 1 месяца, в течение которого постепенно нарастала одышка, кашель, ухудшилась переносимость физических нагрузок. Из анамнеза жизни: курильщик с многолетним стажем. Наследственный анамнез неизвестен. Объективные данные: состояние средней тяжести. Положение ортопноэ. Акроцианоз. Отеки стоп и голеней. Пульс — 98 в минуту,

ритмичный, удовлетворительных характеристик. АД — 150/90 мм рт. ст. Границы относительной сердечной тупости: левая в V м/р по lin. axillaries anterior, верхняя — II м/р, правая +0,5 см от lin. parasternalis dex. При аускультации сердца — тоны сердца приглушены, I тон ослаблен, акцент II на легочной артерии, систолический шум на верхушке, следующий непосредственно после I тона, проводящийся в аксиллярную область. ЧДД — 24 в минуту. При аускультации легких дыхание жесткое, определяются влажные мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах легких. Живот мягкий, безболезненный. Край печени пальпируется на 1 см ниже края реберной дуги, безболезненный. ЭКГ-ритм синусовый, 90 в минуту. Патологический зубец Q в отведениях II, III, aVF. Желудочковая экстрасистолия по типу тригеминии.

Вопросы к задаче:

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Какие инструментальные методы обследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Тактика лечения

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра внутренних болезней

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ
к практическому занятию на тему: Атеросклероз.
ИБС: стенокардия стабильная и нестабильная**

Дисциплина – Внутренние болезни

Специальность (код, название) - 31.05.02 Медицинская биофизика

Курс - IV

Семестр - VIII

Уфа – 2023

Рецензенты:

1. Главный врач ГБУЗ Республиканский
кардиологический центр, к.м.н., Николаева И.Е.
2. Зав. кафедрой общей физики
Уфимского университета науки и технологий,
д.ф.-м.н., профессор Балапанов М. Х.

Авторы:

1. Ассистент кафедры внутренних болезней, Валеева Д.И.
2. Доцент кафедры внутренних болезней, к.м.н. Хусаинова Л.Н.
3. Зав. кафедрой внутренних болезней, доцент, к.м.н. Тюрин А.В.

Утверждено на заседании кафедры внутренних болезней № 9 от 05
апреля 2023г.

Занятие N 14

1. Тема и ее актуальность: Атеросклероз. ИБС: стенокардия стабильная и нестабильная.

Атеросклероз – хроническое заболевание артерий эластического и мышечно-эластического типа, связанное с нарушением обмена липидов и белков, отложением их в стенке сосудов, реактивным разрастанием соединительной ткани, последующим склерозом и кальцинозом, формированием бляшек и стенотических поражений сосудов. Основной причиной развития ишемических заболеваний сердечно-сосудистой системы (ССС) является атеросклероз.

Болезни сердечно-сосудистой системы занимают лидирующие позиции в структуре инвалидизации и смертности населения. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) является серьезнейшей проблемой современной кардиологии и медицины в целом. Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в России является одной из наиболее высоких в мире.

Распространенность стенокардии (Ст), как самой часто встречающейся формы ИБС в популяции, увеличивается с возрастом у лиц обоего пола – с 5-7% среди женщин в возрасте 45-64 лет до 10-12% среди женщин в возрасте 65-85 лет, и с 4-7% среди мужчин в возрасте 45-64 лет до 12-14% среди мужчин в возрасте 65-85 лет. В России ежегодно регистрируется более 500 000 случаев острого коронарного синдрома (ОКС), из них ИМ составляет 36,4%, а нестабильная стенокардия (НСт) – 63,6%.

2. Учебные цели:

- овладение практическими умениями и навыками диагностики, лечения и профилактики атеросклероза;
- овладение практическими умениями и навыками диагностики, лечения и профилактики стабильной стенокардии;
- овладение практическими умениями и навыками диагностики, лечения и профилактики нестабильной стенокардии;

Для формирования профессиональных компетенций обучающийся должен **знать**:

- этиологию и патогенез атеросклероза, ишемической болезни сердца;
- современную классификацию ИБС;
- клиническую картину атеросклеротического поражения сосудов;
- клиническую картину стабильной и нестабильной стенокардии;
- показатели дополнительных методов исследований (анализы крови, рентгенография ОГК, ЭКГ, эхокардиография, доплер-эхокардиография, коронароангиография);
- осложнения атеросклероза;
- принципы лечения и профилактики атеросклероза;
- принципы лечения и профилактики стабильной и нестабильной стенокардии;

В результате освоения темы занятия студент должен **владеть и уметь**:

- собрать анамнез у больного с атеросклерозом, ишемической болезнью сердца;
- провести физикальное обследование больного с атеросклерозом, ишемической болезнью сердца (осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию);
- сформулировать правильно диагноз согласно клиническим рекомендациям и МКБ-10 пересмотра;
- назначить целенаправленное, инструментальное и лабораторное исследование, интерпретировать его результаты;
- провести дифференциальный диагноз со сходными заболеваниями;
- назначить адекватное этиотропное, патогенетическое и симптоматическое лечение;

- определить меры первичной и вторичной профилактики;

И овладеть следующими компетенциями: ОПК-1, ОПК-3, ПК-3.

3. Материалы для самоподготовки к освоению данной темы:

Вопросы для самоподготовки:

- 1) Анатомия сердечно-сосудистой системы.
- 2) Этиология и патогенез, изменения гемодинамики атеросклерозе.
- 3) Этиология и патогенез ишемической болезни сердца.
- 4) Классификация ИБС.
- 5) Клиническая картина атеросклеротического поражения сосудов.
- 6) Клиническая картина стабильной стенокардии.
- 7) Клиническая картина нестабильной стенокардии.
- 8) Лабораторные и инструментальные методы диагностики.
- 9) Лечение ишемической болезни сердца.
- 10) Первичная и вторичная профилактика.

4. Вид занятия: практическое занятие.

5. Продолжительность: 6 академических часа.

6. Оснащение: унифицированная схема истории болезни (для каждого студента); клинические истории болезни (5-6 больных); больные с различными заболеваниями (1 больной на 2-х студентов), мультимедийный проектор, видеоаппаратура, ноутбук, таблицы, схемы, наборы ЭКГ, R-грамм, анализов крови, методические рекомендации для самостоятельной работы студентов по данной теме, наборы контролирующих тестов по теме.

7. Содержание занятия.

7.1. Контроль исходного уровня знаний и умений.

Задания для самоконтроля (см. приложение).

7.2. Разбор с преподавателем узловых вопросов, необходимых для освоения темы занятия и демонстрация преподавателем методики практических приемов по данной теме.

а) Проблемы этиологии, патогенеза, клиники, диагностики и лечения атеросклероза;

б) Проблемы этиологии, патогенеза, клиники, диагностики и лечения стабильной стенокардии;

в) Проблемы этиологии, патогенеза, клиники, диагностики и лечения нестабильной стенокардии:

7.3. Демонстрация преподавателем методики практических приемов по данной теме:

- сбор анамнеза у больного с ишемической болезнью сердца.
- проведение физикального обследования больного с ИБС (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация);
- назначение дополнительных методов исследования и оценка их результатов;
- техника регистрации ЭКГ;
- назначение лечения (медикаментозное и физиотерапевтическое);

7.4. Самостоятельная работа студентов под руководством преподавателя (курация больных, оформление результатов проведенных исследований – написание фрагмента истории болезни).

Задание №1 - провести расспрос больного по следующей схеме:

- Паспортные данные больного (фамилия, имя, отчество), возраст, место жительства, место работы, профессия.

- Жалобы больного на момент осмотра. Они должны быть детализированы. Под детализацией жалоб понимается уточнение локализации неприятных ощущений (болей), их иррадиация (место отражения), интенсивность, характер (колет, сжимает, давит, жжет), время появления неприятных ощущений (болей), их длительность, причина, вызывающая их появление, от чего проходят. Вначале излагаются основные жалобы, затем дополнительные.

Опрос по системам провести по следующей схеме:

- Сердечно-сосудистая система: одышка (при движении, в покое, приступообразная), сердцебиение, отеки, боли в левой половине грудной клетки.

- Дыхательная система: одышка, кашель (сухой, с мокротой, постоянный, приступообразный), боли в грудной клетке при дыхании и кашле, характер мокроты (количество за сутки, цвет, запах, примесь крови).

- Система пищеварения: нарушение аппетита (снижение, повышение), диспепсические явления (тошнота, рвота, отрыжка, изжога), характер стула, боли в животе (их локализация, иррадиация, длительность, связь с приемом пищи).

- Мочевыделительная система: учащенное, болезненное мочеиспускание, боли в поясничной области, изменение характера мочи.

- Нервная система: работоспособность, уравновешенность нервных процессов, раздражительность, характер сна (легко засыпает, сколько часов спит подряд, легко ли просыпается, прибегает ли к снотворным).

- История данного заболевания (воспоминание о болезни). Для этого необходимо выяснить особенности начала (когда, внезапно или постепенно развились признаки заболевания и какие) и течение острого заболевания. К последним относится время появления, динамика симптомов, как установленных при опросе о жалобах, так и уже исчезнувших к моменту обращения к врачу, применявшееся лечение и его эффективность. Если повышалась температура, уточнить ее уровень и продолжительность.

- Анамнез жизни. Для этого необходимо получить сведения о разнообразных факторах, воздействие которых могло обусловить те или иные особенности организма больного и его реакцию на различные раздражители, способствовать развитию определенного заболевания.

Задание №2 - записать данные, полученные при расспросе больного.

В присутствии группы доложить преподавателю полученные результаты самостоятельной работы с больными.

7.5. Контроль конечного уровня освоения темы занятия:

Ситуационные задачи (см. приложение).

Место проведения самоподготовки:

читальный зал, учебная комната для самостоятельной работы студентов.

Учебно-исследовательская работа студентов по данной теме:

Работа с основной и дополнительной литературой, самостоятельный разбор студентами текущих и архивных историй болезни стационара для анализа пропедевтических ошибок.

Литература.

Основная литература

1.	Внутренние болезни [Электронный ресурс]: в 2-х т. Электрон. текстовые дан. Т.1. -оп-	В. С. Моисеев, А. И. Мартынов, Н.	М. : ГЭОТАР-Медиа,	100 неограниченн ый доступ	1
----	--------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------	--------------------	----------------------------	---

	line. - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970425794.html	А. Мухин. -	2013.		
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------	-------	--	--

Дополнительная литература

1.	Внутренние болезни. Тесты и ситуационные задачи [Электронный ресурс]: учеб. пособие- Электрон. текстовые дан. - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970423912.html	В. И. Маколкин [и др.].	М: ГэотарМедиа, 2012. - on-line.	100 неограниченный доступ	1
2.	Междисциплинарные клинические задачи [Электронный ресурс]: сборник. Электрон. текстовые дан. -on-line. - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/06-COS-2330.html	Л. И. Дворецкий.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2012	100 неограниченный доступ	1
3.	Внутренние болезни: руководство к практическим занятиям по факультетской терапии [Электронный ресурс] : учеб. Пособие. - Электрон. текстовые дан. - on-line. - Режим доступа: ЭБС «Консультант студента» http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970411544.html	В. И. Подзолков, А. А. Абрамова, О. Л. Белая [и др.] /под ред. В. И. Подзолкова	М. :Гэотар Медиа, 2010	неограниченный доступ	

Приложение

7.1. Задания для контроля исходного уровня знаний и умений:

1. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) от 1 до 15 минут
- 2) 30 минут
- 3) более 30 минут
- 4) 40-45 минут

2. ПРИ СТЕНОКАРДИИ II ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА БОЛЬ ВОЗНИКАЕТ

- 1) в покое
- 2) при средней физической нагрузке, подъеме в гору, по лестнице более чем на один этаж
- 3) при ходьбе на расстояние менее 100-200 м
- 4) при обычной физической нагрузке

3. ПРИ III ФУНКЦИОНАЛЬНОМ КЛАССЕ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ВОЗНИКАЕТ

- 1) в покое
- 2) при ходьбе на расстояние более 200 м
- 3) при подъёме на 1 пролёт лестницы и ходьбе по ровной местности на расстояние до 100 м
- 4) при значительных физических усилиях

4. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ КОРОНАРНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА СЧИТАЮТ

- 1) ЭКГ
- 2) Эхокардиографию
- 3) Стресс-эхокардиографию
- 4) Коронарную ангиографию

5. НЕСТАБИЛЬНАЯ СТЕНОКАРДИЯ – ЭТО

- 1) увеличение тяжести и количества приступов стенокардии в течение последних 2-х месяцев
- 2) снижение фракции выброса левого желудочка ниже 35 %
- 3) выявление высокого уровня холестерина ЛПНП
- 4) присоединение фибрилляции предсердий

6. ОСЛОЖНЕНИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА АОРТЫ:

- 1). Разрыв аневризмы
- 2). ТЭЛА
- 3). Инфаркт миокарда
- 4). Инфаркт головного мозга

7. НАЗОВИТЕ МИКРОСКОПИЧЕСКУЮ СТАДИЮ ПОРАЖЕНИЯ СОСУДОВ ПРИ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ:

- 1). Гиалиноз
- 2). Липосклероз
- 3). Атрофическая

4). Дистрофическая

8. ФАКТОРАМИ РИСКА РАЗВИТИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА ЯВЛЯЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕ В КРОВИ ФРАКЦИЙ:

1. ЛПВП
2. ЛПНП
3. ЛПОНП

9. НАЗОВИТЕ ФАКТОРЫ ИМЕЮЩИЕ НАИБОЛЬШЕЕ ЗНАЧЕНИЕ В РАЗВИТИИ АТЕРОСКЛЕРОЗА:

- 1). Гиперпротеинемия, гипергаммаглобулинемия
- 2). Гиперлипидемия, артериальная гипертензия
- 3). Хронический алкоголизм
- 4). Состояние иммунитета

10. НАРУШЕНИЕ ПРОХОДИМОСТИ СОСУДОВ С ПОСЛЕДУЮЩИМ НАРУШЕНИЕМ КРОВОТОКА РАЗВИВАЕТСЯ В СТАДИЮ:

- 1). Жировых пятен и полосок
- 2). Фиброзной бляшки
- 3). Атероматоз

7.5. Задания для контроля конечного уровня освоения темы занятия:

Задание 1

Больная С., 55 лет. Обратилась к участковому терапевту с жалобами на сжимающие боли за грудиной при физической нагрузке и ходьбе на расстояние более 500 м. Боли проходят самостоятельно в покое. Из анамнеза жизни: у отца в возрасте 45 лет – инфаркт миокарда, у сестры в возрасте 51 год – геморрагический инсульт.

Объективно: рост 168 см, вес 67 кг. В легких дыхание везикулярное. Перкуторно границы относительной сердечной тупости не расширены; тоны сердца ясные, ритмичные. АД 130/80 мм рт.ст., ЧСС 82 уд/мин.

БХАК: общий холестерин – 5,9 ммоль/л. ЭКГ: без особенностей.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз в соответствии с классификацией, обоснуйте его.
2. Почему отсутствуют изменения на ЭКГ?
3. Составьте план дополнительных обследований.
4. Составьте план лечения пациентки.

Задание 2

Мужчина 54 лет, водитель, обратился за медицинской помощью с жалобами на неинтенсивные жгучие боли за грудиной, сохраняющиеся со вчерашнего дня. Пациент ранее сердечно-сосудистыми заболеваниями не страдал, считал себя здоровым. Вчера вечером около 18.00 на фоне эмоционального напряжения появилась жгучая интенсивная загрудинная боль с иррадиацией в шею, сопровождающаяся холодным потом. После самостоятельного приема 2 таблеток валидола боль стала менее интенсивной, но полностью не купировалась. Утром в 07.00 в связи с тем, что жжение за грудиной сохранялось, вызвал бригаду СМП. Курит по 1,5 пачки сигарет в день. У отца был инфаркт миокарда в возрасте 52 лет.

При осмотре: общее состояние тяжелое. ИМТ 31,2 кг/м². Кожные покровы бледные, влажные, чистые. Температура тела = 36,4°C. ЧД = 22 в мин. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ослаблены, чистые, ритм правильный. ЧСС = 100 уд. в мин. АД = 120/80 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и

селезенка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Стул и мочеиспускание без особенностей.

Вопросы.

1. Выделите основные симптомы и синдромы клинической картины.
2. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Перечислите методы дополнительного обследования, необходимые для уточнения диагноза.
4. Определите тактику ведения и лечения.
5. Перечислите мероприятия неотложной помощи

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра внутренних болезней

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ
к практическому занятию на тему: ИБС: инфаркт миокарда.**

Дисциплина – Внутренние болезни
Специальность (код, название) - 31.05.02 Медицинская биофизика
Курс - IV
Семестр - VIII

Уфа – 2023

Рецензенты:

1. Главный врач ГБУЗ Республиканский
кардиологический центр, к.м.н., Николаева И.Е.
2. Зав. кафедрой общей физики
Уфимского университета науки и технологий,
д.ф.-м.н., профессор Балапанов М. Х.

Авторы:

1. Ассистент кафедры внутренних болезней, Валеева Д.И.
2. Доцент кафедры внутренних болезней, к.м.н. Хусаинова Л.Н.
3. Зав. кафедрой внутренних болезней, доцент, к.м.н. Тюрин А.В.

Утверждено на заседании кафедры внутренних болезней № 9 от 05
апреля 2023г.

Занятие N 14

1. Тема и ее актуальность: ИБС: инфаркт миокарда.

Болезни сердечно-сосудистой системы занимают лидирующие позиции в структуре инвалидизации и смертности населения. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) является серьезнейшей проблемой современной кардиологии и медицины в целом. Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в России является одной из наиболее высоких в мире.

Распространенность стенокардии (Ст), как самой часто встречающейся формы ИБС в популяции, увеличивается с возрастом у лиц обоего пола – с 5-7% среди женщин в возрасте 45-64 лет до 10-12% среди женщин в возрасте 65-85 лет, и с 4- 7% среди мужчин в возрасте 45-64 лет до 12-14% среди мужчин в возрасте 45-64 лет. В России ежегодно регистрируется более 500 000 случаев острого коронарного синдрома (ОКС), из них ИМ составляет 36,4%, а нестабильная стенокардия (НСт) – 63,6%.

2. Учебные цели:

- овладение практическими умениями и навыками диагностики, лечения и профилактики инфаркта миокарда;

Для формирования профессиональных компетенций обучающийся должен **знать**:

- этиологию и патогенез ишемической болезни сердца;
- современную классификацию ИБС;
- клиническую картину инфаркта миокарда;
- показатели дополнительных методов исследований (анализы крови, рентгенография огк, ЭКГ, эхокардиография, доплер-эхокардиография, коронароангиография);
- неотложную помощь при инфаркте миокарда;
- осложнения инфаркта миокарда;
- принципы лечения и профилактики инфаркта миокарда;

В результате освоения темы занятия студент должен **владеть и уметь**:

- собрать анамнез у больного с ишемической болезнью сердца;
- провести физикальное обследование больного с ишемической болезнью сердца (осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию);
- сформулировать правильно диагноз согласно клиническим рекомендациям и МКБ-10 пересмотра;
- назначить целенаправленное, инструментальное и лабораторное исследование, интерпретировать его результаты;
- провести дифференциальный диагноз со сходными заболеваниями;
- назначить адекватное этиотропное, патогенетическое и симптоматическое лечение;
- определить меры первичной и вторичной профилактики;

И овладеть следующими компетенциями: ОПК-1, ОПК-3, ПК-3.

3. Материалы для самоподготовки к освоению данной темы:

Вопросы для самоподготовки:

- 1) Анатомия сердечно-сосудистой системы.
- 2) Этиология и патогенез, изменения гемодинамики инфаркте миоарда.
- 3) Классификация ИБС.
- 4) Классификация инфаркта миокарда.
- 5) Клиническая картина инфаркта миокарда.
- 6) Лабораторные и инструментальные методы диагностики инфаркта миокарда.
- 7) Лечение ишемической болезни сердца.

- 8) Первичная и вторичная профилактика.
- 9) Осложнения инфаркта миокарда.
- 10) Неотложная помощь пациенту с острым коронарным синдромом.

4. Вид занятия: практическое занятие.

5. Продолжительность: 6 академических часа.

6. Оснащение: унифицированная схема истории болезни (для каждого студента); клинические истории болезни (5-6 больных); больные с различными заболеваниями (1 больной на 2-х студентов), мультимедийный проектор, видеоаппаратура, ноутбук, таблицы, схемы, наборы ЭКГ, R-грамм, анализов крови, методические рекомендации для самостоятельной работы студентов по данной теме, наборы контролирующих тестов по теме.

7. Содержание занятия.

7.1. Контроль исходного уровня знаний и умений.

Задания для самоконтроля (см. приложение).

7.2. Разбор с преподавателем узловых вопросов, необходимых для освоения темы занятия и демонстрация преподавателем методики практических приемов по данной теме.

а) Проблемы этиологии, патогенеза, клиники, диагностики и лечения ишемической болезни сердца;

б) Проблемы этиологии, патогенеза, клиники, диагностики и лечения инфаркта миокарда;

7.3. Демонстрация преподавателем методики практических приемов по данной теме:

- сбор анамнеза у больного с инфарктом миокарда.
- проведение физикального обследования больного с инфарктом миокарда (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация);
- назначение дополнительных методов исследования и оценка их результатов;
- техника регистрации ЭКГ;
- назначение лечения (медикаментозное и физиотерапевтическое);

7.4. Самостоятельная работа студентов под руководством преподавателя (курация больных, оформление результатов проведенных исследований – написание фрагмента истории болезни).

Задание №1 – провести расспрос больного по следующей схеме:

- Паспортные данные больного (фамилия, имя, отчество), возраст, место жительства, место работы, профессия.
- Жалобы больного на момент осмотра. Они должны быть детализированы. Под детализацией жалоб понимается уточнение локализации неприятных ощущений (болей), их иррадиация (место отражения), интенсивность, характер (колет, сжимает, давит, жжет), время появления неприятных ощущений (болей), их длительность, причина, вызывающая их появление, от чего проходят. Вначале излагаются основные жалобы, затем дополнительные.

Опрос по системам провести по следующей схеме:

- Сердечно-сосудистая система: одышка (при движении, в покое, приступообразная), сердцебиение, отеки, боли в левой половине грудной клетки.
- Дыхательная система: одышка, кашель (сухой, с мокротой, постоянный, приступообразный), боли в грудной клетке при дыхании и кашле, характер мокроты (количество за сутки, цвет, запах, примесь крови).
- Система пищеварения: нарушение аппетита (снижение, повышение), диспепсические явления (тошнота, рвота, отрыжка, изжога), характер стула, боли в животе (их локализация, иррадиация, длительность, связь с приемом пищи).

- Мочевыделительная система: учащенное, болезненное мочеиспускание, боли в поясничной области, изменение характера мочи.
- Нервная система: работоспособность, уравновешенность нервных процессов, раздражительность, характер сна (легко засыпает, сколько часов спит подряд, легко ли просыпается, прибегает ли к снотворным).
- История данного заболевания (воспоминание о болезни). Для этого необходимо выяснить особенности начала (когда, внезапно или постепенно развились признаки заболевания и какие) и течение острого заболевания. К последним относится время появления, динамика симптомов, как установленных при опросе о жалобах, так и уже исчезнувших к моменту обращения к врачу, применявшееся лечение и его эффективность. Если повышалась температура, уточнить ее уровень и продолжительность.
- Анамнез жизни. Для этого необходимо получить сведения о разнообразных факторах, воздействие которых могло обусловить те или иные особенности организма больного и его реакцию на различные раздражители, способствовать развитию определенного заболевания.

Задание №2 – записать данные, полученные при расспросе больного.

В присутствии группы доложить преподавателю полученные результаты самостоятельной работы с больными.

7.5. Контроль конечного уровня освоения темы занятия:
Ситуационные задачи (см. приложение).

Место проведения самоподготовки:

читальный зал, учебная комната для самостоятельной работы студентов.

Учебно-исследовательская работа студентов по данной теме:

Работа с основной и дополнительной литературой, самостоятельный разбор студентами текущих и архивных историй болезни стационара для анализа пропедевтических ошибок.

Литература.

Основная литература

1.	Внутренние болезни [Электронный ресурс]: в 2-х т. Электрон. текстовые дан. Т.1. -on-line. - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970425794.html	В. С. Моисеев, А. И. Мартынов, Н. А. Мухин. -	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013.	100 неограниченный доступ	1
----	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------	--------------------------	---------------------------	---

Дополнительная литература

1.	Внутренние болезни. Тесты и ситуационные задачи [Электронный ресурс]: учеб. пособие- Электрон. текстовые дан. - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970423912.html	В. И. Маколкин [и др.].	М: ГэотарМедиа, 2012. - on-line.	100 неограниченный доступ	1
2.	Междисциплинарные клинические задачи [Электронный ресурс]: сборник. Электрон. текстовые дан. -on-line. - Режим доступа:	Л. И. Дворецкий.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2012	100 неограниченный доступ	1

	http://www.studmedlib.ru/book/06-COS-2330.html				
3.	<p>Внутренние болезни: руководство к практическим занятиям по факультетской терапии [Электронный ресурс] : учеб. Пособие. - Электрон. текстовые дан. - on-line. - Режим доступа: ЭБС «Консультант студента»</p> <p>http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970411544.html</p>	<p>В. И. Подзолков, А. А. Абрамова, О. Л. Белая [и др.] /под ред. В. И. Подзолкова</p>	<p>М. :Гэотар Медиа, 2010</p>	<p>неограничен ный доступ</p>	

Приложение

7.1. Задания для контроля исходного уровня знаний и умений:

1. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ

- a) трамадол
- b) промедол
- c) анальгин
- d) морфин

2. ТРОМБОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПОКАЗАНА

- a) больным инфарктом миокарда не позднее 1 часа после начала заболевания
- b) всем больным инфарктом миокарда
- c) больным инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST в пределах первых 6 часов (но не позднее 12 часов) после начала заболевания
- d) больным инфарктом миокарда без подъема сегмента ST

3. НИТРАТЫ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА

- a) уменьшают зону повреждения миокарда
- b) предотвращают рост тромба в коронарной артерии
- c) восстанавливают кровоток в инфарктсвязанной артерии
- d) снижают потребность миокарда в кислороде

4. ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЕЧНОЙ МЫШЦЫ ПАЦИЕНТАМ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НАЗНАЧАЮТСЯ

- a) β -адреноблокаторы
- b) ингибиторы АПФ
- c) антиагреганты
- d) статины
- e) блокаторы кальциевых каналов

5. ОСНОВНЫМ КРИТЕРИЕМ УСПЕШНОЙ РЕПЕРFUЗИИ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ СИСТЕМНОГО ТРОМБОЛИЗИСА ЯВЛЯЕТСЯ

- a) снижение элевации сегмента ST на 50% и более от исходного
- b) купирование болевого синдрома
- c) исчезновение признаков сердечной недостаточности
- d) восстановление АВ-проводимости

6. РЕКОМЕНДОВАННОЕ ВРЕМЯ ОТ ПЕРВОГО КОНТАКТА С МЕДИЦИНСКИМ ПЕРСОНАЛОМ ДО ВОССТАНОВЛЕНИЯ КРОВОТОКА В ИНФАРКТ-СВЯЗАННОЙ АРТЕРИИ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ЧКВ СОСТАВЛЯЕТ

- a) 120 минут
- b) 60 минут
- c) 180 минут
- d) 30 минут

7. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЭКСТРЕННОГО ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ РАЗВИТИИ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ НА ЭКГ

- a) появлением единичных наджелудочковых экстрасистол
- b) наличием зубца Q

- с) наличием отрицательного зубца Т
- д) положением сегмента ST относительно изоэлектрической линии

9. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ НЕОБХОДИМОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПАЦИЕНТУ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST В ТЕЧЕНИЕ ПЕРВЫХ 24 ЧАСОВ УЧИТЫВАЮТ НАЛИЧИЕ

- а) жизнеугрожающих нарушений ритма
- б) суммы баллов по шкале GRACE более 140
- с) кардиогенного шока
- д) приступов загрудинных болей, резистентных к терапии
- е) повторных изменений сегмента ST

10. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ СОСТАВЛЯЕТ

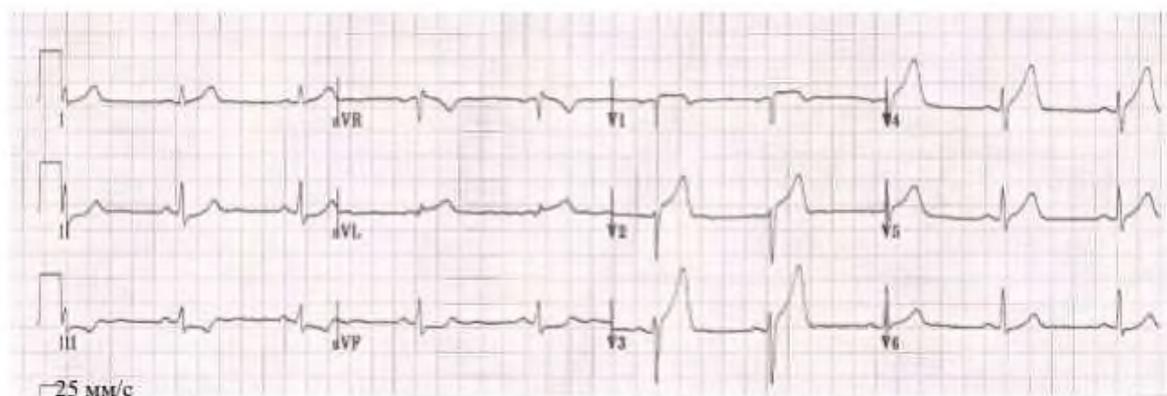
- а) от 1 до 15 минут
- б) 30 минут
- с) более 30 минут
- д) 40-45 минут

7.5. Задания для контроля конечного уровня освоения темы занятия:

Задание 1

Больной Р., 48 лет, грузчик, доставлен в приемное отделение с жалобами на интенсивную давящую боль за грудиной, возникшую при физической нагрузке, 92 продолжающуюся в течение 1,5 часов, холодный пот, слабость и тошноту. Из анамнеза: в течение 2 лет страдает артериальной гипертензией. Самостоятельно принимал периндоприл при повышении АД. Сегодня, 27.03.2021 на фоне физической нагрузки появились вышеописанные жалобы. Вызвал бригаду СМП, доставлен в стационар. Курит 10 лет по 1 пачке сигарет в день. Наследственность отягощена: у отца был инфаркт миокарда в возрасте 45 лет. При осмотре: общее состояние тяжелое. Сознание ясное. Положение активное. Рост = 185 см. Вес = 80 кг. ИМТ = 23,4 кг/м². Кожа и видимые слизистые бледные, влажные. Лимфоузлы не увеличены. Отеков нет. ЧДД = 18 в мин. При аускультации над легкими везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧСС = 92 в мин. АД на обеих руках = 160/90 мм рт. ст. Границы относительной сердечной тупости: правая – в IV межреберье по правому краю грудины, левая – в V межреберье по левой срединноключичной линии, верхняя – нижний край III ребра. При аускультации ослабление I тона на верхушке сердца, шумов нет, ритм правильный. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

ЭКГ:



Вопросы:

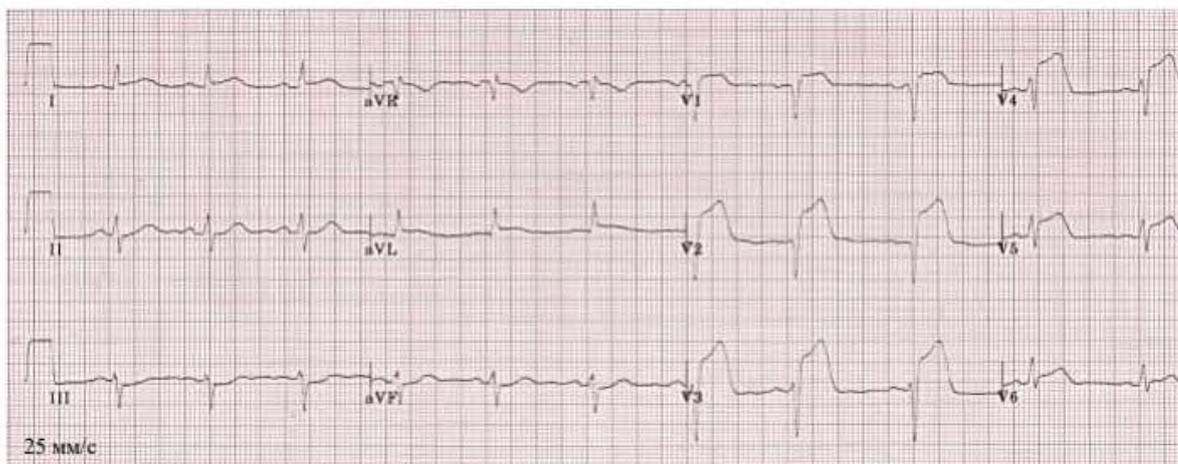
1. Выделите основные симптомы и синдромы клинической картины.
2. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
3. Назначьте больному медикаментозное и немедикаментозное лечение. Обоснуйте выбор лекарственных препаратов.

Задание 2

Мужчина 54 лет, водитель, обратился за медицинской помощью с жалобами на неинтенсивные жгучие боли за грудиной, сохраняющиеся со вчерашнего дня. Пациент ранее сердечно-сосудистыми заболеваниями не страдал, считал себя здоровым. Вчера вечером около 18.00 на фоне эмоционального напряжения появилась жгучая интенсивная загрудинная боль с иррадиацией в шею, сопровождающаяся холодным потом. После самостоятельного приема 2 таблеток валидола боль стала менее интенсивной, но полностью не купировалась. Утром в 07.00 в связи с тем, что жжение за грудиной сохранялось, вызвал бригаду СМП. Курит по 1,5 пачки сигарет в день. У отца был инфаркт миокарда в возрасте 52 лет.

При осмотре: общее состояние тяжелое. ИМТ 31,2 кг/м². Кожные покровы бледные, влажные, чистые. Температура тела = 36,4°C. ЧД = 22 в мин. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ослаблены, чистые, ритм правильный. ЧСС = 100 уд. в мин. АД = 120/80 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Стул и мочеиспускание без особенностей.

ЭКГ:



Вопросы.

1. Выделите основные симптомы и синдромы клинической картины.
2. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Перечислите методы дополнительного обследования, необходимые для уточнения диагноза.
4. Определите тактику ведения и лечения.
5. Перечислите мероприятия неотложной помощи

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра внутренних болезней

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ
к практическому занятию на тему: Гипертоническая болезнь.**

Дисциплина – Внутренние болезни
Специальность (код, название) - 31.05.02 Медицинская биофизика
Курс - IV
Семестр - VIII

Уфа – 2023

Рецензенты:

1. Главный врач ГБУЗ Республиканский
кардиологический центр, к.м.н., Николаева И.Е.
2. Зав. кафедрой общей физики
Уфимского университета науки и технологий,
д.ф.-м.н., профессор Балапанов М. Х.

Авторы:

1. Ассистент кафедры внутренних болезней, Валеева Д.И.
2. Доцент кафедры внутренних болезней, к.м.н. Хусаинова Л.Н.
3. Зав. кафедрой внутренних болезней, доцент, к.м.н. Тюрин А.В.

Утверждено на заседании кафедры внутренних болезней № 9 от 05
апреля 2023г.

Занятие N 16

1. Тема и ее актуальность: Гипертоническая болезнь.

Болезни сердечно-сосудистой системы занимают лидирующие позиции в структуре инвалидизации и смертности населения.

Гипертоническая болезнь (далее — 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%. ГБ является важнейшим фактором риска основных сердечнососудистых заболеваний — инфаркта миокарда и ИБС, главным образом определяющих высокую смертность населения всех стран мира.

2. Учебные цели:

- овладение практическими умениями и навыками диагностики, лечения и профилактики гипертонической болезни;

Для формирования профессиональных компетенций обучающийся должен **знать**:

- этиологию и патогенез гипертонической болезни;
- современную классификацию ГБ;
- клиническую картину гипертонической болезни;
- показатели дополнительных методов исследований (анализы крови, рентгенография ОГК, ЭКГ, эхокардиография, доплер-эхокардиография, коронароангиография);
- неотложную помощь при осложненном и неосложненном гипертоническом кризе;
- осложнения гипертонической болезни;
- принципы лечения и профилактики гипертонической болезни;
- возрастные особенности течения ГБ;
- критерии временной нетрудоспособности.

В результате освоения темы занятия студент должен **владеть и уметь**:

- собрать анамнез у больного с гипертонической болезнью;
- провести физикальное обследование больного с гипертонической болезнью (осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию);
- сформулировать правильно диагноз согласно клиническим рекомендациям и МКБ-10 пересмотра;
- назначить целенаправленное, инструментальное и лабораторное исследование, интерпретировать его результаты;
- провести дифференциальный диагноз со сходными заболеваниями;
- назначить адекватное этиотропное, патогенетическое и симптоматическое лечение;
- определить меры первичной и вторичной профилактики;
- оказать неотложную помощь при развитии осложнений ГБ (кризы, острая сердечная недостаточность, расслаивающая аневризма аорты, инсульт);
- провести экспертизу трудоспособности больного.

И овладеть следующими компетенциями: ОПК-1, ОПК-3, ПК-3.

3. Материалы для самоподготовки к освоению данной темы:

Вопросы для самоподготовки:

- 1) Анатомия и патофизиология сердечно-сосудистой системы.
- 2) Этиология и патогенез гипертонической болезни.

- 3) Классификация гипертонической болезни.
- 4) Клиническая картина гипертонической болезни.
- 5) Лабораторные и инструментальные методы диагностики гипертонической болезни.
- 6) Лечение гипертонической болезни.
- 7) Первичная и вторичная профилактика.
- 8) Осложнения гипертонической болезни.
- 9) Неотложная помощь пациенту с неосложненным гипертоническим кризом.
- 10) Неотложная помощь пациенту с осложненным гипертоническим кризом.

4. Вид занятия: практическое занятие.

5. Продолжительность: 6 академических часа.

6. Оснащение: унифицированная схема истории болезни (для каждого студента); клинические истории болезни (5-6 больных); больные с различными заболеваниями (1 больной на 2-х студентов), мультимедийный проектор, видеоаппаратура, ноутбук, таблицы, схемы, наборы ЭКГ, R-грамм, анализов крови, методические рекомендации для самостоятельной работы студентов по данной теме, наборы контролирующих тестов по теме.

7. Содержание занятия.

7.1. Контроль исходного уровня знаний и умений.

Задания для самоконтроля (см. приложение).

7.2. Разбор с преподавателем узловых вопросов, необходимых для освоения темы занятия и демонстрация преподавателем методики практических приемов по данной теме.

а) Проблемы этиологии, патогенеза, клиники, диагностики и лечения гипертонической болезни;

7.3. Демонстрация преподавателем методики практических приемов по данной теме:

- сбор анамнеза у больного с гипертонической болезнью.
 - проведение физикального обследования больного с гипертонической болезнью (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация);
 - назначение дополнительных методов исследования и оценка их результатов;
 - техника измерения артериального давления, регистрации ЭКГ, суточного мониторирования АД;
 - назначение лечения (медикаментозное и физиотерапевтическое);
- 7.4. Самостоятельная работа студентов под руководством преподавателя (курация больных, оформление результатов проведенных исследований – написание фрагмента истории болезни).

Задание №1 – провести респрос больного по следующей схеме:

- Паспортные данные больного (фамилия, имя, отчество), возраст, место жительства, место работы, профессия.
- Жалобы больного на момент осмотра. Они должны быть детализированы. Под детализацией жалоб понимается уточнение локализации неприятных ощущений (болей), их иррадиация (место отражения), интенсивность, характер (колет, сжимает, давит, жжет), время появления неприятных ощущений (болей), их длительность, причина, вызывающая их появление, от чего проходят. Вначале излагаются основные жалобы, затем дополнительные.

Опрос по системам провести по следующей схеме:

- Сердечно-сосудистая система: одышка (при движении, в покое, приступообразная), сердцебиение, отеки, боли в левой половине грудной клетки.

- Дыхательная система: одышка, кашель (сухой, с мокротой, постоянный, приступообразный), боли в грудной клетке при дыхании и кашле, характер мокроты (количество за сутки, цвет, запах, примесь крови).
- Система пищеварения: нарушение аппетита (снижение, повышение), диспепсические явления (тошнота, рвота, отрыжка, изжога), характер стула, боли в животе (их локализация, иррадиация, длительность, связь с приемом пищи).
- Мочевыделительная система: учащенное, болезненное мочеиспускание, боли в поясничной области, изменение характера мочи.
- Нервная система: работоспособность, уравновешенность нервных процессов, раздражительность, характер сна (легко засыпает, сколько часов спит подряд, легко ли просыпается, прибегает ли к снотворным).
- История данного заболевания (воспоминание о болезни). Для этого необходимо выяснить особенности начала (когда, внезапно или постепенно развились признаки заболевания и какие) и течение острого заболевания. К последним относится время появления, динамика симптомов, как установленных при опросе о жалобах, так и уже исчезнувших к моменту обращения к врачу, применявшееся лечение и его эффективность. Если повышалась температура, уточнить ее уровень и продолжительность.
- Анамнез жизни. Для этого необходимо получить сведения о разнообразных факторах, воздействие которых могло обусловить те или иные особенности организма больного и его реакцию на различные раздражители, способствовать развитию определенного заболевания.

Задание №2 – записать данные, полученные при расспросе больного.

В присутствии группы доложить преподавателю полученные результаты самостоятельной работы с больными.

7.5. Контроль конечного уровня освоения темы занятия:

Ситуационные задачи (см. приложение).

Место проведения самоподготовки:

читальный зал, учебная комната для самостоятельной работы студентов.

Учебно-исследовательская работа студентов по данной теме:

Работа с основной и дополнительной литературой, самостоятельный разбор студентами текущих и архивных историй болезни стационара для анализа пропедевтических ошибок.

Литература.

Основная литература

1.	Внутренние болезни [Электронный ресурс]: в 2-х т. Электрон. текстовые дан. Т.1. -on-line. - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970425794.html	В. С. Моисеев, А. И. Мартынов, Н. А. Мухин. -	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013.	100 неограниченный доступ	1
----	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------	--------------------------	---------------------------	---

Дополнительная литература

1.	Внутренние болезни. Тесты и ситуационные задачи [Электронный ресурс]: учеб. пособие- Электрон. текстовые дан.	В. И. Маколкин [и др.].	М: ГэотарМедиа, 2012. - on-line.	100 неограниченный доступ	1
----	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------	----------------------------------	---------------------------	---

	- Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970423912.html				
2.	Междисциплинарные клинические задачи [Электронный ресурс]: сборник. Электрон. текстовые дан. -on-line. - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/06-COS-2330.html	Л. И. Дворецкий.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2012	100 неограниченный доступ	1
3.	Внутренние болезни: руководство к практическим занятиям по факультетской терапии [Электронный ресурс] : учеб. Пособие. - Электрон. текстовые дан. - on-line. - Режим доступа: ЭБС «Консультант студента» http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970411544.html	В. И. Подзолков, А. А. Абрамова, О. Л. Белая [и др.] /под ред. В. И. Подзолкова	М. :Гэотар Медиа, 2010	неограниченный доступ	

Приложение

7.1. Задания для контроля исходного уровня знаний и умений:

1) У БОЛЬНОГО 58 ЛЕТ НА ФОНЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА РАЗВИЛСЯ ОТЕК ЛЕГКИХ. АД 220/140 ММ РТ СТ. КАКОЙ ПРЕПАРАТ ЛУЧШЕ ИСПОЛЬЗОВАТЬ В ЭТОЙ СИТУАЦИИ?

1. клофелин
2. эналаприл
3. капотен
4. дигоксин
5. лазикс вопрос

2) КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ НЕЛЬЗЯ НАЗНАЧИТЬ БОЛЬНОМУ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ САД - 170/110 ММ РТ СТ, У КОТОРОГО НЕКОНТРОЛИРУЕМОЕ ТЕЧЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ?

1. клофелин
2. капотен
3. гипотиазид
4. эналаприл
5. метопролол вопрос

3) ВЫБЕРИТЕ ЗНАЧИМЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ:

1. наследственная предрасположенность
2. избыточная масса тела 40
3. избыточное потребление белка
4. нарушение толерантность к глюкозе вопрос

4) УКАЖИТЕ ОСНОВНЫЕ ГРУППЫ ГИПОТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ:

1. диуретики
2. ингибиторы АПФ
3. глюкокортикоиды
4. сердечные гликозиды
5. антагонисты кальциевых каналов вопрос

5) КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В АНАЛИЗЕ МОЧИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

1. снижение удельного веса
2. лейкоцитурия
3. значительная протеинурия
4. микроальбуминурия
5. повышение удельного веса

6) У БОЛЬНОГО С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ВЫЯВЛЕНЫ ФАКТОРЫ РИСКА: КУРЕНИЕ,ПОВЫШЕНИЕ ХОЛЕСТЕРИНА, В АНАМНЕЗЕ ПЕРЕНЕСЕННЫЙ ИНФРКТ МИОКАРДА. НА ЭКГ ПРИЗНАКИ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА. КАКАЯ СТАДИЯ И РИСК ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У ДАННОГО ПАЦИЕНТА?

1. II стадия
2. III стадия
3. риск средний

4. риск высокий
5. риск очень высокий

7) У БОЛЬНОГО С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ВЫЯВЛЕНЫ ФАКТОРЫ РИСКА: КУРЕНИЕ, ПОВЫШЕНИЕ ХОЛЕСТЕРИНА. НА ЭКГ ПРИЗНАКИ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА. КАКАЯ СТАДИЯ И РИСК ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У ДАННОГО ПАЦИЕНТА?

1. II стадия
2. III стадия
3. риск средний
4. риск высокий
5. риск очень высокий

8) ВЫБЕРИТЕ ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ НЕОСЛОЖНЕННОГО ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА:

1. эналаприл
2. амлодипин
3. анальгин
4. каптоен
5. фуросемид

9) МЕТОПРОЛОЛ ОБЛАДАЕТ СЛЕДУЮЩИМИ СВОЙСТВАМИ:

1. расширяет коронарные сосуды
2. снижает потребность миокарда в кислороде
3. снижает сократимость миокарда
4. снижает артериальное давление

10) У БОЛЬНОГО С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ВЫЯВЛЕНЫ ФАКТОРЫ РИСКА: КУРЕНИЕ, ПОВЫШЕНИЕ ХОЛЕСТЕРИНА. АД 160/80 ММ РТ СТ. НА ЭКГ ПРИЗНАКИ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА. ДВА ГОДА НАЗАД ПЕРЕНЕС ИНСУЛЬТ. КАКАЯ СТАДИЯ И РИСК ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У ДАННОГО ПАЦИЕНТА?

1. II стадия
2. III стадия
3. риск средний
4. риск высокий
5. риск очень высокий

7.5. Задания для контроля конечного уровня освоения темы занятия:

Задание 1

Больной М., 57 лет, в течение 10 лет состоит на диспансерном учете по поводу артериальной гипертонии. Сегодня после конфликта на работе появилась сильная головная боль, дрожь, тошнота.

Объективно: лицо гиперемировано, повышенная влажность кожи, тоны сердца громкие, акцент II тона на аорте, АД – 240/120 мм рт. ст. ЧСС – 94 уд/мин, ритм правильный. В легких везикулярное дыхание.

ЭхоКГ: КДР – 5.5 см, КСР – 3.5 см, ТМЖП – 1.2 см, ТЗСЛЖ – 1.1 см, ФВ – 56%, ЛП – 4.5 см, масса миокарда ЛЖ – 280 г

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Оцените изменения на ЭхоКГ.

3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Окажите неотложную помощь.
5. Составьте план лечения больного.

Задание 2

Пациент 42 лет обратился к участковому врачу поликлиники с жалобами на головные боли в затылочной области, сердцебиение, снижение работоспособности, концентрации внимания, ухудшение сна.

Анамнез жизни: Рос и развивался нормально. Из перенесённых заболеваний- детские инфекции. Работает менеджером крупной фирмы. Курит по 10-15 сигарет в день с 20 лет. Семейный анамнез: мать больного (58 лет) страдает артериальной гипертонией.

Анамнез заболевания: Впервые головная боль и учащённое сердцебиение возникли 6 лет назад во время напряжённой работы, связанной с психо-эмоциональными перегрузками.

По совету коллег принимал «Новопассит» (комплекс экстрактов боярышника, хмеля, валерианы и пассифлоры) с эффектом. Тогда впервые было зарегистрировано повышение АД до 170/100 мм рт ст. В дальнейшем, при психоэмоциональном напряжении, возобновлялись головные боли и сердцебиение, при этом регистрировались повышенные цифры АД 160-170/100-105 мм рт ст. К врачу не обращался, принимал «Новопассит», настойку пустырника. В течение последнего месяца отметил повышенную утомляемость, нарушение сна, снижение работоспособности. Это заставило обратиться за медицинской помощью.

Объективный статус: Состояние при осмотре относительно удовлетворительное.

Правильного телосложения. ИМТ – 23,9 кг/м². Кожные покровы обычной окраски повышенной влажности, белый дермографизм, периферических отёков нет. ЧДД- 18 в мин. В лёгких при аускультации хрипы не выслушивается. ЧСС- 88 в мин. Тоны сердца при аускультации ясные, ритм правильный. АД – 160/100 мм рт ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень у края рёберной дуги, селезёнка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Дизурических явлений нет

Вопросы.

1. Выделите основные симптомы и синдромы клинической картины.
2. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Перечислите методы дополнительного обследования, необходимые для уточнения диагноза.
4. Определите тактику ведения и лечения.

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра внутренних болезней

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ
к практическому занятию на тему: Миокардиты. Кардиомиопатии.**

Дисциплина – Внутренние болезни
Специальность (код, название) - 31.05.02 Медицинская биофизика
Курс - IV
Семестр - VIII

Уфа – 2023

Рецензенты:

1. Главный врач ГБУЗ Республиканский
кардиологический центр, к.м.н., Николаева И.Е.
2. Зав. кафедрой общей физики
Уфимского университета науки и технологий,
д.ф.-м.н., профессор Балапанов М. Х.

Авторы:

1. Ассистент кафедры внутренних болезней, Валеева Д.И.
2. Доцент кафедры внутренних болезней, к.м.н. Хусаинова Л.Н.
3. Зав. кафедрой внутренних болезней, доцент, к.м.н. Тюрин А.В.

Утверждено на заседании кафедры внутренних болезней № 9 от 05
апреля 2023г.

Занятие N 17

1. Тема и ее актуальность: Миокардиты. Кардиомиопатии.

Болезни сердечно-сосудистой системы занимают лидирующие позиции в структуре инвалидизации и смертности населения.

Миокардит представляет собой воспалительное заболевание миокарда, диагностируется с помощью гистологических и иммуногистохимических критериев, характеризуется широкой вариабельностью клинических проявлений и последующего прогноза.

Медицинское и социальное значение кардиомиопатий (КМП) чрезвычайно высоко в связи с тем, что данная группа заболеваний сердца приводит к развитию прогрессирующей сердечной недостаточности, угрожающих жизни аритмий, внезапной сердечной смерти. Эпидемиологические данные о заболеваемости и смертности не отражают значение и распространенность КМП, так как она не всегда диагностируется до развития клинически выраженных и относительно тяжелых стадий заболевания.

2. Учебные цели:

- овладение практическими умениями и навыками диагностики, лечения и профилактики миокардитов;
- овладение практическими умениями и навыками диагностики, лечения и профилактики кардиомиопатий.

Для формирования профессиональных компетенций обучающийся должен **знать:**

- этиологию и патогенез миокардитов, кардиомиопатий;
- современную классификацию миокардитов и кардиомиопатий;
- клиническую картину различных типов миокардитов и кардиомиопатий;
- показатели дополнительных методов исследований (анализы крови, рентгенография огк, ЭКГ, эхокардиография, доплер-эхокардиография, коронароангиография);
- осложнения миокардитов и кардиомиопатий;
- принципы лечения и профилактики миокардитов и кардиомиопатий;
- критерии временной нетрудоспособности.

В результате освоения темы занятия студент должен **владеть и уметь:**

- собрать анамнез у больного с миокардитом, кардиомиопатией;
- провести физикальное обследование больного с миокардитом, кардиомиопатией (осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию);
- сформулировать правильно диагноз согласно клиническим рекомендациям и МКБ-10 пересмотра;
- назначить целенаправленное, инструментальное и лабораторное исследование, интерпретировать его результаты;
- провести дифференциальный диагноз со сходными заболеваниями;
- назначить адекватное этиотропное, патогенетическое и симптоматическое лечение;
- определить меры первичной и вторичной профилактики;
- оказать неотложную помощь при развитии осложнений миокардитов, кардиомиопатий.
- провести экспертизу трудоспособности больного.

И овладеть следующими компетенциями: ОПК-1, ОПК-3, ПК-3.

3. Материалы для самоподготовки к освоению данной темы:

Вопросы для самоподготовки:

- 1) Анатомия и патофизиология сердечно-сосудистой системы.

- 2) Этиология и патогенез миокардитов.
- 3) Этиология и патогенез кардиомиопатий.
- 4) Классификация миокардитов.
- 5) Классификация кардиомиопатий.
- 6) Клиническая картина миокардита.
- 7) Клиническая картина кардиомиопатий.
- 8) Лабораторные и инструментальные методы диагностики.
- 9) Лечение миокардита.
- 10) Лечение кардиомиопатий.
- 11) Первичная и вторичная профилактика.
- 12) Осложнения миокардитов, кардиомиопатий.

4. Вид занятия: практическое занятие.

5. Продолжительность: 6 академических часа.

6. Оснащение: унифицированная схема истории болезни (для каждого студента); клинические истории болезни (5-6 больных); больные с различными заболеваниями (1 больной на 2-х студентов), мультимедийный проектор, видеоаппаратура, ноутбук, таблицы, схемы, наборы ЭКГ, R-грамм, анализов крови, методические рекомендации для самостоятельной работы студентов по данной теме, наборы контролируемых тестов по теме.

7. Содержание занятия.

7.1. Контроль исходного уровня знаний и умений.

Задания для самоконтроля (см. приложение).

7.2. Разбор с преподавателем узловых вопросов, необходимых для освоения темы занятия и демонстрация преподавателем методики практических приемов по данной теме.

а) Проблемы этиологии, патогенеза, клиники, диагностики и лечения миокардита;

б) Проблемы этиологии, патогенеза, клиники, диагностики и лечения кардиомиопатий.

7.3. Демонстрация преподавателем методики практических приемов по данной теме:

- сбор анамнеза у больного с миокардитом, кардиомиопатией.
- проведение физикального обследования больного (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация);
- назначение дополнительных методов исследования и оценка их результатов;
- техника измерения артериального давления, регистрации ЭКГ, суточного мониторирования АД, холтеровского мониторирования, проведение эхокардиографии.
- назначение лечения (медикаментозное и физиотерапевтическое);

7.4. Самостоятельная работа студентов под руководством преподавателя (курация больных, оформление результатов проведенных исследований – написание фрагмента истории болезни).

Задание №1 – провести расспрос больного по следующей схеме:

- Паспортные данные больного (фамилия, имя, отчество), возраст, место жительства, место работы, профессия.
- Жалобы больного на момент осмотра. Они должны быть детализированы. Под детализацией жалоб понимается уточнение локализации неприятных ощущений (болей), их иррадиация (место отражения), интенсивность, характер (колет, сжимает, давит, жжет), время появления неприятных ощущений (болей), их длительность, причина, вызывающая их появление, от чего проходят. Вначале излагаются основные жалобы, затем дополнительные.

Опрос по системам провести по следующей схеме:

- Сердечно-сосудистая система: одышка (при движении, в покое, приступообразная), сердцебиение, отеки, боли в левой половине грудной клетки.
- Дыхательная система: одышка, кашель (сухой, с мокротой, постоянный, приступообразный), боли в грудной клетке при дыхании и кашле, характер мокроты (количество за сутки, цвет, запах, примесь крови).
- Система пищеварения: нарушение аппетита (снижение, повышение), диспепсические явления (тошнота, рвота, отрыжка, изжога), характер стула, боли в животе (их локализация, иррадиация, длительность, связь с приемом пищи).
- Мочевыделительная система: учащенное, болезненное мочеиспускание, боли в поясничной области, изменение характера мочи.
- Нервная система: работоспособность, уравновешенность нервных процессов, раздражительность, характер сна (легко засыпает, сколько часов спит подряд, легко ли просыпается, прибегает ли к снотворным).
- История данного заболевания (воспоминание о болезни). Для этого необходимо выяснить особенности начала (когда, внезапно или постепенно развились признаки заболевания и какие) и течение острого заболевания. К последним относится время появления, динамика симптомов, как установленных при опросе о жалобах, так и уже исчезнувших к моменту обращения к врачу, применявшееся лечение и его эффективность. Если повышалась температура, уточнить ее уровень и продолжительность.
- Анамнез жизни. Для этого необходимо получить сведения о разнообразных факторах, воздействие которых могло обусловить те или иные особенности организма больного и его реакцию на различные раздражители, способствовать развитию определенного заболевания.

Задание №2 – записать данные, полученные при расспросе больного.

В присутствии группы доложить преподавателю полученные результаты самостоятельной работы с больными.

7.5. Контроль конечного уровня освоения темы занятия:
Ситуационные задачи (см. приложение).

Место проведения самоподготовки:

читальный зал, учебная комната для самостоятельной работы студентов.

Учебно-исследовательская работа студентов по данной теме:

Работа с основной и дополнительной литературой, самостоятельный разбор студентами текущих и архивных историй болезни стационара для анализа пропедевтических ошибок.

Литература.

Основная литература

1.	Внутренние болезни [Электронный ресурс]: в 2-х т. Электрон. текстовые дан. Т.1. -online. - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970425794.html	В. С. Моисеев, А. И. Мартынов, Н. А. Мухин. -	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013.	100 неограниченный доступ	1
----	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------	--------------------------	---------------------------	---

Дополнительная литература

1.	Внутренние болезни. Тесты и ситуационные задачи	В. И. Маколкин [и др.].	М: ГэотарМед	100 неограничен	1
----	-------------------------------------------------	-------------------------	--------------	-----------------	---

	[Электронный ресурс]: учеб. пособие- Электрон. текстовые дан. - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970423912.html		иа, 2012. - on-line.	ный доступ	
2.	Междисциплинарные клинические задачи [Электронный ресурс]: сборник. Электрон. текстовые дан. -on-line. - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/06-COS-2330.html	Л. И. Дворецкий.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2012	100 неограниченный доступ	1
3.	Внутренние болезни: руководство к практическим занятиям по факультетской терапии [Электронный ресурс] : учеб. Пособие. - Электрон. текстовые дан. - on-line. - Режим доступа: ЭБС «Консультант студента» http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970411544.html	В. И. Подзолков, А. А. Абрамова, О. Л. Белая [и др.] /под ред. В. И. Подзолкова	М. :Гэотар Медиа, 2010	неограниченный доступ	

Приложение

7.1. Задания для контроля исходного уровня знаний и умений:

- 1) Для миокардита не характерна жалоба пациента:
 - а) на боль в груди;
 - б) сердцебиение;
 - в) отеки лодыжек;
 - г) одышку;
 - д) кашель с гнойной мокротой.

- 2). Показание для проведения эндомикардиальной биопсии при миокардите:
 - а) желудочковые нарушения ритма и прогрессирование сердечной недостаточности;
 - б) при легком течении заболевания;
 - в) повышение температуры тела, слабость, сердцебиение;
 - г) гипертрофия левого желудочка по ЭХОКГ;
 - д) недавно перенесенная вирусная инфекция.

- 3) Миокардиту наиболее часто предшествует:
 - а) ангина;
 - б) пневмония;
 - в) хронический тонзиллит;
 - г) гастроэнтерит;
 - д) острое респираторное заболевание.

- 4) Какой из инструментальных методов исследования в диагностике миокардита наиболее информативен:
 - а) ЭХОКГ;
 - б) МРТ;
 - в) ЭКГ;
 - г) сцинтиграфия миокарда;
 - д) компьютерная томография.

- 5) Специфическими для миокардита являются следующие изменения ЭКГ:
 - а) синусовая тахикардия;
 - б) депрессия сегмента ST;
 - в) специфические изменения при миокардите отсутствуют;
 - г) инверсия зубца Т;
 - д) синусовая брадикардия

- б) При миокардите назначение антибиотиков:
 - а) показано при наличии очагов инфекции;
 - б) противопоказано в остром периоде;
 - в) противопоказано вообще;
 - г) правильного ответа нет;
 - д) показано при вирусной инфекции.

- 7) Лечение сердечной недостаточности при миокардите проводят:
 - а) ингибиторами АПФ и антибиотиками;
 - б) ингибиторами АПФ, бета-блокаторами и антагонистами альдостерона;

- в) антагонистами кальция и диуретиками;
- г) атиагрегантами и антикоагулянтами;
- д) НПВП и глюкокортикостероидами.

8) Морфологические изменения, характерные для ГКМП:

- а. дезориентированное хаотичное расположение кардиомиоцитов.
- б. обильная очаговая инфильтрация некротизированного участка моноцитами и лимфоцитами.
- в. фиброз миокарда в виде диффузного или очагового развития соединительной ткани.
- г. утолщение стенок мелких коронарных артерий.
- д. Обильная очаговая инфильтрация миокарда эозинофилами.

9) Наиболее опасной в прогностическом плане является следующая форма ГКМП:

- а. апикальная форма гкмп.
- б. гипертрофия верхней трети межжелудочковой перегородки с обструкцией выносящего тракта.
- в. гипертрофия верхушки с переходом на межжелудочковую перегородку.
- г. гипертрофия межжелудочковой перегородки без обструкции выносящего тракта.
- д. Субаортальный мышечный стеноз с обструктивной формой ГКМП.

10) Степень обструкции при ГКМП (обструктивная форма) увеличивает:

- а. нахождение больного в горизонтальном положении.
- б. оцк.
- в. гиповолемию.
- г. прием нитратов.
- д. физическую нагрузку.

7.5. Задания для контроля конечного уровня освоения темы занятия:

Задание 1

В кардиологическое отделение госпитализирован больной К. 24 лет, студент. Жалобы на одышку при ходьбе до 100 м, усиление одышки в горизонтальном положении, сердцебиение, общую слабость, отёки на ногах. В течение 2 месяцев отмечает появление одышки, слабости. Неделю назад появились перебои в работе сердца и сердцебиение, с этого же времени появились отёки на ногах.

Из перенесённых заболеваний отмечает ОРЗ, аппендэктомия в детском возрасте, грипп около 4 лет назад.

Объективно: общее состояние тяжёлое. Кожа бледная. Отёки голеней, стоп.

Периферические лимфатические узлы не увеличены. Притупление перкуторного звука в нижних отделах лёгких. Дыхание везикулярное, в нижних отделах крепитирующие хрипы, ЧДД - 26 в минуту. Верхушечный толчок в VI межреберье на 3 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Границы относительной тупости сердца: правая - на 2 см кнаружи от правого края грудины, верхняя - II межреберье по левой среднеключичной линии, левая - по передней подмышечной линии. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке и в V точке аускультации. Ритм сердца неправильный, ЧСС – 122 удара в 1 минуту, АД - 100/80 мм рт. ст., средний пульс - 105 в минуту, неритмичный. Размеры печени по Курлову - 14×11×10 см.

Общий анализ крови: гемоглобин - 125 г/л, лейкоциты - $4,0 \times 10^9$ /л, СОЭ - 10 мм/ч.

При рентгенографии органов грудной клетки выявлен синдром кардиомегалии.

Эхо-КС: дилатация левого и правого желудочков, диффузный гипокинез, фракция выброса - 28%.

ЭКГ: фибрилляция предсердий, ЧЖС - 132 в 1 минуту.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Какие изменения миокарда выявляются при гистологическом исследовании при данном заболевании?
3. Перечислите ЭКГ признаки фибрилляции предсердий.
4. Назначьте лечение данному пациенту.
5. Нуждается ли пациент в восстановлении синусового ритма?

Задание 2

Больная Т., 38 лет, переведена в кардиологическое отделение из инфекционной больницы, где находилась в течение 12 дней по поводу энтеровирусной инфекции, протекавшей с явлениями фарингита, гастроэнтероколита и лихорадкой до 38,5 °С.

В связи с появлением изменений на ЭКГ переведена в кардиологическое отделение. В детском возрасте перенесла корь, неоднократно ангину. Наследственность неотягощена.

При поступлении жаловалась на быструю утомляемость и общую слабость. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы и слизистые бледно-розовые. Отеков нет.

Лимфоузлы не увеличены. Температура тела 36,7 °С. Число дыхательных движений - 16 в минуту. В легких везикулярное дыхание. Границы относительной сердечной тупости без изменений. Тоны сердца ритмичные, приглушены, мягкий, дующий систолический шум над верхушкой сердца. Частота сердечных сокращений - 100 в минуту. Пульс не напряжен, ритмичен. АД - 110/70 мм рт.ст. Язык обложен белым налетом, влажный.

Живот мягкий, болезненный при пальпации, особенно по ходу толстой кишки. Печень и селезенка не увеличены. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Дизурии нет. Щитовидная железа не увеличена. В неврологическом статусе без особенностей.

Общий анализ крови: Hb - 130 г/л, эритроциты - $4,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $10,4 \times 10^9$ /л, лейкоцитарная формула без особенностей, СОЭ - 22 мм/ч. Биохимический анализ крови: общий белок - 70 г/л, альбумины - 59 %, глобулины: α_1 - 3,9 %, α_2 - 10,3 %, β - 10,5 %, γ - 16,3 %, креатин - 88 мкмоль/л, билирубин общий - 14,3 мкмоль/л, фибриноген - 4 г/л; СРБ - «+». Активность, АЛТ и кардиоспецифических ферментов не повышена. Общий анализ мочи без патологии. Рентгенография органов грудной клетки: легочные поля прозрачны, корни структурны, синусы свободны, диафрагма подвижна, сердце и аорта без особенностей.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз, обоснуйте его.
2. Составьте и обоснуйте план обследования больной.
3. Приведите дифференциальный диагноз миокардита с первичным кардитом при ревматической лихорадке.
4. Назначьте лечение больной.
5. Каков прогноз заболевания?

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра внутренних болезней

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ
к практическому занятию на тему: Хроническая сердечная
недостаточность.**

Дисциплина – Внутренние болезни

Специальность (код, название) - 31.05.02 Медицинская биофизика

Курс - IV

Семестр - VIII

Уфа – 2023

Рецензенты:

1. Главный врач ГБУЗ Республиканский
кардиологический центр, к.м.н., Николаева И.Е.
2. Зав. кафедрой общей физики
Уфимского университета науки и технологий,
д.ф.-м.н., профессор Балапанов М. Х.

Авторы:

1. Ассистент кафедры внутренних болезней, Валеева Д.И.
2. Доцент кафедры внутренних болезней, к.м.н. Хусаинова Л.Н.
3. Зав. кафедрой внутренних болезней, доцент, к.м.н. Тюрин А.В.

Утверждено на заседании кафедры внутренних болезней № 9 от 05
апреля 2023г.

Занятие N 18

1. Тема и ее актуальность: Хроническая сердечная недостаточность.

Болезни сердечно-сосудистой системы занимают лидирующие позиции в структуре инвалидизации и смертности населения.

Сердечная недостаточность (СН) — патофизиологический синдром, при котором в результате того или иного заболевания кровеносной системы происходит снижение насосной функции, что приводит к дисбалансу между гемодинамической потребностью организма и возможностями сердца.

СН развивается, как правило, вследствие существенного нарушения сократительной функции миокарда, сердце не может выполнять свою главную функцию — нагнетательную. Этот синдром встречается при многих заболеваниях, прямо или опосредованно поражающих сердце.

2. Учебные цели:

- овладение практическими умениями и навыками диагностики, лечения и профилактики хронической сердечной недостаточности;

Для формирования профессиональных компетенций обучающийся должен **знать**:

- этиологию и патогенез хронической сердечной недостаточности;
- современную классификацию хронической сердечной недостаточности;
- клиническую картину хронической сердечной недостаточности;
- показатели дополнительных методов исследований (анализы крови, рентгенография ОГК, ЭКГ, эхокардиография, доплер-эхокардиография, коронароангиография);
- принципы лечения и профилактики хронической сердечной недостаточности;
- критерии временной нетрудоспособности.

В результате освоения темы занятия студент должен **владеть и уметь**:

- собрать анамнез у больного с хронической сердечной недостаточностью;
- провести физикальное обследование больного с хронической сердечной недостаточностью (осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию);
- сформулировать правильно диагноз согласно клиническим рекомендациям и МКБ-10 пересмотра;
- назначить целенаправленное, инструментальное и лабораторное исследование, интерпретировать его результаты;
- провести дифференциальный диагноз со сходными заболеваниями;
- назначить адекватное этиотропное, патогенетическое и симптоматическое лечение;
- определить меры первичной и вторичной профилактики;
- провести экспертизу трудоспособности больного.

И овладеть следующими компетенциями: ОПК-1, ОПК-3, ПК-3.

3. Материалы для самоподготовки к освоению данной темы:

Вопросы для самоподготовки:

- 1) Анатомия и патофизиология сердечно-сосудистой системы.
- 2) Этиология и современные представления о патогенезе хронической сердечной недостаточности (ремоделирование миокарда левого желудочка, роль ренин-ангиотензин-альдостероновых систем (РААС), эндотелиальной дисфункции, симпатоадреналовой системы (САС) и натрийуретического пептида, изменения гемодинамики при ХСН).
- 3) Классификация хронической сердечной недостаточности.
- 4) Клиническая картина хронической сердечной недостаточности.
- 5) Лабораторные и инструментальные методы диагностики хронической сердечной недостаточности.

- 6) Лечение гипертонической болезни.
- 7) Фармакодинамика и фармакокинетика основных применяемых групп препаратов (ингибиторы АПФ (ИАПФ) , антагонисты рецепторов ангиотензина II (АРА), Антагонисты рецепторов неприлизина ингибиторов (АРНИ), бета-адреноблокаторы (β -АБ), антагонисты минералокортикоидных рецепторов, диуретики и др.).
- 8) Первичная и вторичная профилактика.
- 9) Ведение пациентов с ХСН в амбулаторных условиях, экспертиза временной и стойкой утраты трудоспособности, прогноз.

4. Вид занятия: практическое занятие.

5. Продолжительность: 6 академических часа.

6. Оснащение: унифицированная схема истории болезни (для каждого студента); клинические истории болезни (5-6 больных); больные с различными заболеваниями (1 больной на 2-х студентов), мультимедийный проектор, видеоаппаратура, ноутбук, таблицы, схемы, наборы ЭКГ, R-грамм, анализов крови, методические рекомендации для самостоятельной работы студентов по данной теме, наборы контролирующих тестов по теме.

7. Содержание занятия.

7.1. Контроль исходного уровня знаний и умений.

Задания для самоконтроля (см. приложение).

7.2. Разбор с преподавателем узловых вопросов, необходимых для освоения темы занятия и демонстрация преподавателем методики практических приемов по данной теме.

а) Проблемы этиологии, патогенеза, клиники, диагностики и лечения хронической сердечной недостаточности;

7.3. Демонстрация преподавателем методики практических приемов по данной теме:

- сбор анамнеза у больного с гипертонической болезнью.
- проведение физикального обследования больного с хронической сердечной недостаточностью (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация);
- назначение дополнительных методов исследования и оценка их результатов;
- техника измерения артериального давления, регистрации ЭКГ, суточного мониторирования АД, холтеровского мониторирования, эхокардиографии.
- назначение лечения (медикаментозное и физиотерапевтическое);

7.4. Самостоятельная работа студентов под руководством преподавателя (курация больных, оформление результатов проведенных исследований – написание фрагмента истории болезни).

Задание №1 – провести расспрос больного по следующей схеме:

- Паспортные данные больного (фамилия, имя, отчество), возраст, место жительства, место работы, профессия.
- Жалобы больного на момент осмотра. Они должны быть детализированы. Под детализацией жалоб понимается уточнение локализации неприятных ощущений (болей), их иррадиация (место отражения), интенсивность, характер (колет, сжимает, давит, жжет), время появления неприятных ощущений (болей), их длительность, причина, вызывающая их появление, от чего проходят. Вначале излагаются основные жалобы, затем дополнительные.

Опрос по системам провести по следующей схеме:

- Сердечно-сосудистая система: одышка (при движении, в покое, приступообразная), сердцебиение, отеки, боли в левой половине грудной клетки.

- Дыхательная система: одышка, кашель (сухой, с мокротой, постоянный, приступообразный), боли в грудной клетке при дыхании и кашле, характер мокроты (количество за сутки, цвет, запах, примесь крови).
- Система пищеварения: нарушение аппетита (снижение, повышение), диспепсические явления (тошнота, рвота, отрыжка, изжога), характер стула, боли в животе (их локализация, иррадиация, длительность, связь с приемом пищи).
- Мочевыделительная система: учащенное, болезненное мочеиспускание, боли в поясничной области, изменение характера мочи.
- Нервная система: работоспособность, уравновешенность нервных процессов, раздражительность, характер сна (легко засыпает, сколько часов спит подряд, легко ли просыпается, прибегает ли к снотворным).
- История данного заболевания (воспоминание о болезни). Для этого необходимо выяснить особенности начала (когда, внезапно или постепенно развились признаки заболевания и какие) и течение острого заболевания. К последним относится время появления, динамика симптомов, как установленных при опросе о жалобах, так и уже исчезнувших к моменту обращения к врачу, применявшееся лечение и его эффективность. Если повышалась температура, уточнить ее уровень и продолжительность.
- Анамнез жизни. Для этого необходимо получить сведения о разнообразных факторах, воздействие которых могло обусловить те или иные особенности организма больного и его реакцию на различные раздражители, способствовать развитию определенного заболевания.

Задание №2 – записать данные, полученные при расспросе больного.

В присутствии группы доложить преподавателю полученные результаты самостоятельной работы с больными.

7.5. Контроль конечного уровня освоения темы занятия:

Ситуационные задачи (см. приложение).

Место проведения самоподготовки:

читальный зал, учебная комната для самостоятельной работы студентов.

Учебно-исследовательская работа студентов по данной теме:

Работа с основной и дополнительной литературой, самостоятельный разбор студентами текущих и архивных историй болезни стационара для анализа пропедевтических ошибок.

Литература.

Основная литература

1.	Внутренние болезни [Электронный ресурс]: в 2-х т. Электрон. текстовые дан. Т.1. -on-line. - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970425794.html	В. С. Моисеев, А. И. Мартынов, Н. А. Мухин. -	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013.	100 неограниченный доступ	1
----	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------	--------------------------	---------------------------	---

Дополнительная литература

1.	Внутренние болезни. Тесты и ситуационные задачи [Электронный ресурс]: учеб. пособие- Электрон. текстовые дан.	В. И. Маколкин [и др.].	М: ГэотарМедиа, 2012. - on-line.	100 неограниченный доступ	1
----	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------	----------------------------------	---------------------------	---

	- Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970423912.html				
2.	Междисциплинарные клинические задачи [Электронный ресурс]: сборник. Электрон. текстовые дан. -on-line. - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/06-COS-2330.html	Л. И. Дворецкий.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2012	100 неограниченный доступ	1
3.	Внутренние болезни: руководство к практическим занятиям по факультетской терапии [Электронный ресурс] : учеб. Пособие. - Электрон. текстовые дан. - on-line. - Режим доступа: ЭБС «Консультант студента» http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970411544.html	В. И. Подзолков, А. А. Абрамова, О. Л. Белая [и др.] /под ред. В. И. Подзолкова	М. :Гэотар Медиа, 2010	неограниченный доступ	

Приложение

7.1. Задания для контроля исходного уровня знаний и умений:

- 1) К заболеваниям, первично поражающим миокард и приводящим к развитию преимущественно систолической дисфункции левого желудочка, относятся:
 - а) миокардит;
 - б) ишемическая болезнь сердца;
 - в) артериальная гипертензия;
 - г) дилатационная кардиомиопатия;
 - д) рестриктивная кардиомиопатия.

- 2) К перегрузке миокарда давлением приводят:
 - а) артериальная гипертензия;
 - б) анемия;
 - в) стеноз аортального клапана;
 - г) легочная гипертензия;
 - д) констриктивный перикардит.

- 3) К перегрузке миокарда объемом приводят:
 - а) дефект межжелудочковой перегородки;
 - б) артериальная гипертензия;
 - в) недостаточность аортального клапана;
 - г) экссудативный перикардит;
 - д) недостаточность митрального клапана.

- 4) Симптомы ХСН на фоне высокого сердечного выброса развиваются при:
 - а) тиреотоксикозе;
 - б) недостаточности аортального клапана;
 - в) анемии;
 - г) ишемической болезни сердца;
 - д) артериальной гипертензии.

- 5) «Классическую триаду» признаков ХСН составляют:
 - а) отеки;
 - б) акроцианоз;
 - в) одышка;
 - г) увеличение размеров печени;
 - д) влажные хрипы в легких.

- 6) Наиболее характерными симптомами правожелудочковой СН являются:
 - а) набухание шейных вен;
 - б) приступы сердечной астмы;
 - в) кашель;
 - г) асцит;
 - д) отеки.

- 7) Одышку при ХСН характеризуют следующие признаки:
 - а) инспираторный или смешанный характер;
 - б) экспираторный или смешанный характер;
 - в) усиливается в положении лежа;

- г) уменьшается в положении лежа;
- д) является наиболее частым симптомом ХСН;
- е) наблюдается только при тяжелой ХСН.

8) Для болевого синдрома при «застойной печени» характерно:

- а) продолжительные боли;
- б) кратковременный преходящий характер болей;
- в) ноющий, распирающий характер боли;
- г) колющие, схваткообразные боли;
- д) чувство тяжести в правом подреберье.

9) Укажите признаки, характерные для «сердечных» отеков:

- а) плотные;
- б) водянистые;
- в) вначале появляются на нижних конечностях;
- г) вначале появляются на лице и верхних конечностях;
- д) увеличиваются к вечеру;
- е) наиболее заметны утром.

10) Возникновение акроцианоза при ХСН связано с:

- а) нарушением оксигенации крови;
- б) замедлением кровотока;
- в) повышением утилизации кислорода тканями;
- г) повышением в капиллярах концентрации восстановленного гемоглобина;
- д) наличием дыхательной недостаточности.

7.5. Задания для контроля конечного уровня освоения темы занятия:

Задание 1

Больной 47 лет, слесарь, поступил в клинику в связи с выраженной одышкой, отеками. Из анамнеза: в прошлом болел редко ОРВИ, курит с 20 лет, злоупотребляет алкоголем. Ухудшение состояния в течение последних 2 месяцев на фоне простудного заболевания. Появилась и стала нарастать одышка, отеки на ногах.

Объективно: состояние тяжелое, лежит с возвышенным изголовьем. Цианоз губ.

Массивные отеки нижних конечностей. Пульс 120/85 в 1 минуту, мерцательная аритмия.

АД 125/70 мм рт. ст. Границы сердца расширены влево на 1,5 см кнаружи от l.

medioclavicularis. Тоны сердца глухи, аритмичны, систолический шум на верхушке и в точке Боткина. ЧДД 30. Перкуторно над легкими коробочный тон, притупление тона в нижних отделах справа. Дыхание жесткое, в нижних отделах с обеих сторон выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы. Живот увеличен за счет асцита.

Печень на 7 см выступает из-под реберной дуги, край ровный, плотный, чувствительный при пальпации.

Результаты исследования: ЭКГ: фибрилляция предсердий тахисистолия. Неполная блокада правой ножки пучка Гиса. ЭХО-КГ: дилатация всех полостей сердца, снижение общей сократительной способности миокарда (ФВлж 35%), зон нарушения локальной сократимости не выявлено, признаки легочной гипертензии, относительная недостаточность митрального клапана. Рентгенограмма органов грудной клетки: увеличена тень сердца за счет левых и правых отделов, признаки венозного застоя в легких, небольшое количество жидкости в правой плевральной полости.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз,

2. выберите тактику ведения больного (немедикаментозные и лекарственные методы терапии)

Задание 2

Больная 67 лет страдает гипертонической болезнью в течение 20 лет, 5 лет назад перенесла инфаркт миокарда, отмечает приступы стенокардии при небольшой нагрузке. АД лабильно в пределах 150-230/90-120 мм рт. ст. В течение года появилась и стала нарастать одышка, отеки на ногах, в течение последней недели - приступы удушья в ночное время.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Акроцианоз. Отеки голеней, стоп. Пульс 104 в 1 минуту, ритмичный. АД 180/90 мм рт. ст. Границы сердца расширены влево до l. medioclavicularis. I тон ослаблен, акцент II тона на аорте, систолический шум на аорте. ЧДД 22. Перкуторно над легкими легочный тон. Дыхание жесткое, в нижних отделах с обеих сторон выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 3 см выступает из-под реберной дуги, край ровный, мягкий, чувствительный при пальпации.

Результаты исследований: ЭКГ: синусовая тахикардия. Увеличение левого предсердия. Гипертрофия левого желудочка. Рубцовые изменения в области нижней стенки левого желудочка. Рентгенограмма органов грудной клетки: увеличена тень сердца за счет левых отделов, аорта удлинена, развернута, кальциноз стенок, признаки венозного застоя в легких.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз,
2. выберите тактику ведения больного (немедикаментозные и лекарственные методы терапии).

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра внутренних болезней

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ
к практическому занятию на тему: Сахарный диабет.**

Дисциплина – Внутренние болезни
Специальность (код, название) - 31.05.02 Медицинская биофизика
Курс - V
Семестр - IX

Уфа – 2023

Рецензенты:

1. Главный врач ГБУЗ Республиканский
кардиологический центр, к.м.н., Николаева И.Е.
2. Зав. кафедрой общей физики
Уфимского университета науки и технологий,
д.ф.-м.н., профессор Балапанов М. Х.

Авторы:

1. Ассистент кафедры внутренних болезней, Валеева Д.И.
2. Доцент кафедры внутренних болезней, к.м.н. Хусаинова Л.Н.
3. Зав. кафедрой внутренних болезней, доцент, к.м.н. Тюрин А.В.

Утверждено на заседании кафедры внутренних болезней № 9 от 05
апреля 2023г.

Занятие N 19

1. Тема и ее актуальность: Сахарный диабет.

Сахарный диабет (С5. – это группа метаболических (обменных) заболеваний, характеризующихся хронической гипергликемией, которая является результатом нарушения секреции инсулина, действия инсулина или обоих этих факторов. Хроническая гипергликемия при СД сопровождается повреждением, дисфункцией и недостаточностью различных органов, особенно глаз, почек, нервов, сердца и кровеносных сосудов.

Сахарный диабет является одним из распространенных заболеваний в мире и количество лиц с данной патологией неуклонно растет. СД часто осложняет течение других заболеваний, увеличивает риск развития кардиомиопатии, нефропатии, ретинопатии, ангиопатии периферических сосудов, атеросклероза и атеротромбоза, артериальной гипертензии и искажает их клиническую картину. Осложнения диабета представляют значительную угрозу здоровью, а нередко и жизни пациента. Несмотря на то, что сахарный диабет является эндокринным заболеванием, знание основ диагностики и лечения данной патологии является необходимым для врачей большинства специальностей, прежде всего, терапевта и кардиолога.

2. Учебные цели:

- овладение практическими умениями и навыками диагностики, лечения и профилактики сахарного диабета 1 типа;
- овладение практическими умениями и навыками диагностики, лечения и профилактики сахарного диабета 2 типа.

Для формирования профессиональных компетенций обучающийся должен **знать**:

- этиологию и патогенез сахарного диабета 1 и 2 типа;
- современную классификацию сахарного диабета;
- клиническую картину сахарного диабета 1 и 2 типа;
- показатели дополнительных методов исследований (анализы крови и мочи, рентгенография, ЭКГ, эхокардиография, доплер-эхокардиография, УЗИ);
- принципы лечения и профилактики сахарного диабета 1 и 2 типа;
- ранние и поздние осложнения сахарного диабета;
- критерии временной нетрудоспособности, сроки временной нетрудоспособности при декомпенсации и возникновении осложнений СД, показания к определению стойкой нетрудоспособности (инвалидности);
- концепцию “Школы сахарного диабета”;

В результате освоения темы занятия студент должен **владеть и уметь**:

- собрать анамнез у больного с сахарным диабетом 1 и 2 типа;
- провести физикальное обследование больного с сахарным диабетом 1 и 2 типа (осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию);
- сформулировать правильно диагноз согласно клиническим рекомендациям и МКБ-10 пересмотра;
- назначить целенаправленное, инструментальное и лабораторное исследование, интерпретировать его результаты;
- провести дифференциальный диагноз со сходными заболеваниями;
- назначить адекватное этиотропное, патогенетическое и симптоматическое лечение;
- оказать неотложную помощь при развитии ранних осложнений сахарного диабета (диабетический кетоацидоз, гипогликемическая кома);
- определить меры первичной и вторичной профилактики;
- провести экспертизу трудоспособности больного.

И овладеть следующими компетенциями: ОПК-1, ОПК-3, ПК-3.

3. Материалы для самоподготовки к освоению данной темы:

Вопросы для самоподготовки:

- 1) Анатомия и патофизиология органов эндокринной системы.
- 2) Классификация сахарного диабета.
- 3) Этиология и современные представления о патогенезе сахарного диабета 1 типа.
- 4) Этиология и современные представления о патогенезе сахарного диабета 2 типа.
- 5) Особые формы сахарного диабета.
- 6) Клиническая картина сахарного диабета 1 типа.
- 7) Клиническая картина сахарного диабета 2 типа.
- 8) Лабораторные и инструментальные методы диагностики сахарного диабета.
- 9) Лабораторные критерии установки диагноза сахарный диабет.
- 10) Лечение сахарного диабета.
- 11) Фармакодинамика и фармакокинетика основных применяемых групп препаратов.
- 12) Первичная и вторичная профилактика.
- 13) Ранние и поздние осложнения сахарного диабета.
- 14) Виды диабетических ком, особенности клинических проявлений.
- 15) Неотложная помощь при развитии ранних диабетических осложнений (диабетический кетоацидоз, гипогликемическая кома).
- 16) Ведение пациентов с сахарным диабетом в амбулаторных условиях, экспертиза временной и стойкой утраты трудоспособности, прогноз.

4. Вид занятия: практическое занятие.

5. Продолжительность: 6 академических часа.

6. Оснащение: унифицированная схема истории болезни (для каждого студента); клинические истории болезни (5-6 больных); больные с различными заболеваниями (1 больной на 2-х студентов), мультимедийный проектор, видеоаппаратура, ноутбук, таблицы, схемы, наборы ЭКГ, R-грамм, анализов крови, методические рекомендации для самостоятельной работы студентов по данной теме, наборы контролирующих тестов по теме.

7. Содержание занятия.

7.1. Контроль исходного уровня знаний и умений.

Задания для самоконтроля (см. приложение).

7.2. Разбор с преподавателем узловых вопросов, необходимых для освоения темы занятия и демонстрация преподавателем методики практических приемов по данной теме.

а) Проблемы этиологии, патогенеза, клиники, диагностики и лечения сахарного диабета 1 типа;

б) Проблемы этиологии, патогенеза, клиники, диагностики и лечения сахарного диабета 2 типа;

7.3. Демонстрация преподавателем методики практических приемов по данной теме:

- сбор анамнеза у больного с сахарным диабетом.
- проведение физикального обследования больного с сахарным диабетом (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация);
- назначение дополнительных методов исследования и оценка их результатов;
- техника измерения уровня глюкозы крови, гликированного гемоглобина.
- назначение лечения (медикаментозное и физиотерапевтическое);

7.4. Самостоятельная работа студентов под руководством преподавателя (курация больных, оформление результатов проведенных исследований – написание фрагмента истории болезни).

Задание №1 – провести расспрос больного по следующей схеме:

- Паспортные данные больного (фамилия, имя, отчество), возраст, место жительства, место работы, профессия.
- Жалобы больного на момент осмотра. Они должны быть детализированы. Под детализацией жалоб понимается уточнение локализации неприятных ощущений (болей), их иррадиация (место отражения), интенсивность, характер (колет, сжимает, давит, жжет), время появления неприятных ощущений (болей), их длительность, причина, вызывающая их появление, от чего проходят. Вначале излагаются основные жалобы, затем дополнительные.

Опрос по системам провести по следующей схеме:

- Сердечно-сосудистая система: одышка (при движении, в покое, приступообразная), сердцебиение, отеки, боли в левой половине грудной клетки.
- Дыхательная система: одышка, кашель (сухой, с мокротой, постоянный, приступообразный), боли в грудной клетке при дыхании и кашле, характер мокроты (количество за сутки, цвет, запах, примесь крови).
- Система пищеварения: нарушение аппетита (снижение, повышение), диспепсические явления (тошнота, рвота, отрыжка, изжога), характер стула, боли в животе (их локализация, иррадиация, длительность, связь с приемом пищи).
- Мочевыделительная система: учащенное, болезненное мочеиспускание, боли в поясничной области, изменение характера мочи.
- Нервная система: работоспособность, уравновешенность нервных процессов, раздражительность, характер сна (легко засыпает, сколько часов спит подряд, легко ли просыпается, прибегает ли к снотворным).
- История данного заболевания (воспоминание о болезни). Для этого необходимо выяснить особенности начала (когда, внезапно или постепенно развились признаки заболевания и какие) и течение острого заболевания. К последним относится время появления, динамика симптомов, как установленных при опросе о жалобах, так и уже исчезнувших к моменту обращения к врачу, применявшееся лечение и его эффективность. Если повышалась температура, уточнить ее уровень и продолжительность.
- Анамнез жизни. Для этого необходимо получить сведения о разнообразных факторах, воздействие которых могло обусловить те или иные особенности организма больного и его реакцию на различные раздражители, способствовать развитию определенного заболевания.

Задание №2 – записать данные, полученные при расспросе больного.

В присутствии группы доложить преподавателю полученные результаты самостоятельной работы с больными.

7.5. Контроль конечного уровня освоения темы занятия:

Ситуационные задачи (см. приложение).

Место проведения самоподготовки:

читальный зал, учебная комната для самостоятельной работы студентов.

Учебно-исследовательская работа студентов по данной теме:

Работа с основной и дополнительной литературой, самостоятельный разбор студентами текущих и архивных историй болезни стационара для анализа пропедевтических ошибок.

Литература.

Основная литература

1.	Внутренние болезни [Электронный ресурс]: в 2-х т. Электрон. текстовые дан. Т.1. -on-line. - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970425794.html	В. С. Моисеев, А. И. Мартынов, Н. А. Мухин. -	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013.	100 неограниченный доступ	1
----	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------	--------------------------	---------------------------	---

Дополнительная литература

1.	Внутренние болезни. Тесты и ситуационные задачи [Электронный ресурс]: учеб. пособие- Электрон. текстовые дан. - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970423912.html	В. И. Маколкин [и др.].	М: ГэотарМедиа, 2012. - on-line.	100 неограниченный доступ	1
2.	Междисциплинарные клинические задачи [Электронный ресурс]: сборник. Электрон. текстовые дан. -on-line. - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/06-COS-2330.html	Л. И. Дворецкий.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2012	100 неограниченный доступ	1
3.	Внутренние болезни: руководство к практическим занятиям по факультетской терапии [Электронный ресурс] : учеб. Пособие. - Электрон. текстовые дан. - on-line. - Режим доступа: ЭБС «Консультант студента» http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970411544.html	В. И. Подзолков, А. А. Абрамова, О. Л. Белая [и др.] /под ред. В. И. Подзолкова	М. :Гэотар Медиа, 2010	неограниченный доступ	

Приложение

7.1. Задания для контроля исходного уровня знаний и умений:

1. Критерием постановки диагноза СД является:

- 1) уровень глюкозы $>5,5$ ммоль/л
- 2) уровень глюкозы $>6,1$ ммоль/л
- 3) уровень глюкозы $>7,0$ ммоль/л

2. Как определяется гликированный гемоглобин и от чего зависит его уровень:

- 1) средний уровень глюкозы за последние 4-6 недель, от уровня гликемии
- 2) средний уровень глюкозы за последние 4-6 недель, от уровня инсулина
- 3) максимальный уровень глюкозы за 4-6 недель, от степени инсулинорезистентности
- 4) среднее содержание гемоглобина в эритроцитах, от уровня гемоглобина

3. К факторам риска развития диабетической стопы относятся:

- 1) артериальная гипертензия, употребление алкоголя
- 2) курение, плохое зрение
- 3) ожирение, инсулинорезистентность
- 4) ожирение, курение

4. Гликемический индекс это:

- 1) степень повышения уровня глюкозы в крови после еды
- 2) процентное содержание глюкозы в продукте
- 3) соотношение углеводов и жиров в продукте

5. Противопоказаниями к назначению метформина являются:

- 1) гипоксия, алкоголизм
- 2) прогрессирующее похудание, гипогликемия
- 3) курение, гипотония
- 4) язвенный колит, гастрит
- 5) мочекаменная болезнь, гипоксия

6. Показания к назначению инсулинотерапии:

- 1) ожирение, сердечная недостаточность
- 2) беременность, хирургическое вмешательство
- 3) анемия, беременность
- 4) сердечная недостаточность, анемия

7. Гестационный СД возникает:

- 1) до беременности
- 2) после беременности
- 3) во время беременности
- 4) не связан с беременностью

8. К генетическим дефектам в действии инсулина относят:

- 1) MODY- диабет
- 2) синдром Рабсона - Менденхолла
- 3) панкреатит
- 4) кистозный фиброз
- 5) гемохроматоз

9. Абсолютная недостаточность инсулина может быть обусловлена всем перечисленным, кроме:

- 1) опухолей поджелудочной железы
- 2) острого панкреатита
- 3) гемохроматоза
- 4) аутоиммунного поражения поджелудочной железы
- 5) внепанкреатических факторов

10. Патогенез инсулиннезависимого сахарного диабета обусловлен всем перечисленным, кроме:

- 1) деструкции β -клеток
- 2) нарушения рецепторного аппарата β -клеток
- 3) гормональных антагонистов инсулина
- 4) негормональных антагонистов инсулина
- 5) снижения количества рецепторов к инсулину

7.5. Задания для контроля конечного уровня освоения темы занятия:

Задание 1

Больная 26 лет страдает сахарным диабетом в течение 16 лет. Стойкой компенсации диабета никогда не было. Дозы инсулина в течение 12 лет от начала заболевания в пределах 80 - 100 ЕД. Последние 2 - 3 года участились гипогликемические состояния. Стойкая компенсация диабета несмотря на значительное снижение доз инсулина (до 24 ЕД). Шесть лет назад впервые был выявлен белок в моче, последние 3 года артериальная гипертензия (170 и 100 мм рт. ст., 160 и 100 мм рт. ст.), отеки на ногах и лице, головные боли.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Рост - 161 см, вес - 59 кг. Кожные покровы бледные, лицо одутловатое, отеки вокруг глаз. Отеки на стопах и голени. Пульс 86 уд. в мин. удовлетворительного наполнения, несколько напряженный. АД 180 и 120 мм рт. ст. Границы сердца расширены влево, первый тон на верхушке ослаблен, акцент второго тона на аорте. Систолический шум на верхушке сердца. В легких везикулярное дыхание. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются.

Вопросы:

- 1) О каком осложнении диабета следует думать?
- 2) Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
- 3) Какие исследования необходимо провести?
- 4) Выберите тактику ведения пациента (немедикаментозные и лекарственные методы терапии).

Задание 2

Больной Г., 60 лет. Жалобы при осмотре на сухость во рту, слабость, головокружение. Эти жалобы появились 3-4 месяца назад, постепенно усиливаясь.

Анамнез: Пациент страдает СД2 на протяжении 11 лет. Первые годы заболевания медикаментозной сахароснижающей терапии не получал. Три года назад пациенту был назначен "Диабетон" (60 мг), метформин (2 г). Эту терапию пациент принимает постоянно. Уровень глюкозы крови колеблется в пределах 6,5-7,0 ммоль/л, гликозилированный гемоглобин 6,3-6,9 ммоль/л. Также пациент был обследован 6 лет назад в связи с болями в коленных суставах, выявлен двусторонний гонартроз.

Медикаментозной терапии по этому поводу не получает, дважды в год проходит курс физиотерапевтического лечения. Наследственность. Мать умерла от рака желудка в

возрасте 50 лет. Отец умер от инсульта в возрасте 78 лет. У пациента двое здоровых детей 32 и 28 лет. Пациент работает учителем в школе.

Объективно: состояние удовлетворительное, масса тела 67 кг, рост 174 см. Кожные покровы обычной окраски. При аускультации легких выслушивается везикулярное дыхание. При аускультации сердца тоны ясные, ритм правильный, ЧСС — 74 уд/мин, АД: сидя (правая рука) 128/70 мм рт. ст., (левая рука) — 124/66 мм рт. ст. Пульсация на периферических артериях сохранена. Язык влажный, чистый. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Поколачивание в области почек безболезненно с двух сторон. Пастозность лица и голеней.

ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС 70 уд/мин. Вертикальное положение ЭОС.

Лабораторные данные: клинический анализ крови: гемоглобин 115 г/л, лейкоциты 6,8 , СОЭ 14 мм/с. Анализ мочи: уд. вес 1002, Л 2-3 в п/зр, белок 0,165.

В биохимическом анализе крови: глюкоза 6,0 ммоль/л, общий холестерин 5,6 ммоль/л, ЛПНП 3,3 ммоль/л, креатинин 187,7 мкмоль/л.

Вопросы:

1. Какое осложнение СД развилось у пациента?
2. Какие дополнительные обследования необходимо провести?
3. Есть ли необходимость в коррекции получаемой терапии?

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра внутренних болезней

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ
к практическому занятию на тему: Болезни щитовидной железы.**

Дисциплина – Внутренние болезни
Специальность (код, название) - 31.05.02 Медицинская биофизика
Курс - V
Семестр - IX

Уфа – 2023

Рецензенты:

1. Главный врач ГБУЗ Республиканский
кардиологический центр, к.м.н., Николаева И.Е.
2. Зав. кафедрой общей физики
Уфимского университета науки и технологий,
д.ф.-м.н., профессор Балапанов М. Х.

Авторы:

1. Ассистент кафедры внутренних болезней, Валеева Д.И.
2. Доцент кафедры внутренних болезней, к.м.н. Хусаинова Л.Н.
3. Зав. кафедрой внутренних болезней, доцент, к.м.н. Тюрин А.В.

Утверждено на заседании кафедры внутренних болезней № 9 от 05
апреля 2023г.

Занятие N20

1. Тема и ее актуальность: Болезни щитовидной железы.

Нарушения функции щитовидной железы распространены достаточно широко. Однако выявляемость дисфункции щитовидной железы значительно меньше, чем распространенность этих состояний.

На сегодняшний день вопрос скрининга дисфункции щитовидной железы у взрослых вряд ли можно назвать в достаточной мере разработанным. Симптомы гипотиреоза, особенно у пожилых больных, неспецифичны, и отсутствие явной симптоматики не исключает наличие заболевания у конкретного больного по лабораторным данным

2. Учебные цели:

- овладение практическими умениями и навыками диагностики, лечения и профилактики заболеваний щитовидной железы;

Для формирования профессиональных компетенций обучающийся должен **знать:**

- анатомию и патофизиологию щитовидной железы;
- этиологию и патогенез заболеваний щитовидной железы;
- современную классификацию заболеваний щитовидной железы;
- клиническую картину заболеваний щитовидной железы;
- показатели дополнительных методов исследований (анализы крови и мочи, рентгенография, ЭКГ, эхокардиография, доплер-эхокардиография, УЗИ, КТ и МРТ);
- принципы лечения и профилактики заболеваний щитовидной железы;
- осложнения заболеваний щитовидной железы;
- критерии временной нетрудоспособности, сроки временной нетрудоспособности при декомпенсации и возникновении осложнений заболеваний щитовидной железы.

В результате освоения темы занятия студент должен **владеть и уметь:**

- собрать анамнез у больного с заболеванием щитовидной железы;
- провести физикальное обследование больного с заболеванием щитовидной железы (осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию);
- сформулировать правильно диагноз согласно клиническим рекомендациям и МКБ-10 пересмотра;
- назначить целенаправленное, инструментальное и лабораторное исследование, интерпретировать его результаты;
- провести дифференциальный диагноз со сходными заболеваниями;
- назначить адекватное этиотропное, патогенетическое и симптоматическое лечение;
- определить меры первичной и вторичной профилактики;
- провести экспертизу трудоспособности больного.

И овладеть следующими компетенциями: ОПК-1, ОПК-3, ПК-3.

3. Материалы для самоподготовки к освоению данной темы:

Вопросы для самоподготовки:

- 1) Анатомия и патофизиология щитовидной железы.
- 2) Классификация заболеваний щитовидной железы.
- 3) Этиология и современные представления о патогенезе диффузного токсического зоба.
- 4) Этиология и современные представления о патогенезе диффузного зоба.

- 5) Этиология и современные представления о патогенезе гипотиреоза (эндемического) зоба.
- 6) Особые формы заболеваний щитовидной железы.
- 7) Клиническая картина заболеваний щитовидной железы.
- 8) Лабораторные и инструментальные методы диагностики заболеваний щитовидной железы.
- 9) Лечение заболеваний щитовидной железы.
- 10) Фармакодинамика и фармакокинетика основных применяемых групп препаратов.
- 11) Принципы хирургических вмешательств на ЩЖ и послеоперационные осложнения.
- 12) Первичная и вторичная профилактика.
- 13) Осложнения заболеваний щитовидной железы.
- 14) Ведение пациентов с заболеванием щитовидной железы в амбулаторных условиях, экспертиза временной и стойкой утраты трудоспособности, прогноз.

4. Вид занятия: практическое занятие.

5. Продолжительность: 6 академических часа.

6. Оснащение: унифицированная схема истории болезни (для каждого студента); клинические истории болезни (5-6 больных); больные с различными заболеваниями (1 больной на 2-х студентов), мультимедийный проектор, видеоаппаратура, ноутбук, таблицы, схемы, наборы ЭКГ, R-грамм, анализов крови, методические рекомендации для самостоятельной работы студентов по данной теме, наборы контролирующих тестов по теме.

7. Содержание занятия.

7.1. Контроль исходного уровня знаний и умений.

Задания для самоконтроля (см. приложение).

7.2. Разбор с преподавателем узловых вопросов, необходимых для освоения темы занятия и демонстрация преподавателем методики практических приемов по данной теме.

а) Проблемы этиологии, патогенеза, клиники, диагностики и лечения диффузного токсического зоба.

б) Проблемы этиологии, патогенеза, клиники, диагностики и лечения гипотиреоза.

7.3. Демонстрация преподавателем методики практических приемов по данной теме:

- сбор анамнеза у больного с заболеванием щитовидной железы.
- проведение физикального обследования больного с заболеванием щитовидной железы (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация);
- назначение дополнительных методов исследования и оценка их результатов;
- техника пальпации щитовидной железы, ультразвуковая диагностика щитовидной железы.
- назначение лечения (медикаментозное и физиотерапевтическое);

7.4. Самостоятельная работа студентов под руководством преподавателя (курация больных, оформление результатов проведенных исследований – написание фрагмента истории болезни).

Задание №1 – провести расспрос больного по следующей схеме:

- Паспортные данные больного (фамилия, имя, отчество), возраст, место жительства, место работы, профессия.
- Жалобы больного на момент осмотра. Они должны быть детализированы. Под детализацией жалоб понимается уточнение локализации неприятных ощущений

(болей), их иррадиация (место отражения), интенсивность, характер (колет, сжимает, давит, жжет), время появления неприятных ощущений (болей), их длительность, причина, вызывающая их появление, от чего проходят. Вначале излагаются основные жалобы, затем дополнительные.

Опрос по системам провести по следующей схеме:

- Сердечно-сосудистая система: одышка (при движении, в покое, приступообразная), сердцебиение, отеки, боли в левой половине грудной клетки.
- Дыхательная система: одышка, кашель (сухой, с мокротой, постоянный, приступообразный), боли в грудной клетке при дыхании и кашле, характер мокроты (количество за сутки, цвет, запах, примесь крови).
- Система пищеварения: нарушение аппетита (снижение, повышение), диспепсические явления (тошнота, рвота, отрыжка, изжога), характер стула, боли в животе (их локализация, иррадиация, длительность, связь с приемом пищи).
- Мочевыделительная система: учащенное, болезненное мочеиспускание, боли в поясничной области, изменение характера мочи.
- Нервная система: работоспособность, уравновешенность нервных процессов, раздражительность, характер сна (легко засыпает, сколько часов спит подряд, легко ли просыпается, прибегает ли к снотворным).
- История данного заболевания (воспоминание о болезни). Для этого необходимо выяснить особенности начала (когда, внезапно или постепенно развились признаки заболевания и какие) и течение острого заболевания. К последним относится время появления, динамика симптомов, как установленных при опросе о жалобах, так и уже исчезнувших к моменту обращения к врачу, применявшееся лечение и его эффективность. Если повышалась температура, уточнить ее уровень и продолжительность.
- Анамнез жизни. Для этого необходимо получить сведения о разнообразных факторах, воздействие которых могло обусловить те или иные особенности организма больного и его реакцию на различные раздражители, способствовать развитию определенного заболевания.

Задание №2 – записать данные, полученные при расспросе больного.

В присутствии группы доложить преподавателю полученные результаты самостоятельной работы с больными.

7.5. Контроль конечного уровня освоения темы занятия:

Ситуационные задачи (см. приложение).

Место проведения самоподготовки:

читальный зал, учебная комната для самостоятельной работы студентов.

Учебно-исследовательская работа студентов по данной теме:

Работа с основной и дополнительной литературой, самостоятельный разбор студентами текущих и архивных историй болезни стационара для анализа пропедевтических ошибок.

Литература.

Основная литература

1.	Внутренние болезни [Электронный ресурс]: в 2-х т. Электрон. текстовые дан. Т.1. -online. - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/ru/book/IS	В. С. Моисеев, А. И. Мартынов, Н. А. Мухин. -	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013.	100 неограниченный доступ	1
----	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------	--------------------------	---------------------------	---

	BN9785970425794.html				
--	-----------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--

Дополнительная литература

1.	Внутренние болезни. Тесты и ситуационные задачи [Электронный ресурс]: учеб. пособие- Электрон. текстовые дан. - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970423912.html	В. И. Маколкин [и др.].	М: ГэотарМедиа, 2012. - on-line.	100 неограниченный доступ	1
2.	Междисциплинарные клинические задачи [Электронный ресурс]: сборник. Электрон. текстовые дан. -on-line. - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/06-COS-2330.html	Л. И. Дворецкий.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2012	100 неограниченный доступ	1
3.	Внутренние болезни: руководство к практическим занятиям по факультетской терапии [Электронный ресурс] : учеб. Пособие. - Электрон. текстовые дан. - on-line. - Режим доступа: ЭБС «Консультант студента» http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970411544.html	В. И. Подзолков, А. А. Абрамова, О. Л. Белая [и др.] /под ред. В. И. Подзолкова	М. :Гэотар Медиа, 2010	неограниченный доступ	

Приложение

7.1. Задания для контроля исходного уровня знаний и умений:

1. КЛЕТКИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СЕКРЕТИРУЮЩИЕ ТИРОКСИН И ТРИЙОДТИРОНИН НАЗЫВАЮТСЯ

- 1) парафолликулярные клетки
- 2) фолликулярные клетки
- 3) D-клетки
- 4) C-клетки

2. К ФЕРМЕНТАМ УЧАСТВУЮЩИМ В СИНТЕЗЕ ТИРЕОИДНЫХ ГОРМОНОВ ОТНОСЯТСЯ

- 1) натрий-йодный симпортер
- 2) тиреоидная пероксидаза
- 3) супероксиддисмутаза
- 4) тканевая дейодиназа

3. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- 1) определение уровня свободного трийодтиронина
- 2) определение уровня свободного тироксина
- 3) определение уровня тиреотропного гормона
- 4) определение уровня общего тироксина

4. ЛАБОРАТОРНЫМ ПОДТВЕРЖДЕНИЕМ ПЕРВИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) снижение уровня ТТГ, повышение концентрации тироксина, трийодтиронина
- 2) снижение уровня ТТГ, снижение концентрации тироксина, трийодтиронина
- 3) повышение уровня ТТГ, повышение концентрации тироксина, трийодтиронина
- 4) повышение уровня ТТГ, снижение концентрации тироксина, трийодтиронина

5. ЛАБОРАТОРНЫМ ПОДТВЕРЖДЕНИЕМ ВТОРИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) снижение уровня ТТГ, повышение концентрации тироксина, трийодтиронина
- 2) снижение уровня ТТГ, снижение концентрации тироксина, трийодтиронина
- 3) повышение уровня ТТГ, повышение концентрации тироксина, трийодтиронина
- 4) повышение уровня ТТГ, снижение концентрации тироксина, трийодтиронина

6. ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ ТИРЕОТРОПНОГО ГОРМОНА, НОРМАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ТИРОКСИНА И ТРИЙОДТИРОНИНА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ЯВЛЯЮТСЯ МАРКЕРАМИ

- 1) первичного гипертиреоза
- 2) вторичного гипертиреоза
- 3) манифестного гипотиреоза
- 4) субклинического гипотиреоза

7. ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ ТИРЕОГЛОБУЛИНА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ

- 1) диагностики аутоиммунных заболеваний щитовидной железы
- 2) мониторинга пациентов, получивших комплексную терапию по поводу высокодифференцированного рака щитовидной железы

- 3) подтверждения диагноза йоддефицитного заболевания щитовидной железы
- 4) выявления узлового зобного заболевания

8. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЙОДА С МОЧОЙ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ

- 1) эпидемиологического исследования с целью оценки выраженности йодного дефицита в той или иной местности
- 2) диагностики йоддефицитных заболеваний в общеклинической практике
- 3) мониторинга пациентов, получающих радиойодтерапию
- 4) исключения токсического зоба

9. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТОНКОИГОЛЬНОЙ ПУНКЦИОННОЙ АСПИРАЦИОННОЙ БИОПСИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) диффузное увеличение щитовидной железы
- 2) наличие «горячего узла» по результатам скинтиграфии щитовидной железы
- 3) узловое образование в ткани щитовидной железы более 1 см
- 4) подтверждение диагноза аутоиммунного тиреоидита

10. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ СЦИНТИГРАФИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) дифференциальная диагностика болезни Грейвса и функциональной автономии щитовидной железы
- 2) диагностика компенсированной функциональной автономии щитовидной железы
- 3) подтверждение злокачественного характера узловых образований щитовидной железы
- 4) диагностика деструктивного тиреотоксикоза

7.5. Задания для контроля конечного уровня освоения темы занятия:

Задание 1

Больная С., 28 лет обратилась в клинику с жалобами на общую слабость, недомогание, головные боли, выпадение волос, сухость кожных покровов, увеличение в размерах щитовидной железы.

Из анамнеза: в течение года беспокоят вышеописанные жалобы, постепенно прогрессируя.

Объективно: Кожа сухая, бледная, индекс массы тела – 32. Пульс 59 в мин., АД – 125/70 мм рт. ст., тоны сердца приглушены. Щитовидная железа увеличена до I степени по ВОЗ, уплотнённая, безболезненная. Регионарные лимфатические узлы не увеличены.

Вопросы и задания:

1. Сформулируйте предварительный диагноз, укажите возможную этиологию заболевания.
2. Какие клинические синдромы можно выделить у больной?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести для уточнения диагноза и назначения лечения?
4. Какой уровень гормонов Вы ожидаете?
5. Какое лечение следует назначить?
6. Какие параметры Вы будете контролировать во время лечения?

Задание 2

Больная З., 67 лет. Жалуется на сердцебиение, перебои, иногда боль в области сердца, одышку, отёки на ногах. В течение 2 лет наблюдалась и лечилась в поликлинике по поводу ИБС. За последнее время резко похудела.

Объективно: общее состояние тяжёлое, больная пониженного питания, суетлива, кожа влажная. Крупный тремор рук. Щитовидная железа II степени, пальпируется при глотании, плотная. Патологических глазных симптомов нет. Тоны сердца громкие. Мерцательная аритмия. Пульс – 120 в минуту. АД – 160/60 мм рт. ст. Нижний край печени выступает из-под реберной дуги на 3 см, пастозность голеней.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие клинические синдромы можно выделить у больной?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести для уточнения диагноза и назначения лечения?
4. Какие показатели Т3, Т4 и ТТГ ожидаются?
5. Назначьте лечение.

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра внутренних болезней

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ
к практическому занятию на тему: Хронический гастрит.
Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.**

Дисциплина – Внутренние болезни

Специальность (код, название) - 31.05.02 Медицинская биофизика

Курс - V

Семестр - IX

Уфа – 2023

Рецензенты:

1. Главный врач ГБУЗ Республиканский
кардиологический центр, к.м.н., Николаева И.Е.
2. Зав. кафедрой общей физики
Уфимского университета науки и технологий,
д.ф.-м.н., профессор Балапанов М. Х.

Авторы:

1. Ассистент кафедры внутренних болезней, Валеева Д.И.
2. Доцент кафедры внутренних болезней, к.м.н. Хусаинова Л.Н.
3. Зав. кафедрой внутренних болезней, доцент, к.м.н. Тюрин А.В.

Утверждено на заседании кафедры внутренних болезней № 9 от 05
апреля 2023г.

Занятие N21

1. Тема и ее актуальность: Хронический гастрит. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.

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 рецидивирующее заболевание, при котором в результате нарушения регулирующих нервных и гормональных механизмов и расстройств желудочного пищеварения образуется пептическая язва в желудке или 12-ти перстной кишке. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки является одной из центральных проблем современной гастроэнтерологии. Это обусловлено широким, не проявляющим тенденции к снижению, распространением язвенной болезни, хроническим рецидивирующим течением заболевания с длительной потерей трудоспособности, склонностью к развитию тяжёлых осложнений, нередко угрожающих жизни больного.

2. Учебные цели:

- овладение практическими умениями и навыками диагностики, лечения и профилактики, дифференциального диагноза между различными вариантами хронического гастрита;
- овладение практическими умениями и навыками диагностики, лечения и профилактики язвенной болезни.

Для формирования профессиональных компетенций обучающийся должен **знать**:

- анатомию и патофизиологию желудочно-кишечного тракта;
- этиологию и патогенез хронического гастрита;
- современную классификацию хронического гастрита;
- клиническую картину хронического гастрита;
- этиологию и патогенез язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки;
- современную классификацию язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки;
- клиническую картину язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки;
- принципы лечения и профилактики язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки;
- показатели дополнительных методов исследований (анализы крови и мочи, рентгенографии, внутрижелудочной РНметрии, рентгенологического исследования, фиброгастроскопии; морфологической диагностики);
- принципы лечения и профилактики хронического гастрита;
- осложнения язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки;
- критерии временной нетрудоспособности, сроки временной нетрудоспособности при декомпенсации и возникновении осложнений язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.

В результате освоения темы занятия студент должен **владеть и уметь**:

- собрать анамнез у больного с ХГ и ЯБ, выявить характерные жалобы, указывающие на поражение желудочно-кишечного тракта (болевого синдром, синдром желудочной диспепсии);
- провести физикальное обследование больного (осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию);

- определить изменения состояния других внутренних органов и систем организма (наличие В12 - дефицитной анемии, гиповитаминозов, кишечной диспепсии и др.);
- сформулировать правильно диагноз согласно клиническим рекомендациям и МКБ-10 пересмотра;
- назначить целенаправленное, инструментальное и лабораторное исследование, интерпретировать его результаты;
- провести дифференциальный диагноз со сходными заболеваниями;
- назначить адекватное этиотропное, патогенетическое и симптоматическое лечение;
- определить меры первичной и вторичной профилактики;
- оказать неотложную помощь при осложнениях ЯБ;
- провести экспертизу трудоспособности больного.

И овладеть следующими компетенциями: ОПК-1, ОПК-3, ПК-3.

3. Материалы для самоподготовки к освоению данной темы:

Вопросы для самоподготовки:

- 1) Анатомия и патофизиология желудочно-кишечного тракта.
- 2) Классификация хронического гастрита.
- 3) Этиология и современные представления о патогенезе хронического гастрита.
- 4) Клиническая картина хронического гастрита.
- 5) Классификация язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.
- 6) Этиология и современные представления о патогенезе язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.
- 7) Клиническая картина язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.
- 8) Лабораторные и инструментальные методы диагностики заболеваний органов пищеварительного тракта.
- 9) Лечение хронического гастрита.
- 10) Лечение язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.
- 11) Фармакодинамика и фармакокинетика основных применяемых групп препаратов.
- 12) Осложнения язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.
- 13) Принципы хирургических вмешательств при язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, послеоперационные осложнения.
- 14) Первичная и вторичная профилактика.
- 15) Ведение пациентов с хроническим гастритом и язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки в амбулаторных условиях, экспертиза временной и стойкой утраты трудоспособности, прогноз.

4. Вид занятия: практическое занятие.

5. Продолжительность: 6 академических часа.

6. Оснащение: унифицированная схема истории болезни (для каждого студента); клинические истории болезни (5-6 больных); больные с различными заболеваниями (1 больной на 2-х студентов), мультимедийный проектор, видеоаппаратура, ноутбук, таблицы, схемы, наборы ЭКГ, Р-грамм, анализов крови, методические рекомендации для самостоятельной работы студентов по данной теме, наборы контролируемых тестов по теме.

7. Содержание занятия.

7.1. Контроль исходного уровня знаний и умений.

Задания для самоконтроля (см. приложение).

7.2. Разбор с преподавателем узловых вопросов, необходимых для освоения темы занятия и демонстрация преподавателем методики практических приемов по данной теме.

а) Проблемы этиологии, патогенеза, клиники, диагностики и лечения хронического гастрита;

б) Проблемы этиологии, патогенеза, клиники, диагностики и лечения язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.

7.3. Демонстрация преподавателем методики практических приемов по данной теме:

- сбор анамнеза у больного с ХГ и ЯБ;
- проведение физикального обследования больного с ХГ и ЯБ (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация);
- назначение дополнительных методов исследования и оценка их результатов;
- назначение лечения (медикаментозное и физиотерапевтическое);

7.4. Самостоятельная работа студентов под руководством преподавателя (курация больных, оформление результатов проведенных исследований – написание фрагмента истории болезни).

Задание №1 – провести расспрос больного по следующей схеме:

- Паспортные данные больного (фамилия, имя, отчество), возраст, место жительства, место работы, профессия.
- Жалобы больного на момент осмотра. Они должны быть детализированы. Под детализацией жалоб понимается уточнение локализации неприятных ощущений (болей), их иррадиация (место отражения), интенсивность, характер (колет, сжимает, давит, жжет), время появления неприятных ощущений (болей), их длительность, причина, вызывающая их появление, от чего проходят. Вначале излагаются основные жалобы, затем дополнительные.

Опрос по системам провести по следующей схеме:

- Сердечно-сосудистая система: одышка (при движении, в покое, приступообразная), сердцебиение, отеки, боли в левой половине грудной клетки.
- Дыхательная система: одышка, кашель (сухой, с мокротой, постоянный, приступообразный), боли в грудной клетке при дыхании и кашле, характер мокроты (количество за сутки, цвет, запах, примесь крови).
- Система пищеварения: нарушение аппетита (снижение, повышение), диспепсические явления (тошнота, рвота, отрыжка, изжога), характер стула, боли в животе (их локализация, иррадиация, длительность, связь с приемом пищи).
- Мочевыделительная система: учащенное, болезненное мочеиспускание, боли в поясничной области, изменение характера мочи.
- Нервная система: работоспособность, уравновешенность нервных процессов, раздражительность, характер сна (легко засыпает, сколько часов спит подряд, легко ли просыпается, прибегает ли к снотворным).
- История данного заболевания (воспоминание о болезни). Для этого необходимо выяснить особенности начала (когда, внезапно или постепенно развились признаки заболевания и какие) и течение острого заболевания. К последним относится время появления, динамика симптомов, как установленных при опросе о жалобах, так и уже исчезнувших к моменту обращения к врачу, применявшееся лечение и его эффективность. Если повышалась температура, уточнить ее уровень и продолжительность.

- Анамнез жизни. Для этого необходимо получить сведения о разнообразных факторах, воздействие которых могло обусловить те или иные особенности организма больного и его реакцию на различные раздражители, способствовать развитию определенного заболевания.

Задание №2 – записать данные, полученные при расспросе больного.

В присутствии группы доложить преподавателю полученные результаты самостоятельной работы с больными.

7.5. Контроль конечного уровня освоения темы занятия:
Ситуационные задачи (см. приложение).

Место проведения самоподготовки:

читальный зал, учебная комната для самостоятельной работы студентов.

Учебно-исследовательская работа студентов по данной теме:

Работа с основной и дополнительной литературой, самостоятельный разбор студентами текущих и архивных историй болезни стационара для анализа пропедевтических ошибок.

Литература.

Основная литература

1.	Внутренние болезни [Электронный ресурс]: в 2-х т. Электрон. текстовые дан. Т.1. -on-line. - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970425794.html	В. С. Моисеев, А. И. Мартынов, Н. А. Мухин. -	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013.	100 неограниченный доступ	1
----	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------	--------------------------	---------------------------	---

Дополнительная литература

1.	Внутренние болезни. Тесты и ситуационные задачи [Электронный ресурс]: учеб. пособие- Электрон. текстовые дан. - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970423912.html	В. И. Маколкин [и др.].	М: ГэотарМедиа, 2012. - on-line.	100 неограниченный доступ	1
2.	Междисциплинарные клинические задачи [Электронный ресурс]: сборник. Электрон. текстовые дан. -on-line. - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/06-COS-2330.html	Л. И. Дворецкий.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2012	100 неограниченный доступ	1
3.	Внутренние болезни: руководство к практическим занятиям по факультетской терапии [Электронный ресурс] : учеб. Пособие. - Электрон. текстовые дан. - on-line. - Режим доступа: ЭБС «Консультант студента» http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970411544.html	В. И. Подзолков, А. А. Абрамова, О. Л. Белая [и др.] /под ред. В. И. Подзолкова	М. :Гэотар Медиа, 2010	неограниченный доступ	

Приложение

7.1. Задания для контроля исходного уровня знаний и умений:

1. Среди хронических гастритов выделяют:

- 1) гастрит типа А;
- 2) гастрит типа В;
- 3) гастрит типа С;
- 4) гастрит типа Е;
- 5) гастрит типа М.

2. ХГ типа А вызван:

- 1) стрептококковой инфекцией;
- 2) инфицированием *H. pylori*;
- 3) герпетической инфекцией;
- 4) аутоиммунным поражением;
- 5) кандидозом.

3. ХГ типа В вызван:

- 1) инфицированием *H. pylori*;
- 2) повреждением этанолом;
- 3) цитомегаловирусом;
- 4) стрептококком;
- 5) нарушением диеты.

4. Наиболее часто эрозивно-язвенное поражение слизистой оболочки желудка вызывают следующие лекарственные средства:

- 1) сердечные гликозиды;
- 2) НПВС;
- 3) антибиотики;
- 4) блокаторы протонной помпы;
- 5) ГКС

5. Наиболее типичным клиническим проявлением неосложненного ХГ является:

- 1) изжога;
- 2) рвота;
- 3) диарея;
- 4) бессимптомное течение;
- 5) похудание

6. Какие патогенетические факторы язвенной болезни относят к “агрессивным”:

- 1) снижение продукции пепсина
- 2) повышение продукции соляной кислоты
- 3) гипергастринемия
- 4) наличие *Helicobacter pylori*
- 5) повышение высвобождения соматостатина,
- 6) дефицит гликозаминогликанов и гликопротеидов

7. Язвы Кушинга – это симптоматические язвы, развивающиеся на фоне:

- 1) Распространенных ожогов
- 2) Черепно-мозговых травм
- 3) Нейрохирургических операций

4) Приема нестероидных противовоспалительных препаратов

5) Приема глюкокортикоидов

8. Выберите повреждающие факторы *Helicobacter pylori*:

1) каталазная активность

2) уреазная активность

3) цитокины

4) хемотаксис нейтрофилов

5) повышение секреции минералокортикоидов

9. Поздние, ночные, «голодные» боли в пилородуоденальной области характерны для:

1) Язвенной болезни желудка

2) Язвенной болезни двенадцатиперстной кишки

3) Обострения хронического гастрита

4) Хронического панкреатита

5) Хронического гепатита

6) Цирроза печени

10. Выберите методы диагностики хеликобактер пилори:

1) Уреазный дыхательный тест

2) Фекальный антигенный тест

3) Водородный дыхательный тест

4) рН-метрия

7.5. Задания для контроля конечного уровня освоения темы занятия:

Задание 1

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

Вопросы к задаче:

1. Дайте характеристику синдрома желудочной диспепсии, есть ли он у больной?

2. Наиболее вероятная причина этого синдрома?

3. Как объяснить кишечные боли и общие симптомы?

4. Что ожидается при гастроскопии и гастробиопсии?

5. Какое лечение показано?

Задание 2

Больной А., 52 года, поступил в клинику с жалобами на боли в подложечной области, возникающие через 20–30 мин после приема пищи, отрыжку воздухом, снижение массы тела на 3 кг за последний месяц. Первые признаки заболевания появились осенью 3 года назад (стали возникать боли в эпигастриальной области через 30–40 мин после приема пищи, самостоятельно принимал дротаверин и алгелдрат/магния гидроксид с кратковременным эффектом), не обследовался, обратил внимание на сезонность болей (весной и осенью). Последнее ухудшение самочувствия – в течение последнего месяца, боли носили прежний характер, на высоте болей наблюдалась иррадиация в спину. Появилась отрыжка воздухом. Для уточнения диагноза и лечения поступил в клинику. При поступлении: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые слегка бледноваты. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, тоны сердца

ритмичные, ясные, АД – 140/80 мм рт. ст. Пульс – 80 уд./мин. Живот мягкий, умеренное напряжение мышц в эпигастрии, локальная болезненность в эпигастральной области. Печень, селезенка не увеличены.

В анализе крови: эритроциты – 3,75 , гемоглобин – 107, цв. пок. – 0,9, СОЭ – 15 мм/ч. При эзофагогастродуоденоскопии – пищевод не изменен, кардия смыкается полностью.

Желудок хорошо расправляется воздухом. На малой кривизне, в средней ее трети, имеется звездчатый белесый рубец с отчетливой конвергенцией складок. Там же свежая язва с отечными, воспалительно-измененными краями, размерами 6х8 мм. В глубине язвы имеется сгусток крови. Луковица двенадцатиперстной кишки не изменена. Произведена биопсия слизистой из краев язвы. Гистологическое исследование: картина атрофического гастрита с явлениями кишечной метаплазии эпителия, край язвы, попавший в срез, с признаками хронического воспаления. НР выявлен в небольшом количестве. рН-метрию не проводили в связи с характером локализации язвы.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие клинические синдромы можно выделить у больной?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести для уточнения диагноза и назначения лечения?
4. Назначьте лечение.

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра внутренних болезней

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ
к практическому занятию на тему: Хронический холецистит.
Хронический панкреатит.**

Дисциплина – Внутренние болезни
Специальность (код, название) - 31.05.02 Медицинская биофизика
Курс - V
Семестр - IX

Уфа – 2023

Рецензенты:

1. Главный врач ГБУЗ Республиканский
кардиологический центр, к.м.н., Николаева И.Е.
2. Зав. кафедрой общей физики
Уфимского университета науки и технологий,
д.ф.-м.н., профессор Балапанов М. Х.

Авторы:

1. Ассистент кафедры внутренних болезней, Валеева Д.И.
2. Доцент кафедры внутренних болезней, к.м.н. Хусаинова Л.Н.
3. Зав. кафедрой внутренних болезней, доцент, к.м.н. Тюрин А.В.

Утверждено на заседании кафедры внутренних болезней № 9 от 05
апреля 2023г.

Занятие N22

1. Тема и ее актуальность: Хронический холецистит. Хронический панкреатит.

Хронический холецистит – хроническое полиэтиологическое воспаление стенки желчного пузыря приводящее к нейродистрофическим процессам с нарушением моторики и вторичным образованием камней

Хронический панкреатит (ХП) – длительное воспалительное заболевание ПЖ, проявляющееся необратимыми морфологическими изменениями паренхимы и протоков органа, которые вызывают боль и/или стойкое снижение функции.

Последние десятилетия характеризуются тенденцией к увеличению заболеваемости хроническим холециститом и панкреатитом. Появились новые сведения об этиологии и патогенезе этой болезни. Диагностика и лечение пациента с данными заболеваниями требуют комплексного подхода и совместной деятельности врачей различных специальностей (хирурги, терапевты, гастроэнтерологи и т.п.).

2. Учебные цели:

- овладение практическими умениями и навыками диагностики, лечения и профилактики хронического холецистита;
- овладение практическими умениями и навыками диагностики, лечения и профилактики хронического панкреатита.

Для формирования профессиональных компетенций обучающийся должен **знать**:

- анатомию и патофизиологию билиарного тракта и поджелудочной железы;
- этиологию и патогенез хронического холецистита;
- современную классификацию хронического холецистита;
- клиническую картину хронического холецистита;
- этиологию и патогенез хронического панкреатита;
- современную классификацию хронического панкреатита;
- клиническую картину хронического панкреатита;
- принципы лечения и профилактики хронического панкреатита;
- показатели дополнительных методов исследований (анализы крови и мочи, рентгенографии, внутрижелудочной РНметрии, рентгенологического исследования, фиброгастроскопии; УЗИ, КТ и МРТ, ЭРХПГ, морфологической диагностики);
- принципы лечения и профилактики хронического холецистита;
- осложнения хронического холецистита и хронического панкреатита;
- критерии временной нетрудоспособности, сроки временной нетрудоспособности при декомпенсации и возникновении осложнений хронического холецистита и хронического панкреатита.

В результате освоения темы занятия студент должен **владеть и уметь**:

- собрать анамнез у больного с хроническим холециститом и хроническим панкреатитом, выявить характерные жалобы, указывающие на поражение билиарного тракта и поджелудочной железы;
- провести физикальное обследование больного (осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию);
- определить изменения состояния других внутренних органов и систем организма (наличие В12 - дефицитной анемии, гиповитаминозов, кишечной диспепсии и др.);
- сформулировать правильно диагноз согласно клиническим рекомендациям и МКБ-10 пересмотра;
- назначить целенаправленное, инструментальное и лабораторное исследование, интерпретировать его результаты;
- провести дифференциальный диагноз со сходными заболеваниями;

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

И овладеть следующими компетенциями: ОПК-1, ОПК-3, ПК-3.

3. Материалы для самоподготовки к освоению данной темы:

Вопросы для самоподготовки:

- 1) Анатомия и патофизиология билиарного тракта, поджелудочной железы.
- 2) Классификация хронического холецистита.
- 3) Этиология и современные представления о патогенезе хронического холецистита.
- 4) Клиническая картина хронического холецистита.
- 5) Классификация хронического панкреатита.
- 6) Этиология и современные представления патогенеза хронического панкреатита.
- 7) Клиническая картина хронического панкреатита.
- 8) Лабораторные и инструментальные методы диагностики заболеваний органов пищеварительного тракта.
- 9) Лечение хронического холецистита.
- 10) Лечение хронического панкреатита.
- 11) Фармакодинамика и фармакокинетика основных применяемых групп препаратов.
- 12) Осложнения хронического холецистита и хронического панкреатита.
- 13) Принципы хирургических вмешательств при хроническом холецистите и хроническом панкреатите, послеоперационные осложнения.
- 14) Первичная и вторичная профилактика.
- 15) Ведение пациентов с хроническим холециститом и хроническим панкреатитом в амбулаторных условиях, экспертиза временной и стойкой утраты трудоспособности, прогноз.

4. Вид занятия: практическое занятие.

5. Продолжительность: 6 академических часа.

6. Оснащение: унифицированная схема истории болезни (для каждого студента); клинические истории болезни (5-6 больных); больные с различными заболеваниями (1 больной на 2-х студентов), мультимедийный проектор, видеоаппаратура, ноутбук, таблицы, схемы, наборы ЭКГ, R-грамм, анализов крови, методические рекомендации для самостоятельной работы студентов по данной теме, наборы контролирующих тестов по теме.

7. Содержание занятия.

7.1. Контроль исходного уровня знаний и умений.

Задания для самоконтроля (см. приложение).

7.2. Разбор с преподавателем узловых вопросов, необходимых для освоения темы занятия и демонстрация преподавателем методики практических приемов по данной теме.

а) Проблемы этиологии, патогенеза, клиники, диагностики и лечения хронического холецистита;

б) Проблемы этиологии, патогенеза, клиники, диагностики и лечения хронического панкреатита.

7.3. Демонстрация преподавателем методики практических приемов по данной теме:

- сбор анамнеза у больного с хроническим холециститом и хроническим панкреатитом;
- проведение физикального обследования больного (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация);
- назначение дополнительных методов исследования и оценка их результатов;
- назначение лечения (медикаментозное и физиотерапевтическое);

7.4. Самостоятельная работа студентов под руководством преподавателя (курация больных, оформление результатов проведенных исследований – написание фрагмента истории болезни).

Задание №1 – провести расспрос больного по следующей схеме:

- Паспортные данные больного (фамилия, имя, отчество), возраст, место жительства, место работы, профессия.
- Жалобы больного на момент осмотра. Они должны быть детализированы. Под детализацией жалоб понимается уточнение локализации неприятных ощущений (болей), их иррадиация (место отражения), интенсивность, характер (колет, сжимает, давит, жжет), время появления неприятных ощущений (болей), их длительность, причина, вызывающая их появление, от чего проходят. Вначале излагаются основные жалобы, затем дополнительные.

Опрос по системам провести по следующей схеме:

- Сердечно-сосудистая система: одышка (при движении, в покое, приступообразная), сердцебиение, отеки, боли в левой половине грудной клетки.
- Дыхательная система: одышка, кашель (сухой, с мокротой, постоянный, приступообразный), боли в грудной клетке при дыхании и кашле, характер мокроты (количество за сутки, цвет, запах, примесь крови).
- Система пищеварения: нарушение аппетита (снижение, повышение), диспепсические явления (тошнота, рвота, отрыжка, изжога), характер стула, боли в животе (их локализация, иррадиация, длительность, связь с приемом пищи).
- Мочевыделительная система: учащенное, болезненное мочеиспускание, боли в поясничной области, изменение характера мочи.
- Нервная система: работоспособность, уравновешенность нервных процессов, раздражительность, характер сна (легко засыпает, сколько часов спит подряд, легко ли просыпается, прибегает ли к снотворным).
- История данного заболевания (воспоминание о болезни). Для этого необходимо выяснить особенности начала (когда, внезапно или постепенно развились признаки заболевания и какие) и течение острого заболевания. К последним относится время появления, динамика симптомов, как установленных при опросе о жалобах, так и уже исчезнувших к моменту обращения к врачу, применявшееся лечение и его эффективность. Если повышалась температура, уточнить ее уровень и продолжительность.
- Анамнез жизни. Для этого необходимо получить сведения о разнообразных факторах, воздействие которых могло обусловить те или иные особенности организма больного и его реакцию на различные раздражители, способствовать развитию определенного заболевания.

Задание №2 – записать данные, полученные при расспросе больного.

В присутствии группы доложить преподавателю полученные результаты самостоятельной работы с больными.

7.5. Контроль конечного уровня освоения темы занятия:

Ситуационные задачи (см. приложение).

Место проведения самоподготовки:

читальный зал, учебная комната для самостоятельной работы студентов.

Учебно-исследовательская работа студентов по данной теме:

Работа с основной и дополнительной литературой, самостоятельный разбор студентами текущих и архивных историй болезни стационара для анализа пропедевтических ошибок.

Литература.

Основная литература

1.	Внутренние болезни [Электронный ресурс]: в 2-х т. Электрон. текстовые дан. Т.1. -on-line. - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970425794.html	В. С. Моисеев, А. И. Мартынов, Н. А. Мухин. -	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013.	100 неограниченный доступ	1
----	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------	--------------------------	---------------------------	---

Дополнительная литература

1.	Внутренние болезни. Тесты и ситуационные задачи [Электронный ресурс]: учеб. пособие- Электрон. текстовые дан. - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970423912.html	В. И. Маколкин [и др.].	М: ГэотарМедиа, 2012. - on-line.	100 неограниченный доступ	1
2.	Междисциплинарные клинические задачи [Электронный ресурс]: сборник. Электрон. текстовые дан. -on-line. - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/06-COS-2330.html	Л. И. Дворецкий.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2012	100 неограниченный доступ	1
3.	Внутренние болезни: руководство к практическим занятиям по факультетской терапии [Электронный ресурс] : учеб. Пособие. - Электрон. текстовые дан. - on-line. - Режим доступа: ЭБС «Консультант студента» http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970411544.html	В. И. Подзолков, А. А. Абрамова, О. Л. Белая [и др.] /под ред. В. И. Подзолкова	М. :Гэотар Медиа, 2010	неограниченный доступ	

Приложение

7.1. Задания для контроля исходного уровня знаний и умений:

1. Диаметр (мм) общего желчного протока:

- 1) 2,5–5;
- 2) 3–9;
- 3) 3,5–7;
- 4) 4,5–9.

2. Объем (мл) желчного пузыря:

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

3. В развитии хронического холецистита основную роль играет инфекция:

- 1) условно-патогенная;
- 2) грибковая;
- 3) анаэробная;
- 4) вирусная.

4. Боль при хроническом холецистите возникает после еды через:

- 1) несколько минут;
- 2) 30 минут;
- 3) 1–1,5 часа;
- 4) 3 часа.

5. К атипичным вариантам течения хронического холецистита относятся:

- 1) кардиалгическая форма;
- 2) оссалгическая форма;
- 3) эзофалгическая форма;
- 4) кишечная форма.

6. Наиболее частой причиной возникновения ХП являются:

- 1) алкоголизм и нарушение диеты;
- 2) заболевания желчных путей;
- 3) травма ПЖ.

7. Для ХП характерны все жалобы кроме:

- 1) опоясывающих болей в эпигастрии;
- 2) болей в левом подреберье с иррадиацией в спину;
- 3) поносов;
- 4) рвоты, приносящей облегчение;
- 5) снижения или отсутствия аппетита.

8. Наиболее информативным методом диагностики кисты ПЖ является:

- 1) ЭРПХГ;
- 3) УЗИ;
- 2) биохимическое исследование крови;
- 4) КТ.

9. К ХП не относятся клинические формы кроме:

- 1) отечной формы;
- 2) псевдотуморозной формы;
- 3) жирового панкреонекроза;
- 4) геморрагического панкреонекроза.

10. При нагноившейся псевдокисте ПЖ показана:

- 1) консервативная антибиотикотерапия;
- 2) дезинтоксикационная терапия;
- 3) операция;
- 4) наблюдение.

7.5. Задания для контроля конечного уровня освоения темы занятия:

Задание 1

Больной С., 48 лет, обратился с жалобами на схваткообразные, кратковременные боли в правом подреберье, горечь во рту, тошноту, рвоту с примесью желчи, возникающие после погрешностей в диете (употребление жирных, острых, холодных блюд, алкоголя).

Из анамнеза заболевания известно, что в течение последних 3 лет отмечает частые приступы схваткообразных болей в правом подреберье, сопровождающиеся горечью во рту, тошнотой, рвотой с примесью желчи, не приносящей облегчения, иногда запорами и желтухой. Обострения сопровождаются сердцебиениями, повышенной раздражительностью, нарушениями сна, головными болями. Настоящее ухудшение в течение последних 2 дней, когда после приема острой пищи и алкоголя возникли вышеуказанные жалобы. Вредные привычки: в течение 10 лет 3 раза в неделю принимает крепкие спиртные напитки (водку) в количестве 100 мл чистого этанола в сутки. Работает водителем.

Объективно: Живот мягкий, болезненный в правом подреберье и в точке желчного пузыря. Отмечается болезненность в зоне желчного пузыря при поколачивании по реберной дуге и по правому подреберью справа, болезненность при надавливании на правый диафрагмальный нерв между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы. Отмечается резкое усиление болезненности при пальпации в области проекции желчного пузыря на вдохе. Размеры печени по Курлову: 10x9x7 см. Размеры селезенки не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Дизурии нет.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какие дополнительные лабораторные и инструментальные исследования необходимо выполнить для уточнения диагноза?
3. Назначьте лечение.

Задание 2

Больной Л., 42 года, грузчик, обратился в поликлинику с жалобами на тупые боли в эпигастрии, левом подреберье, схваткообразные боли в околопупочной области, увеличение объема и частоты стула, тошноту, многократную рвоту съеденной пищей, отсутствие аппетита.

Из анамнеза заболевания известно, что данное ухудшение состояния возникло несколько дней назад после очередного приема алкоголя и жирной пищи. Впервые подобные жалобы возникли 4 года назад на фоне злоупотребления крепкими спиртными напитками и нарушений диеты. К врачам не обращался. Обострения бывают 3-4 раза в год. Вредные привычки: в течение 10 лет злоупотребляет крепкими спиртными напитками (в основном водкой), в среднем от 80 до 200 мл чистого этанола в сутки. Питание недостаточное и неполноценное.

При осмотре состояние больного средней тяжести. Рост - 77 см, вес - 54 кг, ИМТ - 17,2 кг/м². На коже груди и живота ярко-красные пятнышки, не исчезающие при надавливании. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы. Тоны сердца приглушены, шумов нет. Ритм сердца правильный. ЧСС - 92 уд/мин. АД 110/60 мм рт.ст. Язык несколько сухой, у корня обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии и левом подреберье. Определяется болезненность в зоне Шоффара и точке Дежардена, положительный симптом Кача. Размеры печени по Курлову: 11х9х9 см, печень выступает из-под края реберной дуги по правой срединноключичной линии на 1 см, плотно-эластичной консистенции, болезненная при пальпации. Желчный пузырь не пальпируется. Селезенка не пальпируется.

Клинический анализ крови: гемоглобин - 128 г/л, лейкоциты - $10,3 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы - 6 %, сегментоядерные нейтрофилы - 70 %, эозинофилы - 0 %, лимфоциты - 21 %, моноциты - 3 %. СОЭ - 20 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий билирубин - 18,9 ммоль/л, прямой билирубин - 4,2 ммоль/л, АСТ - 105 МЕ/л, АЛТ - 97 МЕ/л, углутамилтранспептидаза - 150 МЕ/л, амилаза - 280 МЕ/л, ЩФ - 230 МЕ/л, глюкоза - 5,2 ммоль/л.

При УЗИ органов брюшной полости размеры печени увеличены за счет правой доли, контуры неровные, паренхима ее неоднородна, эхогенность печени повышена. Воротная вена не расширена (9 мм в диаметре). Желчный пузырь обычных размеров, стенка его не утолщена, конкрементов не выявлено. Общий желчный проток не расширен (около 4 мм). На фоне усиления эхогенности поджелудочной железы отмечается увеличение размеров ее головки до 5 см. Выявлены участки кальцификации паренхимы поджелудочной железы и конкремент в главном панкреатическом протоке. Отмечается расширение главного панкреатического протока до 7 мм. Визуализация органов затруднена из-за вздутия кишечника.

Вопросы:

1. Выделите клинические синдромы, имеющиеся у больного.
2. Сформулируйте диагноз
3. Какие обследования больному нужно провести дополнительно?
4. Назначьте лечение.

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра внутренних болезней

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ
к практическому занятию на тему: Хронический гепатит. Цирроз печени**

Дисциплина – Внутренние болезни
Специальность (код, название) - 31.05.02 Медицинская биофизика
Курс - V
Семестр - IX

Уфа – 2023

Рецензенты:

1. Главный врач ГБУЗ Республиканский
кардиологический центр, к.м.н.,

Николаева И.Е.

2. Зав. кафедрой общей физики
Уфимского университета науки и технологий,
д.ф.-м.н., профессор

Балапанов М. Х.

Авторы:

1. Ассистент кафедры внутренних болезней, Загидуллин Т.С.

2. Доцент кафедры внутренних болезней, к.м.н. Ишмухаметова А.Н.

3. Зав. кафедрой внутренних болезней, доцент, к.м.н. Тюрин А.В.

Утверждено на заседании кафедры внутренних болезней № 9 от 05 апреля 2023г.

Занятие N 23

1. Тема и ее актуальность: Хронический гепатит. Цирроз печени

Печень – это центральный орган химического гомеостаза, с помощью которого осуществляется обмен белков, жиров, углеводов, ферментов, витаминов, минералов, пигментов, а также секреция желчи и детоксикация организма. Хроническое поражение печени приводит к ее рубцеванию (циррозу), а также развитию печеночной недостаточности. Поэтому заболевания печени являются одной из важных медицинских проблем во всем мире.

Хронические гепатиты

Хронический гепатит – диффузное полиэтиологическое воспалительное заболевание печени, обусловленное первичным поражением гепатоцитов различной степени выраженности, продолжающееся не менее 6 мес, которое способно трансформироваться в цирроз печени.

Этиологические факторы:

– острые гепатиты В, С, D, G, F;

– токсические факторы:

а) эндогенные – токсины, образующиеся при ожогах, инфекциях (малярия, бруцеллез, лейшманиоз, туберкулез, сифилис);

б) экзогенные: алкоголь, ядохимикаты, пестициды, лекарственные средства (противотуберкулезные, тетрациклин, аминазин, элениум, сульфаниламиды, реопирин, синэстрол, неробол, наркотические вещества, фторотан, гексенал, фенобарбитал, аллопуринол, 6-меркаптопурин, метотрексат и др.), немедикаментозные ксенобиотики, алкоголь;

– ионизирующая радиация;

– наследственные факторы и метаболические нарушения (болезнь Коновалова–Вильсона, гемохроматоз, недостаточность α 1-антитрипсина);

– тяжелые поражения органов пищеварения;

– коллагенозы: "диссеминированная красная волчанка", узелковый периартериит, системная склеродермия.

Цирроз печени – прогрессирующее полиэтиологическое диффузное хроническое заболевание печени, характеризующееся значительным снижением массы функционирующих гепатоцитов, выраженным фиброзом с нарушением структуры печеночной дольки и сосудистой системы печени.

Смертность от цирроза печени в развитых странах колеблется от 13 до 80 на 100 000 населения.

Этиологические факторы:

– вирусные гепатиты В, С, D (гепатит С приводит к развитию цирроза в 97 % случаев);

– хроническая интоксикация алкоголем;

– длительное употребление лекарственных гепатотоксических препаратов;

– различные химические интоксикации;

– болезни желчевыводящих путей (внутри- и внепеченочные);

– застойная сердечная недостаточность сердца;

– наследственные факторы и метаболические нарушения (гемохроматоз, недостаточность альфа-1-антитрипсина, тирозиноз, галактоземия и др.);

– окклюзионные процессы в системе воротной вены (флебопортальный цирроз);

– неясная этиология (первичный билиарный цирроз).

Осложнения:

1. Кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода.

2. Гепаторенальный синдром.

3. Печеночная кома (гепатоцеребральная недостаточность).
4. Симптоматические язвы желудка и 12-перстной кишки.
5. Остеопороз и остеомаляция

2. Учебные цели:

- овладение практическими умениями и навыками диагностики, лечения и профилактики хронического гепатита и цирроза печени

Для формирования профессиональных компетенций обучающийся должен **знать**:

- этиологию и патогенез хронического гепатита и цирроза печени;
- современную классификацию хронического гепатита и цирроза печени;
- клинические симптомы хронического гепатита и цирроза печени;
- осложнения хронического гепатита и цирроза печени;
- принципы лечения и профилактики хронического гепатита и цирроза печени, терапевтические дозы препаратов;
- показания и виды хирургического лечения;

В результате освоения темы занятия студент должен **владеть и уметь**:

- собрать анамнез у больного с хроническим гепатитом и циррозом печени;
- провести физикальное обследование больного с хроническим гепатитом и циррозом печени (осмотр, пальпацию, перкуссию);
- сформулировать правильно диагноз согласно МКБ-10 пересмотра;
- назначить целенаправленное, инструментальное и лабораторное исследование, интерпретировать его результаты;
- провести дифференциальный диагноз со сходными заболеваниями;
- назначить адекватное этиотропное, патогенетическое и симптоматическое лечение;
- определить меры первичной и вторичной профилактики;

И овладеть следующими компетенциями: ОПК-1, ОПК-3, ПК-3.

3. Материалы для самоподготовки к освоению данной темы:

Вопросы для самоподготовки:

- 1) Анатомия гепатобилиарной системы.
- 2) Этиология и патогенез хронического гепатита и цирроза печени.
- 3) Классификация хронического гепатита и цирроза печени.
- 4) Клиническая картина хронического гепатита и цирроза печени.
- 5) Лабораторные и инструментальные методы диагностики.
- 6) Лечение хронического гепатита и цирроза печени.
- 7) Первичная и вторичная профилактика.

4. Вид занятия: практическое занятие.

5. Продолжительность: 6 академических часа.

6. Оснащение: унифицированная схема истории болезни (для каждого студента); клинические истории болезни (5-6 больных); больные с различными заболеваниями (1 больной на 2-х студентов), мультимедийный проектор, видеоаппаратура, ноутбук, таблицы, схемы, наборы ЭКГ, R-грамм,

анализов крови, методические рекомендации для самостоятельной работы студентов по данной теме, наборы контролируемых тестов по теме.

7. Содержание занятия.

7.1. Контроль исходного уровня знаний и умений.

Задания для самоконтроля (см. приложение).

7.2. Разбор с преподавателем узловых вопросов, необходимых для освоения темы занятия и демонстрация преподавателем методики практических приемов по данной теме.

Проблемы этиологии, патогенеза, клиники, диагностики и лечения хронического гепатита и цирроза печени;

7.3. Демонстрация преподавателем методики практических приемов по данной теме:

- сбор анамнеза у больного с хроническим гепатитом и циррозом печени, по характерным жалобам, указывающим на поражение гепатобилиарной системы
- проведение физикального обследования больного хроническим гепатитом и циррозом печени (осмотр, пальпация, перкуссия);
- определение косвенных признаков, указывающие на хронический гепатит и цирроз печени
- назначение дополнительных методов исследования и оценка их результатов;
- назначение лечения (медикаментозное и немедикаментозное);

7.4. Самостоятельная работа студентов под руководством преподавателя (курация больных, оформление результатов проведенных исследований – написание фрагмента истории болезни).

Задание №1 - провести расспрос больного по следующей схеме:

- Паспортные данные больного (фамилия, имя, отчество), возраст, место жительства, место работы, профессия.
- Жалобы больного на момент осмотра. Они должны быть детализированы. Под детализацией жалоб понимается уточнение локализации неприятных ощущений (болей), их иррадиация (место отражения), интенсивность, характер (колет, сжимает, давит, жжет), время появления неприятных ощущений (болей), их длительность, причина, вызывающая их появление, от чего проходят. Вначале излагаются основные жалобы, затем дополнительные.

Опрос по системам провести по следующей схеме:

- Сердечно-сосудистая система: одышка (при движении, в покое, приступообразная), сердцебиение, отеки, боли в левой половине грудной клетки.
- Дыхательная система: одышка, кашель (сухой, с мокротой, постоянный, приступообразный), боли в грудной клетке при дыхании и кашле, характер мокроты (количество за сутки, цвет, запах, примесь крови).
- Система пищеварения: нарушение аппетита (снижение, повышение), диспепсические явления (тошнота, рвота, отрыжка, изжога), характер стула, боли в животе (их локализация, иррадиация, длительность, связь с приемом пищи).
- Мочевыделительная система: учащенное, болезненное мочеиспускание, боли в поясничной области, изменение характера мочи.
- Нервная система: работоспособность, уравновешенность нервных процессов, раздражительность, характер сна (легко засыпает, сколько часов спит подряд, легко ли просыпается, прибегает ли к снотворным).
- История данного заболевания (воспоминание о болезни). Для этого необходимо выяснить особенности начала (когда, внезапно или постепенно развились признаки заболевания и какие) и течение острого заболевания. К последним относится время появления, динамика симптомов, как установленных при опросе о жалобах, так и уже исчезнувших к моменту обращения к врачу, применявшееся лечение и его

эффективность. Если повышалась температура, уточнить ее уровень и продолжительность.

- Анамнез жизни. Для этого необходимо получить сведения о разнообразных факторах, воздействие которых могло обусловить те или иные особенности организма больного и его реакцию на различные раздражители, способствовать развитию определенного заболевания.

Задание №2 - записать данные, полученные при расспросе больного.

В присутствии группы доложить преподавателю полученные результаты самостоятельной работы с больными.

7.5. Контроль конечного уровня освоения темы занятия:

Ситуационные задачи (см. приложение).

Место проведения самоподготовки:

читальный зал, учебная комната для самостоятельной работы студентов.

Учебно-исследовательская работа студентов по данной теме:

Работа с основной и дополнительной литературой, самостоятельный разбор студентами текущих и архивных историй болезни стационара для анализа пропедевтических ошибок.

Литература.

Основная:

1. Моисеев В.С. Внутренние болезни: учебник. [Электронный ресурс]: в 2-х т. Электрон. текстовые дан. Т.1. -on-line. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970425794.html> / В.С. Моисеев, А.И. Мартынов, Н.А. Мухин. - М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2013г.

Дополнительная:

1. Внутренние болезни. Тесты и ситуационные задачи [Электронный ресурс]: учеб. пособие- Электрон. текстовые дан. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970423912.html> / В. И. Маколкин [и др.]. - М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2012
2. Междисциплинарные клинические задачи [Электронный ресурс]: сборник. Электрон. текстовые дан. -on-line. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/06-COS-2330.html> / Л. И. Дворецкий. - М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2012
3. Внутренние болезни: руководство к практическим занятиям по факультетской терапии [Электронный ресурс]: учеб. Пособие. - Электрон. текстовые дан. - on-line. - Режим доступа: ЭБС «Консультант студента» <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970411544.html> / В. И. Подзолков, А. А. Абрамова, О. Л. Белая [и др.] /под ред. В. И. Подзолкова. - М.: ГЭОТАР Медиа, 2010

Приложение

7.1. Задания для контроля исходного уровня знаний и умений:

1.Прямой билирубина в крови повышается при

- 1)гемолитической желтухе
- 2)печеночной желтухе
- 3)механической желтухе
- 4)все перечисленное верно

2.Наиболее информативным в диагностике активности хронического гепатита является

- 1)увеличение печеночных трансаминаз более 10 норм
- 2)гистологические изменения в печени
- 3)иммунологические показатели крови
- 4)гепатомегалия
- 5)желтуха

3.Выберите наиболее оптимальную схему лечения хронического аутоиммунного гепатита

- 1)кортикостероиды и гептрал
- 2)декарис и пегасис
- 3)делагил и витамины гр. В
- 4)эссенциале и декарис
- 5)кортикостероиды и азатиоприн

4.При угрозе печеночной комы следует ограничить в диете

- 1)углеводы
- 2)белки
- 3)жиры
- 4)жидкость
- 5)витамины группы в

5.Гепатопротекторами являются

- 1)атропин
- 2)адеметионин
- 3)преднизолон
- 4)УДХК
- 5)дигестал

6.Для цитолитического синдрома характерно повышение в крови

- 1)активности алт
- 2)активности аст
- 3)щелочной фосфатазы
- 4)связанного билирубина
- 5)гамма-глутаматтранспептидазы

7.Для перехода хронического гепатита в цирроз печени характерны

- 1)варикозное расширение вен пищевода
- 2)высокие цифра алт и аст
- 3)желтуха
- 4)гипоальбуминемия

5) все перечисленное

8. Повышение непрямого билирубина характерно для

- 1) надпеченочной желтухи
- 2) печеночной желтухи
- 3) подпеченочной желтухи

9. Цитолитический синдром у больных с гепатитами проявляется

- 1) лихорадкой, желтухой, геморрагическим диатезом
- 2) появлением внепеченочных знаков («печеночный язык», «печеночные ладони», пальмарная эритема, сосудистые звездочки)
- 3) снижением в сыворотке крови альбуминов, протромбина, холестерина, холинэстеразы
- 4) повышением в сыворотке крови связанного билирубина и уровня печеночных трансаминаз более 10 норм
- 5) все перечисленное верно

10. Для холестатического синдрома характерны

- 1) желтуха и упорный кожный зуд
- 2) появление ксантелазм
- 3) увеличение активности щелочной фосфатазы в крови
- 4) повышение уровня гамма-глутаматтранспептидазы
- 5) все перечисленное

7.5. Задания для контроля конечного уровня освоения темы занятия:

ЗАДАЧА 1. Больная О., 44 лет. На протяжении 4 лет отмечает зуд кожи, нарушение менструального цикла. Лечилась у дерматовенеролога с диагнозом «Нейродермит» и у гинеколога с диагнозом «Климактерическая дисфункция яичников». Отмечает постепенное снижение массы тела, иктеричность склер. При обследовании выявлена субиктеричность склер, пигментные пятна и множественные следы расчесов на коже туловища. Печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см, уплотненная, безболезненная. Селезенка не пальпируется. Билирубин – 77,2 мкмоль/л, прямой – 46,1 мкмоль/л, холестерин – 15 ммоль/л, СОЭ – 52 мм/ч.

- 1) Назовите наиболее вероятный диагноз.
- 2) С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
- 3) Какие методы помогут верифицировать поставленный вами диагноз?
- 4) План лечения.
- 5) Составить план реабилитации пациента.

ЗАДАЧА 2. Больной П., 55 лет, предъявляет жалобы на тупые боли в правой половине живота, слабость, повышенную утомляемость, плохой аппетит, вздутие живота, кожный зуд. Злоупотребляет алкоголем. Больным себя считает 3 года. Состояние постепенно ухудшается. При осмотре: желтушность кожных покровов и видимых слизистых оболочек. На коже – следы расчесов, сосудистые звездочки, пальмарная эритема. Живот увеличен в размерах, вздут, пальпаторно определяется болезненность в правом подреберье, печень на 4 см. выходит из-под края реберной дуги, край острый, плотный. Пальпируется нижний полюс селезенки. Отмечается притупление в отлогих местах живота. На передней брюшной стенке – выраженная венозная сеть. При исследовании крови выявлено: АСТ – 130 МЕ/л, АЛТ – 160 МЕ/л, общий билирубин – 75 мкмоль/л., прямой – 65 мкмоль/л, ГГТ – 475 МЕ/л, ЩФ – 225 МЕ/л.

- 1)Какие лабораторные синдромы выявлены у пациента.
- 2)Предварительный диагноз.
- 3)Какие дополнительные исследования необходимы для подтверждения диагноза?
- 4)План лечения.
- 5)Составить план реабилитации пациента.

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра внутренних болезней

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ
к практическому занятию на тему: Острый гломерулонефрит.
Хронический гломерулонефрит**

Дисциплина – Внутренние болезни

Специальность (код, название) - 31.05.02 Медицинская биофизика

Курс - V

Семестр - IX

Уфа – 2023

Рецензенты:

1. Главный врач ГБУЗ Республиканский
кардиологический центр, к.м.н.,

Николаева И.Е.

2. Зав. кафедрой общей физики
Уфимского университета науки и технологий,
д.ф.-м.н., профессор

Балапанов М. Х.

Авторы:

1. Ассистент кафедры внутренних болезней, Загидуллин Т.С.
2. Доцент кафедры внутренних болезней, к.м.н. Ильясова Т.М.
3. Зав. кафедрой внутренних болезней, доцент, к.м.н. Тюрин А.В.

Утверждено на заседании кафедры внутренних болезней № 9 от 05 апреля 2023г.

Занятие N 24

1. Тема и ее актуальность: Острый гломерулонефрит. Хронический гломерулонефрит.

Гломерулонефриты – группа иммунных заболеваний почек, характеризующихся первичным поражением клубочков и последующим вовлечением в патологический процесс интерстиция с тенденцией к прогрессированию, переходом в нефросклероз и развитием синдрома хронической почечной недостаточности. Впервые заболевание описано английским врачом Р. Брайтом в 1827, и длительное время все нефриты назывались «болезнью Брайта», в начале 20-го века появилась первая классификация Ф.Фольгарта и Т. Фара, разделившая гломерулонефриты по течению заболевания. Однако только с 1951 г., когда была разработана техника биопсии почек, начался активный этап изучения этой патологии. Этиология: более чем в половине случаев этиология хронических гломерулонефритов остается неизвестной. В отношении острого гломерулонефрита установлен возбудитель – стрептококки группы А штаммов 1,3,4,12 и 49. Наиболее велика роль штамма 12. Кроме того, в качестве этиологических факторов рассматриваются стафилококки, энтерококк, диплококки, бледная трепонема, цитомегаловирус, вирусы простого герпеса, гепатита В, Эпштейн-Бар, шистосома, малярийный плазмодий, токсоплазмы, лекарственные препараты, вакцины, яды.

2. Учебные цели:

- овладение практическими умениями и навыками диагностики, лечения и профилактики острого и хронического гломерулонефрита;

Для формирования профессиональных компетенций обучающийся должен **знать**:

- этиологию и патогенез острого и хронического гломерулонефрита;
- современную классификацию острого и хронического гломерулонефрита;
- клинические симптомы острого и хронического гломерулонефрита;
- осложнения острого и хронического гломерулонефрита;
- принципы лечения и профилактики острого и хронического гломерулонефрита;

В результате освоения темы занятия студент должен **владеть и уметь**:

- собрать анамнез у больного с острым и хроническим гломерулонефритом;
- провести физикальное обследование больного с острым и хроническим гломерулонефритом (осмотр, пальпацию, перкуссию);
- сформулировать правильно диагноз согласно МКБ-10 пересмотра;
- назначить целенаправленное, инструментальное и лабораторное исследование, интерпретировать его результаты;
- провести дифференциальный диагноз со сходными заболеваниями;
- назначить адекватное этиотропное, патогенетическое и симптоматическое лечение;
- определить меры первичной и вторичной профилактики;

И овладеть следующими компетенциями: ОПК-1, ОПК-3, ПК-3.

3. Материалы для самоподготовки к освоению данной темы:

Вопросы для самоподготовки:

- 1) Анатомия мочевыводящей системы.
- 2) Этиология и патогенез, изменения уродинамики при остром и хроническом гломерулонефритах.
- 3) Классификация острого и хронического гломерулонефрита.

- 4) Клиническая картина острого и хронического гломерулонефрита.
- 5) Лабораторные и инструментальные методы диагностики.
- 6) Лечение острого и хронического гломерулонефрита.
- 7) Первичная и вторичная профилактика.

4. Вид занятия: практическое занятие.

5. Продолжительность: 6 академических часа.

6. Оснащение: унифицированная схема истории болезни (для каждого студента); клинические истории болезни (5-6 больных); больные с различными заболеваниями (1 больной на 2-х студентов), мультимедийный проектор, видеоаппаратура, ноутбук, таблицы, схемы, наборы ЭКГ, Р-грамм, анализов крови, методические рекомендации для самостоятельной работы студентов по данной теме, наборы контролирующих тестов по теме.

7. Содержание занятия.

7.1. Контроль исходного уровня знаний и умений.

Задания для самоконтроля (см. приложение).

7.2. Разбор с преподавателем узловых вопросов, необходимых для освоения темы занятия и демонстрация преподавателем методики практических приемов по данной теме.

а) Проблемы этиологии, патогенеза, клиники, диагностики и лечения острого и хронического гломерулонефрита;

7.3. Демонстрация преподавателем методики практических приемов по данной теме:

- сбор анамнеза у больного острым и хроническим гломерулонефритом, по характерным жалобам, указывающим на поражение мочевыводящей системы;
- проведение физикального обследования больного острым и хроническим гломерулонефритом (осмотр, пальпация, перкуссия);
- выявление прямых или “клапанных” признаков острого и хронического гломерулонефрита;
- определение косвенных признаков, указывающие на выраженность острого и хронического гломерулонефрита;
- назначение дополнительных методов исследования и оценка их результатов;
- назначение лечения (медикаментозное и немедикаментозное);

7.4. Самостоятельная работа студентов под руководством преподавателя (курация больных, оформление результатов проведенных исследований – написание фрагмента истории болезни).

Задание №1 - провести расспрос больного по следующей схеме:

- Паспортные данные больного (фамилия, имя, отчество), возраст, место жительства, место работы, профессия.
- Жалобы больного на момент осмотра. Они должны быть детализированы. Под детализацией жалоб понимается уточнение локализации неприятных ощущений (болей), их иррадиация (место отражения), интенсивность, характер (колет, сжимает, давит, жжет), время появления неприятных ощущений (болей), их длительность, причина, вызывающая их появление, от чего проходят. Вначале излагаются основные жалобы, затем дополнительные.

Опрос по системам провести по следующей схеме:

- Сердечно-сосудистая система: одышка (при движении, в покое, приступообразная), сердцебиение, отеки, боли в левой половине грудной клетки.
- Дыхательная система: одышка, кашель (сухой, с мокротой, постоянный, приступообразный), боли в грудной клетке при дыхании и кашле, характер мокроты (количество за сутки, цвет, запах, примесь крови).

- Система пищеварения: нарушение аппетита (снижение, повышение), диспепсические явления (тошнота, рвота, отрыжка, изжога), характер стула, боли в животе (их локализация, иррадиация, длительность, связь с приемом пищи).
- Мочевыделительная система: учащенное, болезненное мочеиспускание, боли в поясничной области, изменение характера мочи.
- Нервная система: работоспособность, уравновешенность нервных процессов, раздражительность, характер сна (легко засыпает, сколько часов спит подряд, легко ли просыпается, прибегает ли к снотворным).
- История данного заболевания (воспоминание о болезни). Для этого необходимо выяснить особенности начала (когда, внезапно или постепенно развились признаки заболевания и какие) и течение острого заболевания. К последним относится время появления, динамика симптомов, как установленных при опросе о жалобах, так и уже исчезнувших к моменту обращения к врачу, применявшееся лечение и его эффективность. Если повышалась температура, уточнить ее уровень и продолжительность.
- Анамнез жизни. Для этого необходимо получить сведения о разнообразных факторах, воздействие которых могло обусловить те или иные особенности организма больного и его реакцию на различные раздражители, способствовать развитию определенного заболевания.

Задание №2 - записать данные, полученные при расспросе больного.

В присутствии группы доложить преподавателю полученные результаты самостоятельной работы с больными.

7.5. Контроль конечного уровня освоения темы занятия:
Ситуационные задачи (см. приложение).

Место проведения самоподготовки:

читальный зал, учебная комната для самостоятельной работы студентов.

Учебно-исследовательская работа студентов по данной теме:

Работа с основной и дополнительной литературой, самостоятельный разбор студентами текущих и архивных историй болезни стационара для анализа пропедевтических ошибок.

Литература.

Основная:

1. Моисеев В.С. Внутренние болезни: учебник. [Электронный ресурс]: в 2-х т. Электрон. текстовые дан. Т.1. -on-line. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970425794.html> / В.С. Моисеев, А.И. Мартынов, Н.А. Мухин. - М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2013г.

Дополнительная:

1. Внутренние болезни. Тесты и ситуационные задачи [Электронный ресурс]: учеб. пособие- Электрон. текстовые дан. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970423912.html/> В. И. Маколкин [и др.]. - М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2012
2. Междисциплинарные клинические задачи [Электронный ресурс]: сборник. Электрон. текстовые дан. -on-line. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/06-COS-2330.html/> Л. И. Дворецкий. - М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2012
3. Внутренние болезни: руководство к практическим занятиям по факультетской терапии [Электронный ресурс]: учеб. Пособие. - Электрон. текстовые дан. - on-line. - Режим доступа: ЭБС «Консультант студента» <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970411544.html/> В. И. Подзолков, А. А. Абрамова, О. Л. Белая [и др.] /под ред. В. И. Подзолкова. - М.: ГЭОТАР Медиа, 2010

Приложение

7.1. Задания для контроля исходного уровня знаний и умений:

1. Основная причина острого гломерулонефрита

- 1) бета-гемолитический стрептококк
- 2) грибы
- 3) микобактерии
- 4) простейшие

2. При гломерулонефрите преимущественно поражаются почечные

- 1) канальцы
- 2) клубочки
- 3) лоханки
- 4) чашечки

3. Моча цвета «мясных помоев» обусловлена содержанием большого количества

- 1) белка
- 2) бактерий
- 3) лейкоцитов
- 4) эритроцитов

4. В какой срок после перенесенной инфекции развивается острый гломерулонефрит:

- 1) 10-12 дней;
- 2) 3-4 дня;
- 3) 7 дней;
- 4) 30 дней;
- 5) 2 месяца.

5. Что включает в себя классическая триада симптомов острого гломерулонефрита? а) отеки; б) одышка; в) гипертония; г) шематурия; д) сердцебиение. Выберите правильную комбинацию ответов:

- 1) а, в, г;
- 2) в, г, д;
- 3) а, г, д;
- 4) а, б, в.

6. Наиболее прогностически благоприятными являются типы хронического гломерулонефрита: а) нефротический; б) нефротически-гипертонический; в) максимально активный нефритический; г) активный нефритический; д) неактивный нефритический. Выберите правильную комбинацию ответов:

- 1) а, д;
- 2) а, б, д;
- 3) б, д;
- 4) а;
- 5) а, в.

7. Для лечения хронического гломерулонефрита в настоящее время

используются: а) глюкокортикостероиды; б) гепарин; в) курантил; г) индометацин; д) цитостатики. Выберите правильную комбинацию ответов:

- 1) а, д;
- 2) а, б, д;
- 3) а, б, в, д;
- 4) а, г;
- 5) а, б, г.

8. Наиболее информативный метод диагностики варианта хронического гломерулонефрита:

- 1) исследование мочи;
- 2) УЗИ почек;
- 3) биопсия почек;
- 4) внутривенная урография.

9. Для какого варианта хронического гломерулонефрита характерны гипоальбуминемия (до 30 г/л), выраженная протеинурия (более 3,5 г белка в сутки):

- 1) латентный;
- 2) нефротический;
- 3) гематурический;
- 4) гипертонический;
- 5) смешанный.

10. Какой вариант хронического гломерулонефрита встречается редко, характеризуется благоприятным течением, редким развитием ХПН:

- 1) латентный;
- 2) нефротический;
- 3) гематурический;
- 4) гипертонический;
- 5) смешанный.

7.5. Задания для контроля конечного уровня освоения темы занятия:

Задание 1

Больной В., 27 лет, юрист, обратился с жалобами на резкую слабость, одышку, головную боль, тошноту, отеки на лице. В 16-летнем возрасте перенес острый гломерулонефрит. После этого оставались головные боли, слабость, изменения в моче. Ухудшение состояния связывает с переохлаждением.

Объективно: температура: 37,3° С.. Кожа сухая, бледная, одутловатость лица, отеки на ногах. Левая граница относительной сердечной тупости определяется по левой среднеключичной линии. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 79 в мин., АД 185/100 мм

рт.ст. Язык влажный, обложен беловатым налетом. Живот мягкий, безболезненный.

Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

1. Назовите необходимые дополнительные исследования.
2. Перечислите возможные осложнения.
3. Принципы терапии

Задание 2

Больной М., 56 лет обратился к врачу с жалобами на слабость, быструю утомляемость, подъем температуры до 38,5 °С, боли в области поясницы, отеки ног, рук, отечность лица, больше в утреннее время, головную боль. Свое состояние связывает с переохлаждением. В анамнезе 3 года назад при обследовании по поводу повышенного АД в анализах мочи были выявлены протеинурия, гематурия, лейкоцитурия. Был поставлен диагноз: «хронический гломерулонефрит, латентная форма». Больной поставлен на учет, однако в последующий период к врачу не обращался. Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные, гиперемия слизистой вокруг зева. В легких везикулярное дыхание с жестковатым оттенком, ЧДД — 21 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, АД — 190/105 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень на 1 см ниже края реберной дуги, безболезненна. Симптом поколачивания слабopоложительный с двух сторон. Выраженные отеки голеней, рук, лица.

1. О какой форме хронического гломерулонефрита идет речь?
2. Диагностические критерии постановки диагноза.
3. Выбор ведения пациента – в амбулаторных условиях или госпитализация?

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра внутренних болезней

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ
к практическому занятию на тему: Хронический пиелонефрит.
Хроническая болезнь почек**

Дисциплина – Внутренние болезни

Специальность (код, название) - 31.05.02 Медицинская биофизика

Курс - V

Семестр - IX

Уфа – 2023

Рецензенты:

1. Главный врач ГБУЗ Республиканский
кардиологический центр, к.м.н.,

Николаева И.Е.

2. Зав. кафедрой общей физики
Уфимского университета науки и технологий,
д.ф.-м.н., профессор

Балапанов М. Х.

Авторы:

1. Ассистент кафедры внутренних болезней, Загидуллин Т.С.

2. Доцент кафедры внутренних болезней, к.м.н. Ишмухаметова А.Н.

3. Зав. кафедрой внутренних болезней, доцент, к.м.н. Тюрин А.В.

Утверждено на заседании кафедры внутренних болезней № 9 от 05 апреля 2023г.

Занятие N 25

1. Тема и ее актуальность: Хронический пиелонефрит. Хроническая болезнь почек.

ПИЕЛОНЕФРИТ – это микробно-воспалительное заболевание почек с преимущественным поражением чашечно-лоханочной системы, интерстициальной ткани паренхимы почек и канальцев.

Хроническая болезнь почек (ХБП) представляет собой серьезную проблему для здравоохранения, которая может затрагивать до 10% населения. Эта проблема сопряжена с высоким уровнем заболеваемости и смертности и требует значительных затрат ресурсов системы здравоохранения.

2. Учебные цели:

- овладение практическими умениями и навыками диагностики, лечения и профилактики хронического пиелонефрита и хронической болезни почек;

Для формирования профессиональных компетенций обучающийся должен **знать**:

- этиологию и патогенез хронического пиелонефрита и хронической болезни почек;
- современную классификацию хронического пиелонефрита и хронической болезни почек;
- клинические симптомы хронического пиелонефрита и хронической болезни почек;
- осложнения хронического пиелонефрита и хронической болезни почек;
- принципы лечения и профилактики хронического пиелонефрита и хронической болезни почек, терапевтические дозы препаратов;
- показания и виды хирургического лечения;

В результате освоения темы занятия студент должен **владеть и уметь**:

- собрать анамнез у больного хроническим пиелонефритом и хронической болезнью почек;
- провести физикальное обследование больного хроническим пиелонефритом и хронической болезнью почек (осмотр, пальпацию, перкуссию);
- сформулировать правильно диагноз согласно МКБ-10 пересмотра;
- назначить целенаправленное, инструментальное и лабораторное исследование, интерпретировать его результаты;
- провести дифференциальный диагноз со сходными заболеваниями;
- назначить адекватное этиотропное, патогенетическое и симптоматическое лечение;
- определить меры первичной и вторичной профилактики;

И овладеть следующими компетенциями: ОПК-1, ОПК-3, ПК-3.

3. Материалы для самоподготовки к освоению данной темы:

Вопросы для самоподготовки:

- 1) Анатомия мочевыводящей системы.
- 2) Этиология и патогенез, изменения уродинамики при хроническом пиелонефрите и хронической болезни почек.
- 3) Классификация хронического пиелонефрита и хронической болезни почек.
- 4) Клиническая картина хронического пиелонефрита и хронической болезни почек.
- 5) Лабораторные и инструментальные методы диагностики.
- 6) Лечение хронического пиелонефрита и хронической болезни почек.

7) Первичная и вторичная профилактика.

4. Вид занятия: практическое занятие.

5. Продолжительность: 6 академических часа.

6. Оснащение: унифицированная схема истории болезни (для каждого студента); клинические истории болезни (5-6 больных); больные с различными заболеваниями (1 больной на 2-х студентов), мультимедийный проектор, видеоаппаратура, ноутбук, таблицы, схемы, наборы ЭКГ, R-грамм, анализов крови, методические рекомендации для самостоятельной работы студентов по данной теме, наборы контролирующих тестов по теме.

7. Содержание занятия.

7.1. Контроль исходного уровня знаний и умений.

Задания для самоконтроля (см. приложение).

7.2. Разбор с преподавателем узловых вопросов, необходимых для освоения темы занятия и демонстрация преподавателем методики практических приемов по данной теме.

а) Проблемы этиологии, патогенеза, клиники, диагностики и лечения хронического пиелонефрита и хронической болезни почек.;

7.3. Демонстрация преподавателем методики практических приемов по данной теме:

- сбор анамнеза у больного хроническим пиелонефритом и хронической болезнью почек., по характерным жалобам, указывающим на поражение мочевыводящей системы;
- проведение физикального обследования больного хроническим пиелонефритом и хронической болезнью почек (осмотр, пальпация, перкуссия);
- выявление прямых или “косвенных” признаков хроническим пиелонефритом и хронической болезнью почек;
- определение косвенных признаков, указывающие на выраженность хронического пиелонефрита и хронической болезни почек и нарушение уродинамики;
- назначение дополнительных методов исследования и оценка их результатов;
- назначение лечения (медикаментозное и немедикаментозное);

7.4. Самостоятельная работа студентов под руководством преподавателя (курация больных, оформление результатов проведенных исследований – написание фрагмента истории болезни).

Задание №1 - провести расспрос больного по следующей схеме:

- Паспортные данные больного (фамилия, имя, отчество), возраст, место жительства, место работы, профессия.
- Жалобы больного на момент осмотра. Они должны быть детализированы. Под детализацией жалоб понимается уточнение локализации неприятных ощущений (болей), их иррадиация (место отражения), интенсивность, характер (колет, сжимает, давит, жжет), время появления неприятных ощущений (болей), их длительность, причина, вызывающая их появление, от чего проходят. Вначале излагаются основные жалобы, затем дополнительные.

Опрос по системам провести по следующей схеме:

- Сердечно-сосудистая система: одышка (при движении, в покое, приступообразная), сердцебиение, отеки, боли в левой половине грудной клетки.
- Дыхательная система: одышка, кашель (сухой, с мокротой, постоянный, приступообразный), боли в грудной клетке при дыхании и кашле, характер мокроты (количество за сутки, цвет, запах, примесь крови).

- Система пищеварения: нарушение аппетита (снижение, повышение), диспепсические явления (тошнота, рвота, отрыжка, изжога), характер стула, боли в животе (их локализация, иррадиация, длительность, связь с приемом пищи).
- Мочевыделительная система: учащенное, болезненное мочеиспускание, боли в поясничной области, изменение характера мочи.
- Нервная система: работоспособность, уравновешенность нервных процессов, раздражительность, характер сна (легко засыпает, сколько часов спит подряд, легко ли просыпается, прибегает ли к снотворным).
- История данного заболевания (воспоминание о болезни). Для этого необходимо выяснить особенности начала (когда, внезапно или постепенно развились признаки заболевания и какие) и течение острого заболевания. К последним относится время появления, динамика симптомов, как установленных при опросе о жалобах, так и уже исчезнувших к моменту обращения к врачу, применявшееся лечение и его эффективность. Если повышалась температура, уточнить ее уровень и продолжительность.
- Анамнез жизни. Для этого необходимо получить сведения о разнообразных факторах, воздействие которых могло обусловить те или иные особенности организма больного и его реакцию на различные раздражители, способствовать развитию определенного заболевания.

Задание №2 - записать данные, полученные при расспросе больного.

В присутствии группы доложить преподавателю полученные результаты самостоятельной работы с больными.

7.5. Контроль конечного уровня освоения темы занятия:
Ситуационные задачи (см. приложение).

Место проведения самоподготовки:

читальный зал, учебная комната для самостоятельной работы студентов.

Учебно-исследовательская работа студентов по данной теме:

Работа с основной и дополнительной литературой, самостоятельный разбор студентами текущих и архивных историй болезни стационара для анализа пропедевтических ошибок.

Литература.

Основная:

1. Моисеев В.С. Внутренние болезни: учебник. [Электронный ресурс]: в 2-х т. Электрон. текстовые дан. Т.1. -on-line. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970425794.html> / В.С. Моисеев, А.И. Мартынов, Н.А. Мухин. - М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2013г.

Дополнительная:

1. Внутренние болезни. Тесты и ситуационные задачи [Электронный ресурс]: учеб. пособие-Электрон. текстовые дан. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970423912.html>/ В. И. Маколкин [и др.]. - М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2012
2. Междисциплинарные клинические задачи [Электронный ресурс]: сборник. Электрон. текстовые дан. -on-line. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/06-COS-2330.html>/ Л. И. Дворецкий. - М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2012
3. Внутренние болезни: руководство к практическим занятиям по факультетской терапии [Электронный ресурс]: учеб. Пособие. - Электрон. текстовые дан. - on-line. - Режим доступа: ЭБС «Консультант студента» <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970411544.html>/ В. И. Подзолков, А. А. Абрамова, О. Л. Белая [и др.] /под ред. В. И. Подзолкова. - М.: ГЭОТАР Медиа, 2010

Приложение

7.1. Задания для контроля исходного уровня знаний и умений:

Укажите ошибку

1. При ХБП I стадии проводят
 - 1) Лечение основного заболевания
 - 2) Устранение факторов, усиливающих течение ХБП
 - 3) Водный режим свободный
 - 4) Диетотерапия с ограничением белка
 - 5) Контроль за артериальной гипертензией

2. Признак ХПН
 - 1) Артериальная гипертензия
 - 2) Гиперкалиемия
 - 3) Повышение уровня креатинина крови
 - 4) Олигурия
 - 5) Анемия

3. Для определения степени тяжести ХБП имеет значение показатель
 - 1) Уровень креатинина крови
 - 2) Показатели КЩС
 - 3) Величина клубочковой фильтрации
 - 4) Выраженность отечного синдрома
 - 5) Выраженность анемии

4. Причина ХПН
 - 1) Хронический гломерулонефрит
 - 2) Хронический пиелонефрит
 - 3) Острый внутрисосудистый гемолиз
 - 4) Амилоидоз

5. Уремическая интоксикация обусловлена
 - 1) Задержкой продуктов азотистого обмена – креатинина и мочевины
 - 2) Массивной протеинурией
 - 3) Водно-электролитными нарушениями
 - 4) Гиперсекрецией паратгормона
 - 5) Изменениями КЩС

6. Перечисленные факторы утяжеляют течение ХБП
 - 1) Инфекция мочевых путей
 - 2) Малокалорийная диета
 - 3) Лечение аминогликозидами
 - 4) Сердечная недостаточность
 - 5) Артериальная гипертензия

7. Причины анемии при ХБП
 - 1) Дефицит трансферрина
 - 2) Дефицит эритропоэтинов
 - 3) Кровопотери
 - 4) Гемолиз
 - 5) Дефицит фолиевой кислоты

Выберите один правильный ответ

8. О почечной недостаточности свидетельствует
- 1) Белок более 3г/л
 - 2) Белок менее 1г/л
 - 3) Относительная плотность менее 1005
 - 4) Большое количество уратов
 - 5) Большое количество клеток почечного эпителия
9. В лечение ХБП III стадии включено
- 1) Соблюдение диеты
 - 2) Проведение гемодиализа
 - 3) Устранение провоцирующих факторов
 - 4) Использование диуретиков
 - 5) Применение гипотензивных препаратов
10. Уремия характеризуется
- 1) Повышением уровня мочевины крови
 - 2) Повышением уровня мочевины и креатинина
 - 3) Клиническими проявлениями интоксикации, связанными с почечной недостаточностью
 - 4) Нарушением кислотно-щелочного состояния
 - 5) Олигурией

7.5. Задания для контроля конечного уровня освоения темы занятия:

Задание 1

Больная 36 лет, поступила с жалобами на головные боли, одышку, отеки, снижение зрения. В течение 20 лет страдает сахарным диабетом I типа, тяжелого течения. Последние 3 года обнаружены изменения в анализах мочи, повышение АД, отеки на лице и ногах. Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные. Распространенные теплые, мягкие отеки. Границы сердца смещены влево на 2 см, тоны приглушены, акцент II тона на аорте. ЧСС 88 в мин. АД 210/120 мм рт.ст. Анализ крови: Нв 92 г/л, лейкоциты 5,6x10⁹/л. СОЭ 48 мм/час. Общий анализ мочи: относительная плотность 1,015, белок – 6,6 г/л, глюкоза 0,5%, эритроциты 2-3 в п/зр., лейкоциты до 30 в п/зр. Креатинин сыворотки крови 320 мкмоль/л. Калий крови 5,1 ммоль/л. Глазное дно – ретинопатия.

1. Предполагаемый диагноз.
2. План дополнительного обследования больного.
3. Объясните изменения в биохимическом анализе крови
4. С какими заболеваниями проводится дифференциальный диагноз?
5. Предложите план лечения

Задание 2

Больного 44 лет, беспокоят жажда, снижение аппетита, кожный зуд, резко выраженная слабость, уменьшение количества мочи до 250 мл/сут, тошнота, однократная рвота при поступлении. В течение 10 лет повышение цифр АД до 200/115 мм рт.ст. При объективном исследовании кожные покровы бледные с субиктеричным оттенком, сухие, следы расчесов. Отеков нет. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные, акцент II тона над аортой. ЧСС 95 в минуту. АД 220/120 мм рт.ст. Живот мягкий,

безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Анализ крови: Нв 75 г/л, лейкоциты $6,5 \times 10^9$ /л. Лейкоцитарная формула не изменена. СОЭ 25 мм/ч. Общий анализ мочи: относительная плотность 1,006, белок – 0,66 г/л, эритроциты 3-5 в п/зр., лейкоциты 3-4 в п/зр. Креатинин сыворотки крови 1150 мкмоль/л. Калий крови 7,0 ммоль/л. Размеры почек при УЗИ: правая – 8,0 x 3,5 см, левая – 8,2 x 3,8 см., корковый слой почек подчеркнут и истончен.

1. Предполагаемый диагноз.
2. План дополнительного обследования больного.
3. Объясните изменения в биохимическом анализе крови
4. С какими заболеваниями проводится дифференциальный диагноз?
5. Предложите план лечения

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра внутренних болезней

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ
к практическому занятию на тему: Анемии. Железодефицитная анемия**

Дисциплина – Внутренние болезни
Специальность (код, название) - 31.05.02 Медицинская биофизика
Курс - V
Семестр - IX

Уфа – 2023

Рецензенты:

1. Главный врач ГБУЗ Республиканский
кардиологический центр, к.м.н.,

Николаева И.Е.

2. Зав. кафедрой общей физики
Уфимского университета науки и технологий,
д.ф.-м.н., профессор

Балапанов М. Х.

Авторы:

1. Ассистент кафедры внутренних болезней, Загидуллин Т.С.

2. Доцент кафедры внутренних болезней, к.м.н. Явгильдина А.М.

3. Зав. кафедрой внутренних болезней, доцент, к.м.н. Тюрин А.В.

Утверждено на заседании кафедры внутренних болезней № 9 от 05 апреля 2023г.

Занятие N 26

1. Тема и ее актуальность: Анемии. Железодефицитная анемия

Актуальность изучения данной темы связана с широким распространением железодефицитной анемии в популяции, с проблемой диагностики и лечения которой неизбежно сталкивается врач любой специальности.

Уменьшение содержания железа в организме (в тканевых депо, в сыворотке крови и костном мозге) приводит к нарушению образования гемоглобина (Hb) и снижению темпов его синтеза, накоплению свободных протопорфиринов в эритроцитах, развитию гипохромной анемии и трофических расстройств в различных органах и тканях.

В связи с этим систематизация методов диагностики, лечения и профилактики железодефицитных состояний (ЖДС) является чрезвычайно актуальной задачей.

2. Учебные цели:

- овладение практическими умениями и навыками диагностики, лечения и профилактики анемий и железодефицитной анемии;

Для формирования профессиональных компетенций обучающийся должен **знать**:

- этиологию и патогенез анемий и железодефицитной анемии;
- современную классификацию анемий и железодефицитной анемии;
- клинические симптомы анемий и железодефицитной анемии;
- показатели дополнительных методов исследований;
- осложнения анемий и железодефицитной анемии;
- принципы лечения и профилактики анемий и железодефицитной анемии, терапевтические дозы препаратов;

В результате освоения темы занятия студент должен **владеть и уметь**:

- собрать анамнез у больного с анемиями и железодефицитной анемией;
- провести физикальное обследование больного с анемиями и железодефицитной анемии (осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию);
- сформулировать правильно диагноз согласно МКБ-10 пересмотра;
- назначить целенаправленное, инструментальное и лабораторное исследование, интерпретировать его результаты;
- провести дифференциальный диагноз со сходными заболеваниями;
- назначить адекватное этиотропное, патогенетическое и симптоматическое лечение;
- определить меры первичной и вторичной профилактики;

И овладеть следующими компетенциями: ОПК-1, ОПК-3, ПК-3.

3. Материалы для самоподготовки к освоению данной темы:

Вопросы для самоподготовки:

- 1) Анатомия кроветворной системы.
- 2) Этиология и патогенез, изменения гемодинамики при анемиях и железодефицитной анемии.
- 3) Классификация анемий и железодефицитной анемии.
- 4) Клиническая картина анемий и железодефицитной анемии.
- 5) Лабораторные и инструментальные методы диагностики.
- 6) Лечение анемий и железодефицитной анемии.
- 7) Первичная и вторичная профилактика.

4. Вид занятия: практическое занятие.

5. Продолжительность: 6 академических часа.

6. Оснащение: унифицированная схема истории болезни (для каждого студента); клинические истории болезни (5-6 больных); больные с различными заболеваниями (1 больной на 2-х студентов), мультимедийный проектор, видеоаппаратура, ноутбук, таблицы, схемы, наборы ЭКГ, R-грамм, анализов крови, методические рекомендации для самостоятельной работы студентов по данной теме, наборы контролирующих тестов по теме.

7. Содержание занятия.

7.1. Контроль исходного уровня знаний и умений.

Задания для самоконтроля (см. приложение).

7.2. Разбор с преподавателем узловых вопросов, необходимых для освоения темы занятия и демонстрация преподавателем методики практических приемов по данной теме.

а) Проблемы этиологии, патогенеза, клиники, диагностики и лечения анемий и железодефицитной анемии;

7.3. Демонстрация преподавателем методики практических приемов по данной теме:

- сбор анамнеза у больного с железодефицитной анемией, по характерным жалобам, указывающим на поражение кроветворной системы, определение типа анемии;
- проведение физикального обследования больного с анемиями и железодефицитной анемией (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация);
- выявление прямых или “косвенных” признаков анемий и железодефицитной анемии;
- назначение дополнительных методов исследования и оценка их результатов;
- назначение лечения (медикаментозное и немедикаментозное);

7.4. Самостоятельная работа студентов под руководством преподавателя (курация больных, оформление результатов проведенных исследований – написание фрагмента истории болезни).

Задание №1 - провести расспрос больного по следующей схеме:

- Паспортные данные больного (фамилия, имя, отчество), возраст, место жительства, место работы, профессия.
- Жалобы больного на момент осмотра. Они должны быть детализированы. Под детализацией жалоб понимается уточнение локализации неприятных ощущений (болей), их иррадиация (место отражения), интенсивность, характер (колет, сжимает, давит, жжет), время появления неприятных ощущений (болей), их длительность, причина, вызывающая их появление, от чего проходят. Вначале излагаются основные жалобы, затем дополнительные.

Опрос по системам провести по следующей схеме:

- Сердечно-сосудистая система: одышка (при движении, в покое, приступообразная), сердцебиение, отеки, боли в левой половине грудной клетки.
- Дыхательная система: одышка, кашель (сухой, с мокротой, постоянный, приступообразный), боли в грудной клетке при дыхании и кашле, характер мокроты (количество за сутки, цвет, запах, примесь крови).
- Система пищеварения: нарушение аппетита (снижение, повышение), диспепсические явления (тошнота, рвота, отрыжка, изжога), характер стула, боли в животе (их локализация, иррадиация, длительность, связь с приемом пищи).
- Мочевыделительная система: учащенное, болезненное мочеиспускание, боли в поясничной области, изменение характера мочи.

- Нервная система: работоспособность, уравновешенность нервных процессов, раздражительность, характер сна (легко засыпает, сколько часов спит подряд, легко ли просыпается, прибегает ли к снотворным).

- История данного заболевания (воспоминание о болезни). Для этого необходимо выяснить особенности начала (когда, внезапно или постепенно развились признаки заболевания и какие) и течение острого заболевания. К последним относится время появления, динамика симптомов, как установленных при опросе о жалобах, так и уже исчезнувших к моменту обращения к врачу, применявшееся лечение и его эффективность. Если повышалась температура, уточнить ее уровень и продолжительность.

- Анамнез жизни. Для этого необходимо получить сведения о разнообразных факторах, воздействие которых могло обусловить те или иные особенности организма больного и его реакцию на различные раздражители, способствовать развитию определенного заболевания.

Задание №2 - записать данные, полученные при расспросе больного.

В присутствии группы доложить преподавателю полученные результаты самостоятельной работы с больными.

7.5. Контроль конечного уровня освоения темы занятия:

Ситуационные задачи (см. приложение).

Место проведения самоподготовки:

читальный зал, учебная комната для самостоятельной работы студентов.

Учебно-исследовательская работа студентов по данной теме:

Работа с основной и дополнительной литературой, самостоятельный разбор студентами текущих и архивных историй болезни стационара для анализа пропедевтических ошибок.

Литература.

Основная:

1. Моисеев В.С. Внутренние болезни: учебник. [Электронный ресурс]: в 2-х т. Электрон. текстовые дан. Т.1. -on-line. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970425794.html> / В.С. Моисеев, А.И. Мартынов, Н.А. Мухин. - М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2013г.

Дополнительная:

1. Внутренние болезни. Тесты и ситуационные задачи [Электронный ресурс]: учеб. пособие-Электрон. текстовые дан. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970423912.html>/ В. И. Маколкин [и др.]. - М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2012
2. Междисциплинарные клинические задачи [Электронный ресурс]: сборник. Электрон. текстовые дан. -on-line. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/06-COS-2330.html>/ Л. И. Дворецкий. - М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2012
3. Внутренние болезни: руководство к практическим занятиям по факультетской терапии [Электронный ресурс]: учеб. Пособие. - Электрон. текстовые дан. - on-line. - Режим доступа: ЭБС «Консультант студента» <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970411544.html>/ В. И. Подзолков, А. А. Абрамова, О. Л. Белая [и др.] /под ред. В. И. Подзолкова. - М.: ГЭОТАР Медиа, 2010

Приложение

7.1. Задания для контроля исходного уровня знаний и умений:

1. Как называется синдром, проявляющийся снижением содержания Hb в единице объема крови ?

- а) полицитемия
- б) эритроцитоз
- в) анемия

2. Повышение содержания Hb по сравнению с верхней границей нормы имеет место во всех случаях, кроме:

- а) истинная полицитемия
- б) у жителей высокогорья
- в) у летчиков, после высотных полетов
- г) лейкоз

3. Укажите нормальное содержание эритроцитов в периферической крови у здоровых мужчин:

- а) $4,0 - 5,0 \cdot 10^{12}$ /л.
- б) $3,9 - 4,7 \cdot 10^{12}$ /л.
- в) $3,0 - 4,0 \cdot 10^{12}$ /л.
- г) $5,0 - 6,0 \cdot 10^{12}$ /л.

4. Укажите нормальное содержание эритроцитов у здоровых женщин:

- а) $4,0 - 5,0 \cdot 10^{12}$ /л.
- б) $3,9 - 4,7 \cdot 10^{12}$ /л.
- в) $3,0 - 4,0 \cdot 10^{12}$ /л.
- г) $5,0 - 6,0 \cdot 10^{12}$ /л.

5. Нормальное содержание Hb у мужчин составляет:

- а) 120 - 140 г/л
- б) 130 - 160 г/л
- в) 150 - 170 г/л

6. Увеличение гематокритного числа характерно для:

- а) лейкоз
- б) анемия
- в) компенсаторные эритроцитозы

7. Для какого вида анемии характерно снижение цветового показателя ниже 0,8 ?

- а) апластическая анемия
- б) гемолитическая анемия
- в) нормохромная анемия
- г) В12-дефицитная анемия
- д) железодефицитная анемия

8. Нормохромный характер анемии не наблюдается при:

- а) апластическая анемия
- б) лейкозы
- в) хроническая почечная недостаточность
- г) В12-дефицитная анемия

9. Нормохромный характер анемии имеет место при:

- а) железодефицитная анемия
- б) фолиеводефицитная анемия
- в) гемолитическая анемия
- г) хроническая постгеморрагическая анемия

10. Основой лечения железодефицитной анемии является ...

- а) диета, содержащая большое количество железа,
- б) трансфузии эритроцитарной массы,
- в) парэнтеральное введение препаратов железа,
- г) прием препаратов железа внутрь,
- д) комплекс указанных мероприятий.

7.5. Задания для контроля конечного уровня освоения темы занятия:

Задание 1

Больной В., 55 лет. Три года назад перенес обширную резекцию желудка по поводу язвенной болезни. После операции уровень гемоглобина составлял 82 г/л. В течение года состояние ухудшилось: появились резкая слабость, одышка при ходьбе, сердцебиение, мелькание мушек перед глазами. Анализ крови: гемоглобин-35г/л, эритроциты- 3×10^{12} /л, ЦП- 0,63, лейкоциты- $3,6 \times 10^9$ /л; эозинофилы- 2%, палочкоядерные-3%, сегментоядерные-56%, лимфоциты-35%, моноциты-7%, СОЭ-8мм/час, гипохромия эритроцитов, пойкилоцитоз. Сывороточное железо- 9 мкмоль/л.

1. Назовите характер анемии, имеющейся у больного.
2. Какое лечение показано больному?
3. Какие профилактические мероприятия необходимы для больного в будущем?

Задание 2

Больная Т., 69 лет, жалобы на слабость, утомляемость, головокружение, мелькание мушек перед глазами, одышку при ходьбе на небольшие расстояния. В связи с остеоартрозом коленных суставов регулярно принимает НПВС (диклофенак, кетопрофен). В течение последних 3 месяцев беспокоят эпизодические боли в эпигастрии, отрыжка воздухом, запоры. При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, сухие, шелушащиеся. Ногти с поперечной исчерченностью. Видимые слизистые бледные. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные. Частота сердечных сокращений – 95 уд/мин. АД – 130/85 мм рт.ст. Данные обследования: Hb – 83 г/л, эритроциты – $3,2 \times 10^{12}$ /л, ЦП – 0,75, гематокрит – 39,5%, MCV – 72 фл, MCH – 24 пг, анизоцитоз, пойкилоцитоз. Железо сыворотки – 4,5 мкмоль/л, ОЖСС – 88,5 мкмоль/л. Общий анализ мочи и кала без особенностей.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Что явилось причиной данного заболевания?
4. назначьте лечение

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра внутренних болезней

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ
к практическому занятию на тему: Мегалобластные анемии**

Дисциплина – Внутренние болезни
Специальность (код, название) - 31.05.02 Медицинская биофизика
Курс - V
Семестр - IX

Уфа – 2023

Рецензенты:

1. Главный врач ГБУЗ Республиканский
кардиологический центр, к.м.н.,

Николаева И.Е.

2. Зав. кафедрой общей физики
Уфимского университета науки и технологий,
д.ф.-м.н., профессор

Балапанов М. Х.

Авторы:

1. Ассистент кафедры внутренних болезней, Загидуллин Т.С.

2. Доцент кафедры внутренних болезней, к.м.н. Явгильдина А.М.

3. Зав. кафедрой внутренних болезней, доцент, к.м.н. Тюрин А.В.

Утверждено на заседании кафедры внутренних болезней № 9 от 05 апреля 2023г.

Занятие N 27

1. Тема и ее актуальность: Мегалобластные анемии.

Мегалобластные анемии – В12- и фолиеводефицитные – представляют собой актуальную проблему для врачей-терапевтов и врачей общей практики в связи со значимостью патологических изменений в организме на фоне недостаточности витамина В12 и фолиевой кислоты с вовлечением пищеварительной, нервной системы, кроветворения. В связи с клинической важностью происходящих при этом процессов необходима своевременная диагностика и адекватное лечение и профилактика для предотвращения необратимых изменений в органах мишенях.

2. Учебные цели:

- овладение практическими умениями и навыками диагностики, лечения и профилактики мегалобластных анемий;

Для формирования профессиональных компетенций обучающийся должен **знать:**

- этиологию и патогенез мегалобластных анемий;
- современную классификацию мегалобластных анемий;
- клинические симптомы мегалобластных анемий;
- осложнения мегалобластных анемий;
- принципы лечения и профилактики мегалобластных анемий, терапевтические дозы препаратов;

В результате освоения темы занятия студент должен **владеть и уметь:**

- собрать анамнез у больного с мегалобластной анемией;
- провести физикальное обследование больного с мегалобластной анемией (осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию);
- сформулировать правильно диагноз согласно МКБ-10 пересмотра;
- назначить целенаправленное, инструментальное и лабораторное исследование, интерпретировать его результаты;
- провести дифференциальный диагноз со сходными заболеваниями;
- назначить адекватное этиотропное, патогенетическое и симптоматическое лечение;
- определить меры первичной и вторичной профилактики;

И овладеть следующими компетенциями: ОПК-1, ОПК-3, ПК-3.

3. Материалы для самоподготовки к освоению данной темы:

Вопросы для самоподготовки:

- 1) Анатомия кроветворной системы.
- 2) Этиология и патогенез мегалобластной анемии.
- 3) Классификация мегалобластной анемии.
- 4) Клиническая картина мегалобластной анемии.
- 5) Лабораторные и инструментальные методы диагностики.
- 6) Лечение мегалобластной анемии.
- 7) Первичная и вторичная профилактика.

4. Вид занятия: практическое занятие.

5. Продолжительность: 6 академических часа.

6. Оснащение: унифицированная схема истории болезни (для каждого студента); клинические истории болезни (5-6 больных); больные с различными заболеваниями (1 больной на 2-х студентов), мультимедийный проектор, видеоаппаратура, ноутбук, таблицы, схемы, наборы ЭКГ, R-грамм,

анализов крови, методические рекомендации для самостоятельной работы студентов по данной теме, наборы контролирующих тестов по теме.

7. Содержание занятия.

7.1. Контроль исходного уровня знаний и умений.

Задания для самоконтроля (см. приложение).

7.2. Разбор с преподавателем узловых вопросов, необходимых для освоения темы занятия и демонстрация преподавателем методики практических приемов по данной теме.

а) Проблемы этиологии, патогенеза, клиники, диагностики и лечения мегалобластной анемии;

7.3. Демонстрация преподавателем методики практических приемов по данной теме:

- сбор анамнеза у больного с мегалобластной анемии, по характерным жалобам, определение типа анемии;
- проведение физикального обследования больного с мегалобластной анемии (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация);
- выявление прямых или косвенных признаков мегалобластной анемии;
- назначение дополнительных методов исследования и оценка их результатов;
- назначение лечения (медикаментозное и немедикаментозное);
-

7.4. Самостоятельная работа студентов под руководством преподавателя (курация больных, оформление результатов проведенных исследований – написание фрагмента истории болезни).

Задание №1 - провести расспрос больного по следующей схеме:

- Паспортные данные больного (фамилия, имя, отчество), возраст, место жительства, место работы, профессия.
- Жалобы больного на момент осмотра. Они должны быть детализированы. Под детализацией жалоб понимается уточнение локализации неприятных ощущений (болей), их иррадиация (место отражения), интенсивность, характер (колет, сжимает, давит, жжет), время появления неприятных ощущений (болей), их длительность, причина, вызывающая их появление, от чего проходят. Вначале излагаются основные жалобы, затем дополнительные.

Опрос по системам провести по следующей схеме:

- Сердечно-сосудистая система: одышка (при движении, в покое, приступообразная), сердцебиение, отеки, боли в левой половине грудной клетки.
- Дыхательная система: одышка, кашель (сухой, с мокротой, постоянный, приступообразный), боли в грудной клетке при дыхании и кашле, характер мокроты (количество за сутки, цвет, запах, примесь крови).
- Система пищеварения: нарушение аппетита (снижение, повышение), диспепсические явления (тошнота, рвота, отрыжка, изжога), характер стула, боли в животе (их локализация, иррадиация, длительность, связь с приемом пищи).
- Мочевыделительная система: учащенное, болезненное мочеиспускание, боли в поясничной области, изменение характера мочи.
- Нервная система: работоспособность, уравновешенность нервных процессов, раздражительность, характер сна (легко засыпает, сколько часов спит подряд, легко ли просыпается, прибегает ли к снотворным).
- История данного заболевания (воспоминание о болезни). Для этого необходимо выяснить особенности начала (когда, внезапно или постепенно развились признаки заболевания и какие) и течение острого заболевания. К последним относится время появления, динамика симптомов, как установленных при опросе о жалобах, так и уже исчезнувших к моменту обращения к врачу, применявшееся лечение и его

эффективность. Если повышалась температура, уточнить ее уровень и продолжительность.

- Анамнез жизни. Для этого необходимо получить сведения о разнообразных факторах, воздействие которых могло обусловить те или иные особенности организма больного и его реакцию на различные раздражители, способствовать развитию определенного заболевания.

Задание №2 - записать данные, полученные при расспросе больного.

В присутствии группы доложить преподавателю полученные результаты самостоятельной работы с больными.

7.5. Контроль конечного уровня освоения темы занятия:

Ситуационные задачи (см. приложение).

Место проведения самоподготовки:

читальный зал, учебная комната для самостоятельной работы студентов.

Учебно-исследовательская работа студентов по данной теме:

Работа с основной и дополнительной литературой, самостоятельный разбор студентами текущих и архивных историй болезни стационара для анализа пропедевтических ошибок.

Литература.

Основная:

1. Моисеев В.С. Внутренние болезни: учебник. [Электронный ресурс]: в 2-х т. Электрон. текстовые дан. Т.1. -on-line. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970425794.html> / В.С. Моисеев, А.И. Мартынов, Н.А. Мухин. - М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2013г.

Дополнительная:

1. Внутренние болезни. Тесты и ситуационные задачи [Электронный ресурс]: учеб. пособие- Электрон. текстовые дан. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970423912.html>/ В. И. Маколкин [и др.]. - М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2012
2. Междисциплинарные клинические задачи [Электронный ресурс]: сборник. Электрон. текстовые дан. -on-line. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/06-COS-2330.html>/ Л. И. Дворецкий. - М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2012
3. Внутренние болезни: руководство к практическим занятиям по факультетской терапии [Электронный ресурс]: учеб. Пособие. - Электрон. текстовые дан. - on-line. - Режим доступа: ЭБС «Консультант студента» <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970411544.html>/ В. И. Подзолков, А. А. Абрамова, О. Л. Белая [и др.] /под ред. В. И. Подзолкова. - М.: ГЭОТАР Медиа, 2010

Приложение

7.1. Задания для контроля исходного уровня знаний и умений:

1. Укажите нормальное содержание эритроцитов в периферической крови у здоровых мужчин:

- а) $4,0 - 5,0 \cdot 10^{12}$ /л.
- б) $3,9 - 4,7 \cdot 10^{12}$ /л.
- в) $3,0 - 4,0 \cdot 10^{12}$ /л.
- г) $5,0 - 6,0 \cdot 10^{12}$ /л.

2. Укажите нормальное содержание эритроцитов у здоровых женщин:

- а) $4,0 - 5,0 \cdot 10^{12}$ /л.
- б) $3,9 - 4,7 \cdot 10^{12}$ /л.
- в) $3,0 - 4,0 \cdot 10^{12}$ /л.
- г) $5,0 - 6,0 \cdot 10^{12}$ /л.

3. Нормальное содержание Hb у мужчин составляет:

- а) 120 - 140 г/л
- б) 130 - 160 г/л
- в) 150 - 170 г/л

4. При каком виде анемии наблюдается повышение цветового показателя более 1,05 ?

- а) апластическая анемия
- б) гемолитическая анемия
- в) нормохромная анемия
- г) В12-дефицитная анемия
- д) железодефицитная анемия

5. Для какого вида анемии характерно снижение цветового показателя ниже 0,8 ?

- а) апластическая анемия
- б) гемолитическая анемия
- в) нормохромная анемия
- г) В12-дефицитная анемия
- д) железодефицитная анемия

6. В-12 дефицитная анемия характеризуется ...

- а) снижением количества эритроцитов,
- б) снижением количества гемоглобина,
- в) гиперхромией эритроцитов,
- г) мегалобластным типом костномозгового кроветворения,
- д) всем перечисленным.

7. Для всасывания витамина В12 требуется ...

- а) гастромукопротеин,
- б) гастрин,
- в) пепсин,
- г) соляная кислота,
- д) фолиевая кислота.

8. При появлении у больного аутоиммунным гастритом анемии с признаками

мегалобластного кроветворения, следует назначить ...

- а) препараты железа,
- б) витамин В12,
- в) фолиевую кислоту,
- г) переливание эритроцитарной массы,
- д) все перечисленное.

9. Больной отмечает неуверенную походку, отсутствие аппетита, выраженную общую слабость. Объективно: бледность кожи и слизистых оболочек. Анализ крови: эритроциты $1,9 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин 75 г/л, ЦП 1,2, лейкоциты $3,1 \cdot 10^9/л$, тромбоциты $98 \cdot 10^9/л$, СОЭ 34 мм/ч. Укажите наиболее вероятные изменения в костном мозге ...

- а) мегалобластический эритропоэз,
- б) гипоплазия кроветворения,
- в) гиперплазия эритропоэза,
- г) увеличение количества бластов,
- д) увеличение количества плазматических клеток.

10. Парестезии в стопах и неустойчивость походки при В-12 – дефицитной анемии обусловлены ...

- а) фуникулярным миелозом,
- б) гипокалиемией,
- в) ангиопатией артерий нижних конечностей,
- г) остаточными явлениями нарушения мозгового кровообращения,
- д) всем перечисленным.

7.5. Задания для контроля конечного уровня освоения темы занятия:

Задание 1

Больной 45 лет обратился в поликлинику с жалобами на беспокоит слабость, утомляемость, одышку и сердцебиение при небольшой физической нагрузке, жжение в языке, чувство онемения в подошвах стоп. Кожа и слизистые бледные с желтушным оттенком. Лицо отёчное, бледное, волосы седые. Язык чистый, малиновый, блестящий, сосочки атрофированы. Тоны сердца глухие, слабый систолический шум на верхушке, на лёгочном стволе. Пальпируется печень на 2 см ниже правой рёберной дуги, перкуторные размеры - $15 \times 11 \times 8$ см. Пальпируется селезёнка, перкуторные размеры - 13×10 см. Усилены рефлексы, снижена чувствительность на стопах и кистях рук. Клинический анализ крови: гемоглобин – 64 г/л, эритроциты – $2,7 \cdot 10^{12}/л$, лейкоцитарная формула - без особенностей, MCV - 110 фл, тельца Жолли и кольца Кебота, пойкилоцитоз. Билирубин – 50 мкмоль/л, непрямой – 44 мкмоль/л. Результаты стеральной пункции: эритроидная гиперплазия костного мозга, мегалобластный тип кроветворения, соотношение эритроидных и миелоидных элементов - 1:1, снижено количество мегакариоцитов, определяются гигантские метамиелоциты.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?
5. Назовите критерии эффективности лечения заболевания.

Задание 2

Больная 70 лет поступила в клинику с жалобами на общую слабость, быструю утомляемость, дискомфорт и жжение языка, онемение и «ползание мурашек» в области

стоп. При объективном осмотре обращает на себя внимание бледность кожных покровов, участки депигментации по типу витилиго, сглаженность сосочков языка («лакированный язык»), признаки периферической полинейропатии. В клиническом анализе крови – Нв 85 г/л, ЦП 1,1, макроциты, полисегментированные гранулоциты, Лей – $3,5 \times 10^9$ /л, Тр – 140×10^9 /л.

- 1) Предположительный диагноз.
- 2) Какие исследования требуются для подтверждения диагноза?
- 3) Определите тактику дальнейшего обследования и лечения пациентки.

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра внутренних болезней

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ
к практическому занятию на тему: Острый миелолейкоз. Хронический
миелолейкоз**

Дисциплина – Внутренние болезни

Специальность (код, название) - 31.05.02 Медицинская биофизика

Курс - V

Семестр - X

Уфа – 2023

Рецензенты:

1. Главный врач ГБУЗ Республиканский
кардиологический центр, к.м.н.,

Николаева И.Е.

2. Зав. кафедрой общей физики
Уфимского университета науки и технологий,
д.ф.-м.н., профессор

Балапанов М. Х.

Авторы:

1. Ассистент кафедры внутренних болезней, Загидуллин Т.С.
2. Доцент кафедры внутренних болезней, к.м.н. Ильясова Т.М.
3. Зав. кафедрой внутренних болезней, доцент, к.м.н. Тюрин А.В.

Утверждено на заседании кафедры внутренних болезней № 9 от 05 апреля 2023г.

Занятие N 28

1. Тема и ее актуальность: Острый миелолейкоз. Хронический миелолейкоз.

Целесообразность данного пособия обусловлена интенсивным развитием гематологии и патофизиологии гемобластозов и новыми представлениями о причинах, механизмах развития и классификации заболеваний системы крови опухолевой природы, не отраженных в учебной литературе.

Миелолейкоз – это злокачественное заболевание крови и костного мозга, при котором образуется избыточное количество гранулоцитов (нейтрофилов, эозинофилов и базофилов) и их предшественников. Гранулоциты являются разновидностью лейкоцитов и отвечают за защиту организма от инфекций. При миелолейкозе они перестают выполнять свои функции и вытесняют из крови и костного мозга нормальные клетки крови, проникают в другие органы, нарушая их работу.

Существует множество разновидностей миелолейкоза, различаемых в зависимости от скорости развития патологического процесса, зрелости лейкозных клеток, изменений в хромосомах. Чаще всего выделяют два основных типа заболевания: острый миелобластный лейкоз и хронический миелоидный лейкоз.

2. Учебные цели:

- овладение практическими умениями и навыками диагностики, лечения и профилактики острого и хронического миелолейкоза;

Для формирования профессиональных компетенций обучающийся должен **знать**:

- этиологию и патогенез острого и хронического миелолейкоза;
- современную классификацию острого и хронического миелолейкоза;
- клинические симптомы острого и хронического миелолейкоза;
- показатели дополнительных методов исследований;
- осложнения острого и хронического миелолейкоза;
- принципы лечения и профилактики острого и хронического миелолейкоза, терапевтические дозы препаратов;

В результате освоения темы занятия студент должен **владеть и уметь**:

- собрать анамнез у больного с острым и хроническим миелолейкозом;
- провести физикальное обследование больного с острым и хроническим миелолейкозом (осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию);
- сформулировать правильно диагноз согласно МКБ-10 пересмотра;
- назначить целенаправленное, инструментальное и лабораторное исследование, интерпретировать его результаты;
- провести дифференциальный диагноз со сходными заболеваниями;
- назначить адекватное этиотропное, патогенетическое и симптоматическое лечение;
- определить меры первичной и вторичной профилактики;

И овладеть следующими компетенциями: ОПК-1, ОПК-3, ПК-3.

3. Материалы для самоподготовки к освоению данной темы:

Вопросы для самоподготовки:

- 1) Анатомия кроветворной системы.
- 2) Этиология и патогенез острого и хронического миелолейкоза.
- 3) Классификация острого и хронического миелолейкоза.

- 4) Клиническая картина острого и хронического миелолейкоза.
- 5) Лабораторные и инструментальные методы диагностики.
- 6) Лечение острого и хронического миелолейкоза.
- 7) Первичная и вторичная профилактика.

4. Вид занятия: практическое занятие.

5. Продолжительность: 6 академических часа.

6. Оснащение: унифицированная схема истории болезни (для каждого студента); клинические истории болезни (5-6 больных); больные с различными заболеваниями (1 больной на 2-х студентов), мультимедийный проектор, видеоаппаратура, ноутбук, таблицы, схемы, наборы ЭКГ, R-грамм, анализов крови, методические рекомендации для самостоятельной работы студентов по данной теме, наборы контролирующих тестов по теме.

7. Содержание занятия.

7.1. Контроль исходного уровня знаний и умений.

Задания для самоконтроля (см. приложение).

7.2. Разбор с преподавателем узловых вопросов, необходимых для освоения темы занятия и демонстрация преподавателем методики практических приемов по данной теме.

а) Проблемы этиологии, патогенеза, клиники, диагностики и лечения острого и хронического миелолейкоза;

7.3. Демонстрация преподавателем методики практических приемов по данной теме:

- сбор анамнеза у больного с острым и хроническим миелолейкозом, по характерным жалобам, определение типа лейкоза;
- проведение физикального обследования больного с острым и хроническим миелолейкозом (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация);
- выявление прямых или косвенных признаков острого и хронического миелолейкоза;
- назначение дополнительных методов исследования и оценка их результатов;
- назначение лечения (медикаментозное и немедикаментозное);

7.4. Самостоятельная работа студентов под руководством преподавателя (курация больных, оформление результатов проведенных исследований – написание фрагмента истории болезни).

Задание №1 - провести расспрос больного по следующей схеме:

- Паспортные данные больного (фамилия, имя, отчество), возраст, место жительства, место работы, профессия.
- Жалобы больного на момент осмотра. Они должны быть детализированы. Под детализацией жалоб понимается уточнение локализации неприятных ощущений (болей), их иррадиация (место отражения), интенсивность, характер (колет, сжимает, давит, жжет), время появления неприятных ощущений (болей), их длительность, причина, вызывающая их появление, от чего проходят. Вначале излагаются основные жалобы, затем дополнительные.

Опрос по системам провести по следующей схеме:

- Сердечно-сосудистая система: одышка (при движении, в покое, приступообразная), сердцебиение, отеки, боли в левой половине грудной клетки.
- Дыхательная система: одышка, кашель (сухой, с мокротой, постоянный, приступообразный), боли в грудной клетке при дыхании и кашле, характер мокроты (количество за сутки, цвет, запах, примесь крови).

- Система пищеварения: нарушение аппетита (снижение, повышение), диспепсические явления (тошнота, рвота, отрыжка, изжога), характер стула, боли в животе (их локализация, иррадиация, длительность, связь с приемом пищи).
- Мочевыделительная система: учащенное, болезненное мочеиспускание, боли в поясничной области, изменение характера мочи.
- Нервная система: работоспособность, уравновешенность нервных процессов, раздражительность, характер сна (легко засыпает, сколько часов спит подряд, легко ли просыпается, прибегает ли к снотворным).
- История данного заболевания (воспоминание о болезни). Для этого необходимо выяснить особенности начала (когда, внезапно или постепенно развились признаки заболевания и какие) и течение острого заболевания. К последним относится время появления, динамика симптомов, как установленных при опросе о жалобах, так и уже исчезнувших к моменту обращения к врачу, применявшееся лечение и его эффективность. Если повышалась температура, уточнить ее уровень и продолжительность.
- Анамнез жизни. Для этого необходимо получить сведения о разнообразных факторах, воздействие которых могло обусловить те или иные особенности организма больного и его реакцию на различные раздражители, способствовать развитию определенного заболевания.

Задание №2 - записать данные, полученные при расспросе больного.

В присутствии группы доложить преподавателю полученные результаты самостоятельной работы с больными.

7.5. Контроль конечного уровня освоения темы занятия:
Ситуационные задачи (см. приложение).

Место проведения самоподготовки:

читальный зал, учебная комната для самостоятельной работы студентов.

Учебно-исследовательская работа студентов по данной теме:

Работа с основной и дополнительной литературой, самостоятельный разбор студентами текущих и архивных историй болезни стационара для анализа пропедевтических ошибок.

Литература.

Основная:

1. Моисеев В.С. Внутренние болезни: учебник. [Электронный ресурс]: в 2-х т. Электрон. текстовые дан. Т.1. -on-line. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970425794.html> / В.С. Моисеев, А.И. Мартынов, Н.А. Мухин. - М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2013г.

Дополнительная:

1. Внутренние болезни. Тесты и ситуационные задачи [Электронный ресурс]: учеб. пособие- Электрон. текстовые дан. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970423912.html/> В. И. Маколкин [и др.]. - М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2012
2. Междисциплинарные клинические задачи [Электронный ресурс]: сборник. Электрон. текстовые дан. -on-line. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/06-COS-2330.html/> Л. И. Дворецкий. - М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2012
3. Внутренние болезни: руководство к практическим занятиям по факультетской терапии [Электронный ресурс]: учеб. Пособие. - Электрон. текстовые дан. - on-line. - Режим доступа: ЭБС «Консультант студента» <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970411544.html/> В. И. Подзолков, А. А. Абрамова, О. Л. Белая [и др.] /под ред. В. И. Подзолкова. - М.: ГЭОТАР Медиа, 2010

Приложение

7.1. Задания для контроля исходного уровня знаний и умений:

1. Критерием диагностики острого лейкоза является:

- а) трансформация кроветворения за счет малодифференцированных клеток предшественников II, III и IV классов
- б) трансформация кроветворения за счет созревающих и зрелых клеток
- в) метаплазия нормальных кроветворных клеток лейкозными
- г) анемический, геморрагический септико-некротические синдромы

2. Укажите наиболее достоверный диагностический признак острого лейкоза?

- а) наличие геморрагического, анемического, лихорадочного синдромов
- б) обнаружение клеток Боткина-Гумпрехта
- в) выявление в миелограмме 30 и более бластных клеток
- г) жалобы на утомляемость, слабость, лихорадку, кровоточивость десен

3. Как следует трактовать изменения в гемограмме при выявлении у больного сепсисом лейкоцитоза $40 \times 10^9 /л$ со сдвигом влево до миелоцитов, токсической зернистости нейтрофилов:

- а) острый лейкоз
- б) лейкомоидная реакция нейтрофильного типа
- в) лейкоцитоз со сдвигом влево
- г) хронический миелолейкоз

4. Критерием диагностики острого лейкоза является:

- а) трансформация кроветворения за счет малодифференцированных клеток предшественников II, III и IV классов
- б) трансформация кроветворения за счет созревающих и зрелых клеток
- в) метаплазия нормальных кроветворных клеток лейкозными
- г) анемический, геморрагический септико-некротические синдромы

5. Укажите наиболее достоверный диагностический признак острого лейкоза?

- а) наличие геморрагического, анемического, лихорадочного синдромов
- б) обнаружение клеток Боткина-Гумпрехта
- в) выявление в миелограмме 30 и более бластных клеток
- г) жалобы на утомляемость, слабость, лихорадку, кровоточивость десен

6) Острый лейкоз у взрослых:

- а) В основном лимфобластный
- б) В основном миелобластный
- в) Часто возникает нейрорлейкемия
- г) С начала болезни имеется генерализованная лимфоаденопатия
- д) Имеется гигантское увеличение селезенки

7) Синдром угнетения ростков кроветворения выражается при острых лейкозах:

- а) ДВС-синдромом
- б) Гипохромной анемией
- в) Нормо-гиперхромной анемией

- г)Иммунным гемолизом
- д)Тромбоцитопенией

8)Для установления диагноза острого лейкоза необходимо:

- а)Выявить лейкоцитоз в периферической крови
- б)Выявить анемию
- в)Обнаружить увеличение количества бластов в миелограмме
- г)Выявить тромбоцитопению

9)Принципы лечения острых лейкозов:

- а)Химиотерапия
- б)Лучевая терапия
- в)Сопроводительная терапия
- г)Трансплантация костного мозга

10)Для картины периферической крови при остром лейкозе характерно:

- а)Повышение СОЭ
- б)Появление бластов в периферической крови и костном мозге более 20%
- в)Тромбоцитопения
- г)Повышение гемоглобина
- д)«Лейкемический провал»

7.5. Задания для контроля конечного уровня освоения темы занятия:

Задание 1

Больной М., 21 год. Жалобы на резкую слабость, ноющие боли в суставах, боль в горле, носовые кровотечения, повышение температуры до 38°C. Анамнез: болен 3 месяца. Лечился у ЛОР-врача по поводу лакунарной ангины, обследовался у ревматолога с подозрением на ревматизм. Объективно: состояние средней тяжести. Питание понижено. Кожные покровы бледные. Единичные мелкоточечные кровоизлияния на туловище, на слизистой щек, языке. Кровоизлияния “гематомного” типа в местах инъекций и наложения жгута. Лимфоузлы мелкие, плотные, подвижные. Подчелюстные, шейные от 0,5 до 1 см в диаметре. В легких изменений не выявлено. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Систолический шум во всех точках. Пульс 95 ударов в мин. Ритмичный. АД-105/65 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Селезенка пальпируется у края реберной дуги, край мягкий. Анализ крови: Нb-54г/л, Эр.-2,5x10¹²/л, лейкоциты- 3,7x10⁹ /л; ю- 4, п-4, с- 40, л-20, м-4, бласты-29%. Тромбоциты - 4,8x10⁹ /л.СОЭ-45 мм/час.

1. Поставьте диагноз.
2. План обследования больного.
3. Лечебная тактика

Задание 2

Больной 23 лет жалуется на частые носовые кровотечения, кровоточивость десен, боли в костях, повышение температуры тела до 38 град., сердцебиения, одышку при физической нагрузке, общую слабость. Указанные жалобы появились около недели назад и постоянно нарастают. Объективно: состояние средней тяжести. Кожа и слизистые оболочки бледны. Пальпируемые лимфатические узлы не увеличены. Сердце: ритм правильный, тоны ясные, короткий систолический шум на всех точках. Пульс 95 в мин.,

удовлетворительного наполнения. Живот мягкий, селезенка выступает на 3 см из-под реберного края, плотновата, безболезненна, гладкая. Печень не увеличена. Анализ крови: эр. $3,2 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин 91 г/л, цв.показатель - 0,9, тромбоциты $95 \cdot 10^9/л$, лейкоциты – $15,1 \cdot 10^9/л$, э-1%, нейтрофилы: с/я -13%, бласты - 86%, СОЭ – 43 мм/час.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Ваши дальнейшие действия по тактике ведения больного.
3. Какое исследование необходимо для определения формы заболевания?
4. Возможный прогноз при данной патологии.

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра внутренних болезней

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ
к практическому занятию на тему: Хронический лимфолейкоз. Острый
лимфолейкоз**

Дисциплина – Внутренние болезни

Специальность (код, название) - 31.05.02 Медицинская биофизика

Курс - V

Семестр - X

Уфа – 2023

Рецензенты:

1. Главный врач ГБУЗ Республиканский
кардиологический центр, к.м.н.,

Николаева И.Е.

2. Зав. кафедрой общей физики
Уфимского университета науки и технологий,
д.ф.-м.н., профессор

Балапанов М. Х.

Авторы:

1. Ассистент кафедры внутренних болезней, Загидуллин Т.С.

2. Доцент кафедры внутренних болезней, к.м.н. Ишмухаметова А.Н.

3. Зав. кафедрой внутренних болезней, доцент, к.м.н. Тюрин А.В.

Утверждено на заседании кафедры внутренних болезней № 9 от 05 апреля 2023г.

Занятие N 29

1. Тема и ее актуальность: Хронический лимфолейкоз. Острый лимфолейкоз.

Лимфолейкоз относится к злокачественным пролиферативным заболеваниям системы кроветворения, которые в отсутствие специфического лечения и наблюдения ассоциированы с высоким процентом летальности и инвалидизации больных в силу специфичности патологического процесса и вовлечения различных систем органов.

Существует много разновидностей этого заболевания. Лимфолейкозы делят в зависимости от скорости развития патологического процесса, степени зрелости лимфоцитов, типа поврежденных лимфоцитов (Т- и В-лимфоциты). Однако чаще всего выделяют 2 основных типа: острый лимфобластный лейкоз и хронический лимфоцитарный лейкоз.

Лечение лейкозов обычно комплексное. На данный момент существует несколько вариантов терапии, и каждый год появляются новые, все более эффективные методы лечения лимфолейкозов. Прогноз при остром лимфолейкозе благоприятный – 95 % пациентов полностью излечиваются. Прогноз при хроническом лимфолейкозе зависит от скорости развития заболевания и сопутствующих патологий, он неуклонно прогрессирует, однако соответствующее лечение часто приводит к ремиссии и значительному улучшению состояния пациента.

2. Учебные цели:

- овладение практическими умениями и навыками диагностики, лечения и профилактики острого и хронического лимфолейкоза;

Для формирования профессиональных компетенций обучающийся должен **знать**:

- этиологию и патогенез острого и хронического лимфолейкоза;
- современную классификацию острого и хронического лимфолейкоза;
- клинические симптомы острого и хронического лимфолейкоза;
- показатели дополнительных методов исследований;
- осложнения острого и хронического лимфолейкоза;
- принципы лечения и профилактики острого и хронического лимфолейкоза, терапевтические дозы препаратов;

В результате освоения темы занятия студент должен **владеть и уметь**:

- собрать анамнез у больного острым и хроническим лимфолейкозом;
- провести физикальное обследование больного острым и хроническим лимфолейкозом (осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию);
- сформулировать правильно диагноз согласно МКБ-10 пересмотра;
- назначить целенаправленное, инструментальное и лабораторное исследование, интерпретировать его результаты;
- провести дифференциальный диагноз со сходными заболеваниями;
- назначить адекватное этиотропное, патогенетическое и симптоматическое лечение;
- определить меры первичной и вторичной профилактики;

И овладеть следующими компетенциями: ОПК-1, ОПК-3, ПК-3.

3. Материалы для самоподготовки к освоению данной темы:

Вопросы для самоподготовки:

- 1) Анатомия кроветворной системы.
- 2) Этиология и патогенез острого и хронического лимфолейкоза.
- 3) Классификация клапанных пороков.
- 4) Клиническая картина острого и хронического лимфолейкоза.

- 5) Лабораторные и инструментальные методы диагностики.
- 6) Лечение острого и хронического лимфолейкоза.
- 7) Первичная и вторичная профилактика.

4. Вид занятия: практическое занятие.

5. Продолжительность: 6 академических часа.

6. Оснащение: унифицированная схема истории болезни (для каждого студента); клинические истории болезни (5-6 больных); больные с различными заболеваниями (1 больной на 2-х студентов), мультимедийный проектор, видеоаппаратура, ноутбук, таблицы, схемы, наборы ЭКГ, R-грамм, анализов крови, методические рекомендации для самостоятельной работы студентов по данной теме, наборы контролирующих тестов по теме.

7. Содержание занятия.

7.1. Контроль исходного уровня знаний и умений.

Задания для самоконтроля (см. приложение).

7.2. Разбор с преподавателем узловых вопросов, необходимых для освоения темы занятия и демонстрация преподавателем методики практических приемов по данной теме.

а) Проблемы этиологии, патогенеза, клиники, диагностики и лечения острого и хронического лимфолейкоза;

7.3. Демонстрация преподавателем методики практических приемов по данной теме:

- сбор анамнеза у больного острым и хроническим лимфолейкозом, по характерным жалобам, определение типа лейкоза;
- проведение физикального обследования больного острым и хроническим лимфолейкозом (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация);
- выявление прямых или косвенных признаков острого и хронического лимфолейкоза;
- назначение дополнительных методов исследования и оценка их результатов;
- назначение лечения (медикаментозное и немедикаментозное);

7.4. Самостоятельная работа студентов под руководством преподавателя (курация больных, оформление результатов проведенных исследований – написание фрагмента истории болезни).

Задание №1 - провести расспрос больного по следующей схеме:

- Паспортные данные больного (фамилия, имя, отчество), возраст, место жительства, место работы, профессия.
- Жалобы больного на момент осмотра. Они должны быть детализированы. Под детализацией жалоб понимается уточнение локализации неприятных ощущений (болей), их иррадиация (место отражения), интенсивность, характер (колет, сжимает, давит, жжет), время появления неприятных ощущений (болей), их длительность, причина, вызывающая их появление, от чего проходят. Вначале излагаются основные жалобы, затем дополнительные.

Опрос по системам провести по следующей схеме:

- Сердечно-сосудистая система: одышка (при движении, в покое, приступообразная), сердцебиение, отеки, боли в левой половине грудной клетки.
- Дыхательная система: одышка, кашель (сухой, с мокротой, постоянный, приступообразный), боли в грудной клетке при дыхании и кашле, характер мокроты (количество за сутки, цвет, запах, примесь крови).

- Система пищеварения: нарушение аппетита (снижение, повышение), диспепсические явления (тошнота, рвота, отрыжка, изжога), характер стула, боли в животе (их локализация, иррадиация, длительность, связь с приемом пищи).
- Мочевыделительная система: учащенное, болезненное мочеиспускание, боли в поясничной области, изменение характера мочи.
- Нервная система: работоспособность, уравновешенность нервных процессов, раздражительность, характер сна (легко засыпает, сколько часов спит подряд, легко ли просыпается, прибегает ли к снотворным).
- История данного заболевания (воспоминание о болезни). Для этого необходимо выяснить особенности начала (когда, внезапно или постепенно развились признаки заболевания и какие) и течение острого заболевания. К последним относится время появления, динамика симптомов, как установленных при опросе о жалобах, так и уже исчезнувших к моменту обращения к врачу, применявшееся лечение и его эффективность. Если повышалась температура, уточнить ее уровень и продолжительность.
- Анамнез жизни. Для этого необходимо получить сведения о разнообразных факторах, воздействие которых могло обусловить те или иные особенности организма больного и его реакцию на различные раздражители, способствовать развитию определенного заболевания.

Задание №2 - записать данные, полученные при расспросе больного.

В присутствии группы доложить преподавателю полученные результаты самостоятельной работы с больными.

7.5. Контроль конечного уровня освоения темы занятия:
Ситуационные задачи (см. приложение).

Место проведения самоподготовки:

читальный зал, учебная комната для самостоятельной работы студентов.

Учебно-исследовательская работа студентов по данной теме:

Работа с основной и дополнительной литературой, самостоятельный разбор студентами текущих и архивных историй болезни стационара для анализа пропедевтических ошибок.

Литература.

Основная:

1. Моисеев В.С. Внутренние болезни: учебник. [Электронный ресурс]: в 2-х т. Электрон. текстовые дан. Т.1. -on-line. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970425794.html> / В.С. Моисеев, А.И. Мартынов, Н.А. Мухин. - М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2013г.

Дополнительная:

1. Внутренние болезни. Тесты и ситуационные задачи [Электронный ресурс]: учеб. пособие- Электрон. текстовые дан. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970423912.html>/ В. И. Маколкин [и др.]. - М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2012
2. Междисциплинарные клинические задачи [Электронный ресурс]: сборник. Электрон. текстовые дан. -on-line. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/06-COS-2330.html>/ Л. И. Дворецкий. - М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2012
3. Внутренние болезни: руководство к практическим занятиям по факультетской терапии [Электронный ресурс]: учеб. Пособие. - Электрон. текстовые дан. - on-line. - Режим доступа: ЭБС «Консультант студента» <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970411544.html>/ В. И. Подзолков, А. А. Абрамова, О. Л. Белая [и др.] /под ред. В. И. Подзолкова. - М.: ГЭОТАР Медиа, 2010

Приложение

7.1. Задания для контроля исходного уровня знаний и умений:

1. Для хронического лимфолейкоза характерны следующие клинические проявления:

- 1) Лимфаденопатия
- 2) Артрит
- 3) Инфекционные заболевания
- 4) Синдром мальабсорбции
- 5) Экзантема

2. (ПК-5) Лабораторные признаки ХЛЛ

- 1) Лимфоцитоз
- 2) Тени Гумпрехта
- 3) Моноцитоз
- 4) Снижение СОЭ
- 5) Гипогамаглобулинемия

3. (ПК-5) Осложнения ХЛЛ

- 1) Инфекционные заболевания
- 2) Ревматоидный артрит
- 3) Аутоиммунная гемолитическая анемия
- 4) Аутоиммунная тромбоцитопения
- 5) Прогрессирование атеросклероза

4. (ПК-5) Хронический лимфолейкоз:

- 1) Самая частая форма - Т-клеточная лейкомия
- 2) В большинстве случаев возникает угнетение всех ростков кроветворения
- 3) Цитопенический синдром часто обусловлен аутоиммунным конфликтом
- 4) Количество лейкоцитов в крови редко превышает 30.000
- 5) Увеличение лимфоузлов не характерно

5. (ПК-5) Формы хронического лимфолейкоза:

- 1) Доброкачественная
- 2) Прогрессирующая
- 3) Опухолевая
- 4) Костномозговая
- 5) Спленомегалическая

6. (ПК-5) Хронический миелолейкоз:

- 1) Возникает у больных с острым миелобластным лейкозом
- 2) Относится к миелопролиферативным заболеваниям
- 3) Характеризуется панцитопенией
- 4) Характеризуется тромбоцитозом
- 5) Характерно увеличение печени и селезенки

7. Больной 18 лет поступил в гематологическое отделение с жалобами на головную боль, общую слабость, отсутствие аппетита, повышение температуры тела до 39 °С, появление припухлости на шее. Объективно:

t – 38 °С, кожа и слизистые оболочки резко бледные, пакеты лимфоузлов на шее по обе стороны размером до 1 см, безболезненные. Печень +1 см, безболезненная, селезенка +0,5 см. В крови: Hb – 98 г/л, эр. – $2,9 \cdot 10^{12}/л$, лейкоц. – $32 \cdot 10^9/л$, п – 0 %, с – 28 %, м – 2 %, л – 39 %, бласт. – 31 %, рет. – 31 %, тромб. – $120 \cdot 10^9/л$, СОЭ – 36 мм/ч. Какая форма лейкоза у больного?

- 1) Острый лимфобластный лейкоз.
- 2) Хронический миелолейкоз.
- 3) Острый миелобластный лейкоз.
- 4) Недифференцированный лейкоз.
- 5) Хронический лимфолейкоз.

8. Больная 25 лет жалуется на слабость, головокружение, геморрагические высыпания на коже. Болеет в течение месяца. В крови: эр. – $1,0 \cdot 10^{12}/л$, Hb – 37 г/л, ЦП – 0,9, лейкоц. – $1,2 \cdot 10^9/л$, тр. – $42 \cdot 10^9/л$. Какой метод исследования будет наиболее информативным для установления диагноза?

- 1) Стерильная пункция.
- 2) Биопсия селезенки.
- 3) Коагулограмма.
- 4) Биопсия печени.
- 5) УЗИ органов брюшной полости.

9. Больной 38 лет жалуется на вялость, субфебрилитет, увеличение лимфатических узлов, носовые кровотечения, боль в костях. Объективно: бледность кожи и слизистых, пальпируются увеличенные безболезненные лимфоузлы, стерналия, печень +2 см, селезенка +5 см, безболезненная. В крови: эр. – $2,7 \cdot 10^{12}/л$, Hb – 84 г/л, лейкоц. – $58 \cdot 10^9/л$, э. – 1 %, п. – 2 %, с. – 12 %, лимфоц. – 83 %, лимфоб. – 2 %, клетки Боткина–Гумпрехта; СОЭ – 57 мм/ч. Какой наиболее вероятный диагноз?

- 1) Хронический лимфолейкоз.
- 2) Острый миелолейкоз.
- 3) Хронический миелолейкоз.
- 4) Лимфогранулематоз.
- 5) Острый лимфолейкоз.

10. Больная 62 лет госпитализирована с жалобами на увеличение шейных, надключичных и подмышечных лимфоузлов, субфебрильную температуру в течение последних 3 мес. В крови: лейкоц. – $64 \cdot 10^9/л$, в формуле лимфоциты – 72 %. Какой метод исследования целесообразно использовать для уточнения диагноза?

- 1) Миелограмма.
- 2) Рентгенологическое исследование.
- 3) Лимфография.
- 4) Термография.
- 5) Лимфосцинтиграфия.

7.5. Задания для контроля конечного уровня освоения темы занятия:

Задание 1

Пациент 63 лет обратился к врачу общей практики с жалобами на общую слабость, утомляемость, частые «простудные» заболевания (ОРЗ). При осмотре врач выявил периферическую лимфаденопатию (увеличение шейных, подмышечных лимфатических узлов), печень и селезенка не увеличены. При обследовании в клиническом анализе крови

выявлено: Нв – 113 г/л, Ег – 3,7 x 10¹²/л, Leu – 27 x 10⁹ /л, ПЯ – 1%, СЯ – 23%, Мон – 6%, Эоз – 2%, Лимф – 69%. СОЭ – 65 мм/ч.

- 1) Предположительный диагноз.
- 2) Определите план дальнейшего обследования и тактику ведения пациента

Задание 2

Больной В., 49 лет, обратился к участковому врачу с жалобами на боли в горле при глотании и повышение температуры до 38 °С. Накануне он повторно пил холодную воду, ел мороженое. Перенесенные заболевания: ОРВИ - раз в год. Семейный анамнез не отягощен. Вредных привычек нет. При осмотре: состояние средней тяжести. Температура тела 38,3 °С. Больной нормостенического телосложения, рост - 169 см, вес - 67 кг. Кожные покровы бледные, умеренно влажные, эластичность кожи хорошая. Отеков нет. Отмечается припухание боковых поверхностей шеи с обеих сторон. Пальпируются безболезненные, подвижные, не спаянные между собой и окружающими тканями, плотноватой консистенции шейные лимфатические узлы, размером с грецкий орех. Подчелюстные лимфоузлы размером с горошину, болезненные с обеих сторон. Другие группы лимфатических узлов не пальпируются. При осмотре костей черепа, грудной клетки, позвоночника, конечностей болезненность и деформации не отмечаются. ЧД - 16 в минуту. При аускультации над легкими определяется везикулярное дыхание, хрипов нет. При аускультации сердца тоны звучные. Шумов нет. Ритм правильный. ЧСС - 86 в минуту. АД 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется у края правой реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Анализ крови: эритроциты - 4,5x10¹²/л, НБ - 120 г/л, тромбоциты - 260x10⁹ /л, лейкоциты - 20,5x10⁹ /л, палочкоядерные -3%, сегментоядерные - 45 %, эозинофилы - 2 %, лимфоциты - 55 %, моноциты - 1 %. СОЭ - 45 мм/ч, в миелограмме 60 % лимфоцитов. Проводилось лечение амоксициллином по 3 г/сут в течение 7 дн. Воспалительные изменения в горле исчезли, нормализовались подчелюстные лимфоузлы. Шейные лимфоузлы остались без изменения.

1. Предположительный диагноз
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести больному для подтверждения диагноза?
3. Назначьте лечение

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра внутренних болезней

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ
к практическому занятию на тему: Остеоартрит. Остеопороз**

Дисциплина – Внутренние болезни
Специальность (код, название) - 31.05.02 Медицинская биофизика
Курс - V
Семестр - X

Уфа – 2023

Рецензенты:

1. Главный врач ГБУЗ Республиканский
кардиологический центр, к.м.н.,

Николаева И.Е.

2. Зав. кафедрой общей физики
Уфимского университета науки и технологий,
д.ф.-м.н., профессор

Балапанов М. Х.

Авторы:

1. Ассистент кафедры внутренних болезней, Загидуллин Т.С.
2. Доцент кафедры внутренних болезней, к.м.н. Ильясова Т.М.
3. Зав. кафедрой внутренних болезней, доцент, к.м.н. Тюрин А.В.

Утверждено на заседании кафедры внутренних болезней № 9 от 05 апреля 2023г.

Занятие N 30

1. Тема и ее актуальность: Остеоартрит. Остеопороз.

Остеоартроз (ОА) относится к наиболее распространенным заболеваниям опорно-двигательного аппарата и характеризуется выраженным болевым синдромом, часто наличием воспалительных признаков и различной степенью нетрудоспособности.

Остеоартроз (ОА) встречается в популяции в 10–20 % случаев и относится к наиболее распространенным заболеваниям населения всех стран мира. Рост числа больных ОА отмечается с увеличением возраста: в 50 лет у каждого второго имеют место проявления ОА, в 70 лет и более клинические и/или рентгенологические признаки выявляют у 80–90 % людей.

Остеопороз (ОП) — широко распространенное метаболическое заболевание скелета многофакторного генеза. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определяет проблему остеопороза как глобальную, занимающую как по социально-экономической, так и медицинской значимости четвертое место после сердечно-сосудистых, онкологических заболеваний и сахарного диабета. Эпидемиологические исследования свидетельствуют о том, что в мире насчитывается около 250 млн человек, страдающих остеопорозом. С учетом демографической ситуации (рост населения земного шара и увеличение продолжительности жизни) предполагается, что абсолютное число переломов шейки бедра удвоится в течение последующих 25 лет.

2. Учебные цели:

- овладение практическими умениями и навыками диагностики, лечения и профилактики остеоартрита и остеопороза;

Для формирования профессиональных компетенций обучающийся должен **знать**:

- этиологию и патогенез остеоартрита и остеопороза;
- современную классификацию остеоартрита и остеопороза;
- клинические симптомы остеоартрита и остеопороза сердца;
- показатели дополнительных методов исследований;
- осложнения остеоартрита и остеопороза;
- принципы лечения и профилактики остеоартрита и остеопороза, терапевтические дозы препаратов;

В результате освоения темы занятия студент должен **владеть и уметь**:

- собрать анамнез у больного остеоартритом и остеопорозом;
- провести физикальное обследование больного остеоартритом и остеопорозом (осмотр, пальпацию, перкуссию);
- сформулировать правильно диагноз согласно МКБ-10 пересмотра;
- назначить целенаправленное, инструментальное и лабораторное исследование, интерпретировать его результаты;
- провести дифференциальный диагноз со сходными заболеваниями;
- назначить адекватное этиотропное, патогенетическое и симптоматическое лечение;
- определить меры первичной и вторичной профилактики;

И овладеть следующими компетенциями: ОПК-1, ОПК-3, ПК-3.

3. Материалы для самоподготовки к освоению данной темы:

Вопросы для самоподготовки:

- 1) Анатомия костно-суставной системы.

- 2) Этиология и патогенез остеоартрита и остеопороза.
- 3) Классификация остеоартрита и остеопороза.
- 4) Клиническая картина остеоартрита и остеопороза.
- 5) Лабораторные и инструментальные методы диагностики.
- 6) Лечение остеоартрита и остеопороза.
- 7) Первичная и вторичная профилактика.

4. Вид занятия: практическое занятие.

5. Продолжительность: 6 академических часа.

6. Оснащение: унифицированная схема истории болезни (для каждого студента); клинические истории болезни (5-6 больных); больные с различными заболеваниями (1 больной на 2-х студентов), мультимедийный проектор, видеоаппаратура, ноутбук, таблицы, схемы, наборы ЭКГ, R-грамм, анализов крови, методические рекомендации для самостоятельной работы студентов по данной теме, наборы контролирующих тестов по теме.

7. Содержание занятия.

7.1. Контроль исходного уровня знаний и умений.

Задания для самоконтроля (см. приложение).

7.2. Разбор с преподавателем узловых вопросов, необходимых для освоения темы занятия и демонстрация преподавателем методики практических приемов по данной теме.

а) Проблемы этиологии, патогенеза, клиники, диагностики и лечения остеоартрита и остеопороза;

7.3. Демонстрация преподавателем методики практических приемов по данной теме:

- сбор анамнеза у больного остеоартритом и остеопорозом, по характерным жалобам, указывающим на поражение костно-суставной системы;
- проведение физикального обследования больного остеоартритом и остеопорозом (осмотр, пальпация, перкуссия);
- выявление прямых или косвенных признаков остеоартритом и остеопорозом;
- определение косвенных признаков, указывающие на выраженность остеоартритом и остеопорозом;
- назначение дополнительных методов исследования и оценка их результатов;
- назначение лечения (медикаментозное и немедикаментозное);

7.4. Самостоятельная работа студентов под руководством преподавателя (курация больных, оформление результатов проведенных исследований – написание фрагмента истории болезни).

Задание №1 - провести расспрос больного по следующей схеме:

- Паспортные данные больного (фамилия, имя, отчество), возраст, место жительства, место работы, профессия.
- Жалобы больного на момент осмотра. Они должны быть детализированы. Под детализацией жалоб понимается уточнение локализации неприятных ощущений (болей), их иррадиация (место отражения), интенсивность, характер (колет, сжимает, давит, жжет), время появления неприятных ощущений (болей), их длительность, причина, вызывающая их появление, от чего проходят. Вначале излагаются основные жалобы, затем дополнительные.

Опрос по системам провести по следующей схеме:

- Сердечно-сосудистая система: одышка (при движении, в покое, приступообразная), сердцебиение, отеки, боли в левой половине грудной клетки.

- Дыхательная система: одышка, кашель (сухой, с мокротой, постоянный, приступообразный), боли в грудной клетке при дыхании и кашле, характер мокроты (количество за сутки, цвет, запах, примесь крови).
- Система пищеварения: нарушение аппетита (снижение, повышение), диспепсические явления (тошнота, рвота, отрыжка, изжога), характер стула, боли в животе (их локализация, иррадиация, длительность, связь с приемом пищи).
- Мочевыделительная система: учащенное, болезненное мочеиспускание, боли в поясничной области, изменение характера мочи.
- Нервная система: работоспособность, уравновешенность нервных процессов, раздражительность, характер сна (легко засыпает, сколько часов спит подряд, легко ли просыпается, прибегает ли к снотворным).
- История данного заболевания (воспоминание о болезни). Для этого необходимо выяснить особенности начала (когда, внезапно или постепенно развились признаки заболевания и какие) и течение острого заболевания. К последним относится время появления, динамика симптомов, как установленных при опросе о жалобах, так и уже исчезнувших к моменту обращения к врачу, применявшееся лечение и его эффективность. Если повышалась температура, уточнить ее уровень и продолжительность.
- Анамнез жизни. Для этого необходимо получить сведения о разнообразных факторах, воздействие которых могло обусловить те или иные особенности организма больного и его реакцию на различные раздражители, способствовать развитию определенного заболевания.

Задание №2 - записать данные, полученные при расспросе больного.

В присутствии группы доложить преподавателю полученные результаты самостоятельной работы с больными.

7.5. Контроль конечного уровня освоения темы занятия:

Ситуационные задачи (см. приложение).

Место проведения самоподготовки:

читальный зал, учебная комната для самостоятельной работы студентов.

Учебно-исследовательская работа студентов по данной теме:

Работа с основной и дополнительной литературой, самостоятельный разбор студентами текущих и архивных историй болезни стационара для анализа пропедевтических ошибок.

Литература.

Основная:

1. Моисеев В.С. Внутренние болезни: учебник. [Электронный ресурс]: в 2-х т. Электрон. текстовые дан. Т.1. -on-line. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970425794.html> / В.С. Моисеев, А.И. Мартынов, Н.А. Мухин. - М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2013г.

Дополнительная:

1. Внутренние болезни. Тесты и ситуационные задачи [Электронный ресурс]: учеб. пособие- Электрон. текстовые дан. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970423912.html/> В. И. Маколкин [и др.]. - М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2012
2. Междисциплинарные клинические задачи [Электронный ресурс]: сборник. Электрон. текстовые дан. -on-line. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/06-COS-2330.html/> Л. И. Дворецкий. - М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2012
3. Внутренние болезни: руководство к практическим занятиям по факультетской терапии [Электронный ресурс]: учеб. Пособие. - Электрон. текстовые дан. - on-line. - Режим доступа: ЭБС «Консультант студента» <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970411544.html/> В. И. Подзолков, А. А. Абрамова, О. Л. Белая [и др.] /под ред. В. И. Подзолкова. - М.: ГЭОТАР Медиа, 2010

Приложение

7.1. Задания для контроля исходного уровня знаний и умений:

1. В каком возрасте часто проявляются признаки ОА?

- а) детском;
- б) юношеском;
- в) пожилым;
- г) старческом.

2. Какие клинические признаки ОА являются основными?

- а) боль;
- б) утренняя скованность;
- в) локальная боль при пальпации;
- г) тугоподвижность в суставе;
- д) все выше перечисленное;
- е) ничего из перечисленного.

3. К клиническим формам ОА относят все, кроме:

- а) коксартроза;
- б) гонартроза;
- в) остеоартроза суставов кистей;
- г) папилломатоза.

4. К рентгенологическим признакам ОА относят:

- а) краевые узуры;
- б) сужение суставной щели;
- в) околосуставной остеопороз;
- г) симптом «пробойника».

5. Реактивный синовит характеризуется всеми перечисленными признаками, кроме:

- а) боли;
- б) нарушения функции сустава;
- в) гиперемии кожи над суставом;
- г) увеличения в объеме сустава.

6. Остеопороз – это:

- а) вторичный признак эндокринных заболеваний
- б) воспалительное заболевание позвоночника
- в) аутоиммунное заболевание
- г) воспалительное заболевание суставов
- д) системное заболевание скелета

7. К не модифицируемым факторам риска остеопороза относится все перечисленное, кроме:

- а) женский пол
- б) возраст старше 65 лет
- в) дефицит витамина D
- г) склонность к падениям
- д) длительная иммобилизация

8. Какие процессы лежат в основе снижения минеральной плотности костной ткани при

остеопорозе:

- а) резорбция костной ткани
- б) преобладание резорбции костной ткани над костеобразованием
- в) ремоделирование костной ткани
- г) кистозная перестройка
- д) склероз костной ткани

9. При остеопорозе происходит:

- а) потеря только минерального компонента костной ткани
- б) только нарушение микроструктуры
- в) потеря минерального компонента и нарушение микроструктуры
- г) нарушение синтеза коллагена
- д) увеличение минерального компонента и потеря микроструктуры

10. Какие мероприятия из перечисленных являются первичной профилактикой остеопороза:

- а) физкультура и спорт
- б) пропаганда здорового образа жизни
- в) прием препаратов кальция и витамина ДЗ
- г) своевременное выявление лиц с повышенным риском развития остеопороза
- д) все перечисленное верно

7.5. Задания для контроля конечного уровня освоения темы занятия:

Задание 1

На амбулаторном приеме больной 52 лет жалуется на боли в коленном суставе. В анамнезе травма 7 лет назад: перелом внутреннего мыщелка большеберцовой кости, лечился консервативно в гипсовой повязке. Периодически отмечал боли в коленном суставе при длительной ходьбе и подъеме по лестнице в течение 2-х лет. В последние 6 месяцев боли усилились, появились боли по утрам, которые затем проходят при ходьбе, повторно появляются после нагрузки. При осмотре умеренная варусная деформация коленного сустава, выпота в суставе нет, движения в полном объеме, но при максимальном сгибании болезненны. На рентгеновском снимке признаки деформирующего артроза II ст. С преимущественным поражением внутреннего отдела.

- 1) Сформулируйте диагноз?
- 2) Какое дополнительное обследование необходимо выполнить?
- 3) Какой способ лечения наиболее целесообразен?
- 4) Потребуется ли в дальнейшем консервативное лечение артроза?

Задание 2

Больная 83 лет доставлена в приемное отделение стационара по направлению поликлиники через неделю после падения дома на левый бок, ходить не могла, но сидела в постели, уход осуществлялся родственниками. Беспокоит боль в области левого тазобедренного сустава, усиливающаяся при движениях. При осмотре выявляется выраженная наружная ротация конечности, укорочение на 4 см, умеренный отек в верхней трети бедра, кровоподтек по наружной поверхности тазобедренного сустава и верхней трети бедра. Общее состояние больной удовлетворительное, пульс 88 уд. в мин., ритм., АД 150/90 мм рт. ст., в легких ослабленное везикулярное дыхание, кожа ягодичной

области и спины чистая, дизурических явлений не отмечается, стул был 4 дня назад, живот при пальпации безболезненный, незначительно вздут. На рентгенограммах выявлен чрезвертельный перелом бедренной кости, признаки остеопороза. Ранее лечения по поводу остеопороза не получала.

- 1) Сформулируйте диагноз?
- 2) Какой способ лечения наиболее целесообразен?
- 3) Есть ли необходимость в лечении остеопороза?
- 4) Какое обследование необходимо провести при планировании лечения остеопороза?
- 5) Предложите план лечения остеопороза, включая медикаментозное лечение и немедикаментозные средства.

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра внутренних болезней

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ
к практическому занятию на тему: Ревматоидный артрит. СКВ.
Системная склеродермия**

Дисциплина – Внутренние болезни

Специальность (код, название) - 31.05.02 Медицинская биофизика

Курс - V

Семестр - X

Уфа – 2023

Рецензенты:

1. Главный врач ГБУЗ Республиканский
кардиологический центр, к.м.н.,

Николаева И.Е.

2. Зав. кафедрой общей физики
Уфимского университета науки и технологий,
д.ф.-м.н., профессор

Балапанов М. Х.

Авторы:

1. Ассистент кафедры внутренних болезней, Загидуллин Т.С.
2. Доцент кафедры внутренних болезней, к.м.н. Ильясова Т.М.
3. Зав. кафедрой внутренних болезней, доцент, к.м.н. Тюрин А.В.

Утверждено на заседании кафедры внутренних болезней № 9 от 05 апреля 2023г.

Занятие N 31

1. Тема и ее актуальность: Ревматоидный артрит. СКВ. Системная склеродермия.

Ревматоидный артрит (РА) является частым и одним из наиболее тяжелых иммуновоспалительных заболеваний человека. Распространённость РА среди взрослого населения в разных географических зонах мира колеблется от 0,5 до 2% . По данным официальной статистики, в России зарегистрировано около 200 тысяч пациентов с РА, в то время как по данным Российского эпидемиологического исследования РА страдает около 800 тыс. человек, что соответствует распространенности РА в большинстве стран Европы. Соотношение женщин к мужчинам — 3:1. Заболевание встречается во всех возрастных группах, но пик заболеваемости приходится на наиболее трудоспособный возраст - 40–55 лет. РА вызывает стойкую потерю трудоспособности у половины пациентов в течение первых 3-5 лет от начала болезни и приводит к существенному сокращению продолжительности их жизни, как за счет высокой частоты развития кардиоваскулярной патологии, тяжелых инфекций, онкологических заболеваний, так и характерных для РА осложнений, связанных с системным иммуновоспалительным процессом - ревматоидный васкулит, АА амилоидоз, интерстициальная болезнь легких и др .

Социальная значимость СКВ обусловлена в первую очередь высоким уровнем летального исхода, также, зачастую, во время течения заболевания имеет место утрата трудоспособности. Выживаемость через 10 лет после постановки диагноза — 80 %, через 20 лет — 60 %. Основные причины смерти: люпус-нефрит, нейролюпус, интеркуррентные инфекции. Есть случаи выживаемости 25-30 лет. Частота системной красной волчанки точно не установлена, однако эту болезнь нельзя отнести к категории редких заболеваний.

Системная склеродермия – это редкое хроническое заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся развитием диффузного фиброза, а также патологическим изменением сосудов кожи, суставов и внутренних органов (особенно пищевода, нижних отделов желудочно-кишечного тракта, легких, сердца и почек). Характерные симптомы включают синдром Рейно, полиартралгию, дисфагию, изжогу, отечность и в итоге выраженное уплотнение кожи и контрактуру пальцев. Основная причина смерти – поражение легких, сердца и почек. Диагностика основана на анализе клинической картины, но лабораторные тесты могут помочь подтвердить диагноз и помогают в прогнозировании. Специфическое лечение затруднено, часто лечение заключается в терапии осложнений.

2. Учебные цели:

- овладение практическими умениями и навыками диагностики, лечения и профилактики ревматоидного артрита, СКВ, системной склеродермии;

Для формирования профессиональных компетенций обучающийся должен **знать:**

- этиологию и патогенез ревматоидного артрита, СКВ, системной склеродермии;
- современную классификацию ревматоидного артрита, СКВ, системной склеродермии;
- клинические симптомы ревматоидного артрита, СКВ, системной склеродермии;
- показатели дополнительных методов исследований;
- осложнения ревматоидного артрита, СКВ, системной склеродермии;
- принципы лечения и профилактики ревматоидного артрита, СКВ, системной склеродермии, терапевтические дозы препаратов;

В результате освоения темы занятия студент должен **владеть и уметь**:

- собрать анамнез у больного ревматоидным артритом, СКВ, системной склеродермией;
- провести физикальное обследование больного ревматоидным артритом, СКВ, системной склеродермией (осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию);
- сформулировать правильно диагноз согласно МКБ-10 пересмотра;
- назначить целенаправленное, инструментальное и лабораторное исследование, интерпретировать его результаты;
- провести дифференциальный диагноз со сходными заболеваниями;
- назначить адекватное этиотропное, патогенетическое и симптоматическое лечение;
- определить меры первичной и вторичной профилактики;

И овладеть следующими компетенциями: ОПК-1, ОПК-3, ПК-3.

3. Материалы для самоподготовки к освоению данной темы:

Вопросы для самоподготовки:

- 1) Этиология и патогенез ревматоидного артрита, СКВ, системной склеродермии.
- 2) Классификация ревматоидного артрита, СКВ, системной склеродермии.
- 3) Клиническая картина ревматоидного артрита, СКВ, системной склеродермии.
- 4) Лабораторные и инструментальные методы диагностики.
- 5) Лечение ревматоидного артрита, СКВ, системной склеродермии.
- 6) Первичная и вторичная профилактика.

4. Вид занятия: практическое занятие.

5. Продолжительность: 6 академических часа.

6. Оснащение: унифицированная схема истории болезни (для каждого студента); клинические истории болезни (5-6 больных); больные с различными заболеваниями (1 больной на 2-х студентов), мультимедийный проектор, видеоаппаратура, ноутбук, таблицы, схемы, наборы ЭКГ, R-грамм, анализов крови, методические рекомендации для самостоятельной работы студентов по данной теме, наборы контролирующих тестов по теме.

7. Содержание занятия.

7.1. Контроль исходного уровня знаний и умений.

Задания для самоконтроля (см. приложение).

7.2. Разбор с преподавателем узловых вопросов, необходимых для освоения темы занятия и демонстрация преподавателем методики практических приемов по данной теме.

а) Проблемы этиологии, патогенеза, клиники, диагностики и лечения ревматоидного артрита, СКВ, системной склеродермии;

7.3. Демонстрация преподавателем методики практических приемов по данной теме:

- сбор анамнеза у больного ревматоидным артритом, СКВ, системной склеродермией, по характерным жалобам, определение типа заболевания;
- проведение физикального обследования больного ревматоидным артритом, СКВ, системной склеродермией (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация);
- выявление прямых или косвенных признаков ревматоидного артрита, СКВ, системной склеродермии;
- назначение дополнительных методов исследования и оценка их результатов;

- назначение лечения (медикаментозное и немедикаментозное);

7.4. Самостоятельная работа студентов под руководством преподавателя (курация больных, оформление результатов проведенных исследований – написание фрагмента истории болезни).

Задание №1 - провести расспрос больного по следующей схеме:

- Паспортные данные больного (фамилия, имя, отчество), возраст, место жительства, место работы, профессия.
- Жалобы больного на момент осмотра. Они должны быть детализированы. Под детализацией жалоб понимается уточнение локализации неприятных ощущений (болей), их иррадиация (место отражения), интенсивность, характер (колет, сжимает, давит, жжет), время появления неприятных ощущений (болей), их длительность, причина, вызывающая их появление, от чего проходят. Вначале излагаются основные жалобы, затем дополнительные.

Опрос по системам провести по следующей схеме:

- Сердечно-сосудистая система: одышка (при движении, в покое, приступообразная), сердцебиение, отеки, боли в левой половине грудной клетки.
- Дыхательная система: одышка, кашель (сухой, с мокротой, постоянный, приступообразный), боли в грудной клетке при дыхании и кашле, характер мокроты (количество за сутки, цвет, запах, примесь крови).
- Система пищеварения: нарушение аппетита (снижение, повышение), диспепсические явления (тошнота, рвота, отрыжка, изжога), характер стула, боли в животе (их локализация, иррадиация, длительность, связь с приемом пищи).
- Мочевыделительная система: учащенное, болезненное мочеиспускание, боли в поясничной области, изменение характера мочи.
- Нервная система: работоспособность, уравновешенность нервных процессов, раздражительность, характер сна (легко засыпает, сколько часов спит подряд, легко ли просыпается, прибегает ли к снотворным).
- История данного заболевания (воспоминание о болезни). Для этого необходимо выяснить особенности начала (когда, внезапно или постепенно развились признаки заболевания и какие) и течение острого заболевания. К последним относится время появления, динамика симптомов, как установленных при опросе о жалобах, так и уже исчезнувших к моменту обращения к врачу, применявшееся лечение и его эффективность. Если повышалась температура, уточнить ее уровень и продолжительность.
- Анамнез жизни. Для этого необходимо получить сведения о разнообразных факторах, воздействие которых могло обусловить те или иные особенности организма больного и его реакцию на различные раздражители, способствовать развитию определенного заболевания.

Задание №2 - записать данные, полученные при расспросе больного.

В присутствии группы доложить преподавателю полученные результаты самостоятельной работы с больными.

7.5. Контроль конечного уровня освоения темы занятия:

Ситуационные задачи (см. приложение).

Место проведения самоподготовки:

читальный зал, учебная комната для самостоятельной работы студентов.

Учебно-исследовательская работа студентов по данной теме:

Работа с основной и дополнительной литературой, самостоятельный разбор студентами текущих и архивных историй болезни стационара для анализа пропедевтических ошибок.

Литература.

Основная:

1. Моисеев В.С. Внутренние болезни: учебник. [Электронный ресурс]: в 2-х т. Электрон. текстовые дан. Т.1. -on-line. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970425794.html> / В.С. Моисеев, А.И. Мартынов, Н.А. Мухин. - М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2013г.

Дополнительная:

1. Внутренние болезни. Тесты и ситуационные задачи [Электронный ресурс]: учеб. пособие- Электрон. текстовые дан. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970423912.html/> В. И. Маколкин [и др.]. - М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2012
2. Междисциплинарные клинические задачи [Электронный ресурс]: сборник. Электрон. текстовые дан. -on-line. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/06-COS-2330.html/> Л. И. Дворецкий. - М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2012
3. Внутренние болезни: руководство к практическим занятиям по факультетской терапии [Электронный ресурс]: учеб. Пособие. - Электрон. текстовые дан. - on-line. - Режим доступа: ЭБС «Консультант студента» <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970411544.html/> В. И. Подзолков, А. А. Абрамова, О. Л. Белая [и др.] /под ред. В. И. Подзолкова. - М.: ГЭОТАР Медиа, 2010

Приложение

7.1. Задания для контроля исходного уровня знаний и умений:

1. Для «воспалительного» характера болей характерно (несколько правильных ответов):

- 1) Возникновение или усиление после физической нагрузки, ходьбы, к вечеру.
- 2) Уменьшение к вечеру
- 3) отсутствие улучшения в покое.
- 4) Возникновение во вторую половину ночи, утром.

2. Для ревматоидного артрита характерен (один правильный ответ)

- 1) «Механический» характер болей.
- 2) «Воспалительный» характер болей.
- 3) «Летучесть» болей в суставах.
- 4) "Мигрирующая" боль

3. Для ревматоидного артрита характерны (несколько правильных ответов)

- 1) Симметричный полиартрит с вовлечением проксимальных межфаланговых суставов.
- 1) Несимметричный полиартрит с вовлечением дистальных межфаланговых суставов.
- 2) Утренняя скованность.
- 3) Развитие эрозий и анкилозов суставов.

4. Какая суставная зона не поражается при ревматоидном артрите (суставыисключения) - один правильный ответ

- 1) Проксимальные межфаланговые суставы
- 2) Дистальные межфаланговые суставы
- 3) Коленные суставы
- 4) Голеностопные суставы
- 5) Лучезапястные суставы

5. При СКВ в пожилом возрасте:

1) В клинической картине нет преобладания конституциональных проявлений, поражения суставов (обычно крупных), легких (пневмонит с ателектазами, легочный фиброз), синдрома Шегрена, периферической невропатии.

2) При лабораторном исследовании АТ к двуспиральной дезоксирибонуклеиновой кислоте (анти-ДНК) выявляют чаще, чем у больных СКВ молодого возраста.

3. При лабораторном исследовании АТ к Ro/SSa Ag реже, чем у больных СКВ молодого возраста.

4. Наблюдается более благоприятное течение заболевания.

6. Общий анализ крови при СКВ (выберите наиболее полный и правильный ответ):

1) Увеличение СОЭ, лимфопения, ассоциирующаяся с активностью заболевания, редко выявляют лёгкую или умеренную анемию, нехарактерно увеличение СРБ

2) Увеличение СОЭ, лимфопения, ассоциирующаяся с активностью заболевания, редко выявляют лёгкую или умеренную анемию, характерно увеличение СРБ

3) Увеличение СОЭ, лимфопения, ассоциирующаяся с активностью заболевания, часто выявляют лёгкую или умеренную анемию, нехарактерно увеличение СРБ, обычно тромбоцитопения у пациентов с АФС

4) Увеличение СОЭ, лимфопения, ассоциирующаяся с активностью заболевания, часто выявляют лёгкую или умеренную анемию, нехарактерно увеличение СРБ, редко тромбоцитопения у пациентов с АФС, обычно развивается аутоиммунная тромбоцитопения, связанная с синтезом АТ к тромбоцитам

7. АНФ при СКВ выявляют у

- 1) 95% больных (обычно в высоком титре)
- 2) 75% больных (обычно в низком титре)
- 3) 85% больных (обычно в высоком титре)
- 4) 95% больных (обычно в низком титре)
- 5) 85% больных (обычно в высоком титре)

8. К основным диагностическим признакам склеродермии относятся:

- 1) очаговый и диффузный нефрит;
- 2) синдром Шегрена;
- 3) синдром Рейно;
- 4) истинная склеродермическая почка;
- 5) полиневрит.

9. Для суставного синдрома при системной склеродермии характерным являются:

- 1) кальциноз мягких тканей в области суставов пальцев;
- 2) остеолиз ногтевых фаланг;
- 3) остеофитоз;
- 4) поражение крупных суставов;
- 5) спондилит.

10. CREST-синдром включает поражение пищевода:

- 1) да;
- 2) нет.

7.5. Задания для контроля конечного уровня освоения темы занятия:

Задание 1

Больная 24 лет. Диагноз СКВ выставлен 3 года назад. Базисная терапия: преднизолон 15 мг/сут. и азатиоприн (имуран) 100 мг/сут. – поддерживающая. После медицинского аборта – ухудшение: нарастающая слабость, головокружения, одышка, кардиалгия, отеки лица, конечностей, тошнота, уменьшение мочи. Объективно: бледность кожных покровов, иктеричность склер. Границы сердечной тупости расширены вправо, вверх, влево. Тоны сердца глухие, аритмичные. ЧСС – 180 в 1 мин. Набухшие шейные вены. Печень + 4 см. Свободная жидкость в животе. Отеки поясничные, нижних конечностей. ОАК: Нб – 42 г/л, Эр – 2,1 · 10¹²/л; Л – 3,8 · 10⁹/л, ретикулоцитов – 58% 0, СОЭ – 68 мм/ч. ОАМ: уд. вес – 1016, белок – 4,7 г/л, Эр – 20 п/зр., цилиндры гиалиновые, зернистые. Биохимия: креатинин 0,46 ммоль/л; холестерин – 11,6 ммоль/л.

1. Выделите ведущие синдромы.
2. Сформулируйте диагноз.
3. Необходимые дополнительные исследования
4. План неотложной терапии.

Задание 2

Больная 47 лет обратилась к врачу с жалобами на боли в обоих коленных суставах умеренной интенсивности, возникающие по утрам, усиливающиеся при ходьбе, сопровождающиеся припухлостью и ограничением разгибания в них, сопровождающиеся ощущением скованности в них по утрам продолжительностью до 1 часа. Около 6 месяцев назад появились периодические не интенсивные боли в коленных суставах, не обращалась. В течение последних 4 недель боль стала постепенно нарастать, 5 дней назад отметила припухлость обоих коленных суставов и ограничение в разгибании их, в связи с чем обратилась на прием к участковому терапевту. Объективный осмотр. Состояние больной удовлетворительное, повышенного питания (ожирение II степени, объем тали 101 см). Кожные покровы чистые. Пульс 78 ударов в минуту, ритмичный. Артериальное давление 125/80 мм. рт. ст. Данные объективного исследования в пределах возрастной нормы, патологических изменений не выявлено. Коленные суставы деформированы за счет суставного выпота (симптом баллотирования наколеника положительный с обеих сторон) с болезненностью и умеренным повышением кожной температуры над ними, сгибание в коленных суставах ограничено. Изменений со стороны других суставов не определяется (количество болезненных суставов 2, количество припухших суставов 2), выраженность боли по ВАШ 7-8 баллов.

1. Составьте первичное представление о больном а) выделите ведущие патологические синдромы;
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. определите групп болезней для дифференциального диагноза.
4. Составьте план дальнейшего обследования больного
5. Составьте план первичных лечебных мероприятий с обоснованием

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра внутренних болезней

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ
к практическому занятию на тему: Системные васкулиты**

Дисциплина – Внутренние болезни
Специальность (код, название) - 31.05.02 Медицинская биофизика
Курс - V
Семестр - X

Уфа – 2023

Рецензенты:

1. Главный врач ГБУЗ Республиканский
кардиологический центр, к.м.н.,

Николаева И.Е.

2. Зав. кафедрой общей физики
Уфимского университета науки и технологий,
д.ф.-м.н., профессор

Балапанов М. Х.

Авторы:

1. Ассистент кафедры внутренних болезней, Загидуллин Т.С.
2. Доцент кафедры внутренних болезней, к.м.н. Ильясова Т.М.
3. Зав. кафедрой внутренних болезней, доцент, к.м.н. Тюрин А.В.

Утверждено на заседании кафедры внутренних болезней № 9 от 05 апреля 2023г.

Занятие N 32

1. Тема и ее актуальность: Системные васкулиты.

Системные васкулиты проявляются ишемией и некрозом тканей вследствие воспаления кровеносных сосудов (первичного или вторичного по отношению к основному заболеванию). Клинические проявления васкулитов зависят от типа, размера, локализации пораженных сосудов, а также от активности системного воспаления. Распространенность системных васкулитов колеблется от 0,4 до 14 случаев на 100 000 населения. Чаще встречаются у мужчин в 40–50 лет.

Этиология большинства первичных системных васкулитов неизвестна, в связи с этим первичную профилактику этих заболеваний не проводят.

Лечение системных васкулитов проводят индивидуально в зависимости от клинических проявлений заболевания и типа васкулита.

2. Учебные цели:

- овладение практическими умениями и навыками диагностики, лечения и профилактики системных васкулитов;

Для формирования профессиональных компетенций обучающийся должен **знать**:

- этиологию и патогенез системных васкулитов;
- современную классификацию системных васкулитов;
- клинические симптомы системных васкулитов;
- осложнения системных васкулитов;
- принципы лечения и профилактики системных васкулитов, терапевтические дозы препаратов;

В результате освоения темы занятия студент должен **владеть и уметь**:

- собрать анамнез у больного системным васкулитом;
- провести физикальное обследование больного системным васкулитом (осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию);
- сформулировать правильно диагноз согласно МКБ-10 пересмотра;
- назначить целенаправленное, инструментальное и лабораторное исследование, интерпретировать его результаты;
- провести дифференциальный диагноз со сходными заболеваниями;
- назначить адекватное этиотропное, патогенетическое и симптоматическое лечение;
- определить меры первичной и вторичной профилактики;

И овладеть следующими компетенциями: ОПК-1, ОПК-3, ПК-3.

3. Материалы для самоподготовки к освоению данной темы:

Вопросы для самоподготовки:

- 1) Анатомия сосудистой системы.
- 2) Этиология и патогенез системных васкулитов.
- 3) Классификация системных васкулитов.
- 4) Клиническая картина системных васкулитов.
- 5) Лабораторные и инструментальные методы диагностики.
- 6) Лечение системных васкулитов.
- 7) Первичная и вторичная профилактика.

4. Вид занятия: практическое занятие.

5. Продолжительность: 6 академических часа.

6. Оснащение: унифицированная схема истории болезни (для каждого студента); клинические истории болезни (5-6 больных); больные с различными заболеваниями (1 больной на 2-х студентов), мультимедийный проектор, видеоаппаратура, ноутбук, таблицы, схемы, наборы ЭКГ, R-грамм, анализов крови, методические рекомендации для самостоятельной работы студентов по данной теме, наборы контролирующих тестов по теме.

7. Содержание занятия.

7.1. Контроль исходного уровня знаний и умений.

Задания для самоконтроля (см. приложение).

7.2. Разбор с преподавателем узловых вопросов, необходимых для освоения темы занятия и демонстрация преподавателем методики практических приемов по данной теме.

а) Проблемы этиологии, патогенеза, клиники, диагностики и лечения системных васкулитов;

7.3. Демонстрация преподавателем методики практических приемов по данной теме:

- сбор анамнеза у больного системным васкулитом, определение типа заболевания;
- проведение физикального обследования больного системным васкулитом (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация);
- выявление прямых или косвенных признаков системных васкулитов;
- назначение дополнительных методов исследования и оценка их результатов;
- назначение лечения (медикаментозное и немедикаментозное);

7.4. Самостоятельная работа студентов под руководством преподавателя (курация больных, оформление результатов проведенных исследований – написание фрагмента истории болезни).

Задание №1 - провести расспрос больного по следующей схеме:

- Паспортные данные больного (фамилия, имя, отчество), возраст, место жительства, место работы, профессия.
- Жалобы больного на момент осмотра. Они должны быть детализированы. Под детализацией жалоб понимается уточнение локализации неприятных ощущений (болей), их иррадиация (место отражения), интенсивность, характер (колет, сжимает, давит, жжет), время появления неприятных ощущений (болей), их длительность, причина, вызывающая их появление, от чего проходят. Вначале излагаются основные жалобы, затем дополнительные.

Опрос по системам провести по следующей схеме:

- Сердечно-сосудистая система: одышка (при движении, в покое, приступообразная), сердцебиение, отеки, боли в левой половине грудной клетки.
- Дыхательная система: одышка, кашель (сухой, с мокротой, постоянный, приступообразный), боли в грудной клетке при дыхании и кашле, характер мокроты (количество за сутки, цвет, запах, примесь крови).
- Система пищеварения: нарушение аппетита (снижение, повышение), диспепсические явления (тошнота, рвота, отрыжка, изжога), характер стула, боли в животе (их локализация, иррадиация, длительность, связь с приемом пищи).
- Мочевыделительная система: учащенное, болезненное мочеиспускание, боли в поясничной области, изменение характера мочи.
- Нервная система: работоспособность, уравновешенность нервных процессов, раздражительность, характер сна (легко засыпает, сколько часов спит подряд, легко ли просыпается, прибегает ли к снотворным).

- История данного заболевания (воспоминание о болезни). Для этого необходимо выяснить особенности начала (когда, внезапно или постепенно развились признаки заболевания и какие) и течение острого заболевания. К последним относится время появления, динамика симптомов, как установленных при опросе о жалобах, так и уже исчезнувших к моменту обращения к врачу, применявшееся лечение и его эффективность. Если повышалась температура, уточнить ее уровень и продолжительность.

- Анамнез жизни. Для этого необходимо получить сведения о разнообразных факторах, воздействие которых могло обусловить те или иные особенности организма больного и его реакцию на различные раздражители, способствовать развитию определенного заболевания.

Задание №2 - записать данные, полученные при расспросе больного.

В присутствии группы доложить преподавателю полученные результаты самостоятельной работы с больными.

7.5. Контроль конечного уровня освоения темы занятия:
Ситуационные задачи (см. приложение).

Место проведения самоподготовки:

читальный зал, учебная комната для самостоятельной работы студентов.

Учебно-исследовательская работа студентов по данной теме:

Работа с основной и дополнительной литературой, самостоятельный разбор студентами текущих и архивных историй болезни стационара для анализа пропедевтических ошибок.

Литература.

Основная:

1. Моисеев В.С. Внутренние болезни: учебник. [Электронный ресурс]: в 2-х т. Электрон. текстовые дан. Т.1. -on-line. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970425794.html> / В.С. Моисеев, А.И. Мартынов, Н.А. Мухин. - М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2013г.

Дополнительная:

1. Внутренние болезни. Тесты и ситуационные задачи [Электронный ресурс]: учеб. пособие-Электрон. текстовые дан. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970423912.html>/ В. И. Маколкин [и др.]. - М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2012
2. Междисциплинарные клинические задачи [Электронный ресурс]: сборник. Электрон. текстовые дан. -on-line. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/06-COS-2330.html>/ Л. И. Дворецкий. - М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2012
3. Внутренние болезни: руководство к практическим занятиям по факультетской терапии [Электронный ресурс]: учеб. Пособие. - Электрон. текстовые дан. - on-line. - Режим доступа: ЭБС «Консультант студента» <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970411544.html>/ В. И. Подзолков, А. А. Абрамова, О. Л. Белая [и др.] /под ред. В. И. Подзолкова. - М.: ГЭОТАР Медиа, 2010

Приложение

7.1. Задания для контроля исходного уровня знаний и умений:

1. Каковы основные гистологические признаки васкулитов?

- а) инфильтрация стенки сосудов клетками воспаления
- б) некроз наружного и среднего слоев стенки сосудов
- в) фибриноидный некроз (разрушение всех слоев стенки сосудов)
- г) лейкоцитоклазия (обнаружение «ядерной пыли» в результате разрушения лейкоцитов)
- д) все перечисленное верно

2. Какие процессы, возникающие в сосудах, лежат в основе клинических проявлений васкулитов?

- а) разрушение стенки сосудов и повреждение эндотелия
- б) кровоизлияние в ткани
- в) тромбоз сосудов
- г) ишемические повреждения тканей
- д) инфильтрация стенки сосудов клетками воспаления

3. Какой принцип положен в основу классификации системных васкулитов?

- а) характер иммунологических особенностей патогенеза
- б) характер органных поражений
- в) причина возникновения
- г) калибр пораженных сосудов
- д) степень активности воспаления

4. Отметьте васкулит, протекающий с преимущественным поражением сосудов крупного калибра:

- а) гранулематоз с полиангиитом (Вегенера),
- б) IgA – васкулит (Шенлейна-Геноха)
- в) гигантоклеточный полиангиит
- г) узелковый полиартериит
- д) микроскопический полиангиит

5. Какой патогенетический механизм характерен для васкулитов, протекающих с преимущественным поражением сосудов мелкого калибра, кожи, легких, почек?

- а) иммунокомплексный
- б) образование органоспецифических аутоантител
- в) образование антинейтрофильных цитоплазматических антител (АНЦА)
- г) образование антинуклеарного фактора (АНФ)
- д) образование ревматоидного фактора (РФ)

6. Для какого васкулита из перечисленных иммунокомплексный механизм патогенеза является основным?

- а) гранулематоз с полиангиитом (Вегенера)
- б) гигантоклеточный полиангиит
- в) артериит Такаясу
- г) эозинофильный гранулематоз с полиангиитом
- д) узелковый полиартериит

7. Для какого системного васкулита характерен дебют с поражения верхних дыхательных путей в виде гнойно-геморрагического ринита?

- а) узелковый полиартериит
- б) гигантоклеточный полиангиит
- в) гранулематоз с полиангиитом (Вегенера)
- г) IgA –васкулит (Шенлейна-Геноха)
- д) артериит Такаясу

8. Для какого системного васкулита характерно частое выявление носительства антител к гепатиту В (HBs Ag)?

- а) гигантоклеточный полиангиит
- б) узелковый полиартериит
- в) артериит Такаясу
- г) гранулематоз с полиангиитом (Вегенера)
- д) узелковый полиартериит

9. Какие клинические симптомы позволяют заподозрить системный васкулит?

- а) одновременное поражение многих органов и систем
- б) лихорадка неясного генеза
- в) симптомы ишемии, особенно у молодых пациентов
- г) различные варианты кожных изменений
- д) все перечисленное верно

10. Для какого васкулита характерно поражение легких в виде образования инфильтратов (узлов) с тенденцией к распаду?

- а) узелковый полиартериит
- б) IgA –васкулит (Шенлейна-Геноха)
- в) гранулематоз с полиангиитом (Вегенера)
- г) гигантоклеточный полиангиит
- д) артериит Такаясу

7.5. Задания для контроля конечного уровня освоения темы занятия:

Задание 1

Мужчина 39 лет обратился к врачу общей практики с жалобами на боли в мышцах плечевого пояса, и мышцах голени, боль в мелких суставах костей и стоп, изменение цвета кожи пальцев трехфазно (побеление, посинение, покраснение) в области кистей и стоп, утреннюю скованность, слабость и снижение чувствительности в области предплечий и кистей, изъязвление кончиков 1 и 3 пальцев левой кисти, повышение температуры тела до 38°C, снижение веса на 10 кг за 3 месяца. При осмотре выявлена артериальная гипертензия (АД 160/100 мм рт.ст.). Лабораторно: СОЭ 48 мм/час, Hb 145 г/л, лейкоциты 19,4x10⁹ /л, СРБ 40,9 мг/л.

1. О каком заболевании можно думать?
2. Какие исследования должен назначить врач?
3. Каков план лечения?

Задание 2

Женщина 32 лет обратилась к врачу общей практики с жалобами на общую слабость, быструю утомляемость, снижение веса на 10 кг, боль в правой подчелюстной области с иррадиацией в правое ухо, боль в горле при глотании, боль в правой половине шеи, субфебрильную лихорадку. Из анамнеза известно, что до обращения к врачу общей

практики обследовалась у отоларинголога, инфекциониста, стоматолога (обострение хронического тонзиллита, мононуклеоз исключены, проведена депульпация 7 зуба верхней челюсти справа, проведен курс антибактериальной терапии). Лечение без эффекта. Лабораторно признаки выраженного воспаления: СОЭ 66-71 мм/час, гемоглобин 112-116 г/л. При осмотре пациентки врач выявил периферическую лимфаденопатию и снижение пульсации на правой лучевой артерии.

1. О каком заболевании можно думать?

2. Каков план обследования?

3. Каков план лечения?

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра внутренних болезней

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ
к практическому занятию на тему: Неотложные состояния в клинике
внутренних болезней**

Дисциплина – Внутренние болезни

Специальность (код, название) - 31.05.02 Медицинская биофизика

Курс - V

Семестр - X

Уфа – 2023

Рецензенты:

1. Главный врач ГБУЗ Республиканский
кардиологический центр, к.м.н.,

Николаева И.Е.

2. Зав. кафедрой общей физики
Уфимского университета науки и технологий,
д.ф.-м.н., профессор

Балапанов М. Х.

Авторы:

1. Ассистент кафедры внутренних болезней, Загидуллин Т.С.

2. Доцент кафедры внутренних болезней, к.м.н. Явгильдина А.М.

3. Зав. кафедрой внутренних болезней, доцент, к.м.н. Тюрин А.В.

Утверждено на заседании кафедры внутренних болезней № 9 от 05 апреля 2023г.

Занятие N 33

1. Тема и ее актуальность: Неотложные состояния в клинике внутренних болезней.

Неотложная терапия – это самостоятельная область медицины. Основное направление неотложной терапии – это купирование опасных и тяжелых проявлений болезни в большинстве случаев при дефиците времени и малой информации о больном, что и вынуждает проводить лечение посиндромно.

В практической деятельности врач встречается нередко с острыми заболеваниями, требующими проведения неотложной терапии. Успех этой терапии зависит, прежде всего, от своевременности и правильности установленного диагноза.

Диагностика неотложных состояний является одной из наиболее важных и ответственных задач практического врача. Один и тот же синдром может быть обусловлен, как известно, различными болезненными состояниями и выступает в одних случаях как основное проявление заболевания, а в других - как осложнение длительно существовавшего патологического процесса. Для проведения дифференциальной диагностики необходимо четко ориентироваться во множестве симптомов как обыденных, так и менее изученных нозологических форм.

2. Учебные цели:

- овладение практическими умениями и навыками диагностики, лечения и профилактики неотложных состояний в клинике внутренних болезней;

Для формирования профессиональных компетенций обучающийся должен **знать:**

- этиологию и патогенез неотложных состояний в клинике внутренних болезней;
- современную классификацию неотложных состояний в клинике внутренних болезней;
- клинические симптомы неотложных состояний в клинике внутренних болезней;
- осложнения неотложных состояний в клинике внутренних болезней;
- принципы лечения и профилактики неотложных состояний в клинике внутренних болезней, терапевтические дозы препаратов;
- неотложные и реанимационные мероприятия при неотложных состояниях в клинике внутренних болезней;
- показания и виды хирургического лечения;
- профилактику послеоперационных осложнений, их диагностику и методы лечения.

В результате освоения темы занятия студент должен **владеть и уметь:**

- собрать анамнез у больного с неотложными состояниями;
- провести физикальное обследование больных с неотложными состояниями (осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию);
- сформулировать правильно диагноз согласно МКБ-10 пересмотра;
- назначить целенаправленное, инструментальное и лабораторное исследование, интерпретировать его результаты;
- провести дифференциальный диагноз со сходными заболеваниями;
- назначить адекватное этиотропное, патогенетическое и симптоматическое лечение;
- определить меры первичной и вторичной профилактики;

И овладеть следующими компетенциями: ОПК-1, ОПК-3, ПК-3.

3. Материалы для самоподготовки к освоению данной темы:

Вопросы для самоподготовки:

- 1) Этиология и патогенез неотложных состояний в клинике внутренних болезней.
- 2) Классификация неотложных состояний в клинике внутренних болезней.
- 3) Клиническая картина неотложных состояний в клинике внутренних болезней.
- 4) Лабораторные и инструментальные методы диагностики.
- 5) Лечение неотложных состояний в клинике внутренних болезней.
- 6) Первичная и вторичная профилактика.

4. Вид занятия: практическое занятие.

5. Продолжительность: 18 академических часов.

6. Оснащение: унифицированная схема истории болезни (для каждого студента); клинические истории болезни (5-6 больных); больные с различными заболеваниями (1 больной на 2-х студентов), мультимедийный проектор, видеоаппаратура, ноутбук, таблицы, схемы, наборы ЭКГ, R-грамм, анализов крови, методические рекомендации для самостоятельной работы студентов по данной теме, наборы контролирующих тестов по теме.

7. Содержание занятия.

7.1. Контроль исходного уровня знаний и умений.

Задания для самоконтроля (см. приложение).

7.2. Разбор с преподавателем узловых вопросов, необходимых для освоения темы занятия и демонстрация преподавателем методики практических приемов по данной теме.

а) Проблемы этиологии, патогенеза, клиники, диагностики и лечения стеноза митрального клапана;

б) Проблемы этиологии, патогенеза, клиники, диагностики и лечения недостаточности митрального клапана;

в) Проблемы этиологии, патогенеза, клиники, диагностики и лечения стеноза аортального клапана;

г) Проблемы этиологии, патогенеза, клиники, диагностики и лечения недостаточности аортального клапана.

7.3. Демонстрация преподавателем методики практических приемов по данной теме:

- сбор анамнеза у больных с неотложными состояниями;
- проведение физикального обследования больных с неотложными состояниями (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация);
- выявление прямых или косвенных признаков неотложных состояний;
- назначение дополнительных методов исследования и оценка их результатов;
- назначение лечения (медикаментозное и немедикаментозное);

7.4. Самостоятельная работа студентов под руководством преподавателя (курация больных, оформление результатов проведенных исследований – написание фрагмента истории болезни).

Задание №1 - провести расспрос больного по следующей схеме:

- Паспортные данные больного (фамилия, имя, отчество), возраст, место жительства, место работы, профессия.
- Жалобы больного на момент осмотра. Они должны быть детализированы. Под детализацией жалоб понимается уточнение локализации неприятных ощущений (болей), их иррадиация (место отражения), интенсивность, характер (колет, сжимает, давит, жжет), время появления неприятных ощущений (болей), их длительность, причина, вызывающая их появление, от чего проходят. Вначале излагаются основные жалобы, затем дополнительные.

Опрос по системам провести по следующей схеме:

- Сердечно-сосудистая система: одышка (при движении, в покое, приступообразная), сердцебиение, отеки, боли в левой половине грудной клетки.
- Дыхательная система: одышка, кашель (сухой, с мокротой, постоянный, приступообразный), боли в грудной клетке при дыхании и кашле, характер мокроты (количество за сутки, цвет, запах, примесь крови).
- Система пищеварения: нарушение аппетита (снижение, повышение), диспепсические явления (тошнота, рвота, отрыжка, изжога), характер стула, боли в животе (их локализация, иррадиация, длительность, связь с приемом пищи).
- Мочевыделительная система: учащенное, болезненное мочеиспускание, боли в поясничной области, изменение характера мочи.
- Нервная система: работоспособность, уравновешенность нервных процессов, раздражительность, характер сна (легко засыпает, сколько часов спит подряд, легко ли просыпается, прибегает ли к снотворным).
- История данного заболевания (воспоминание о болезни). Для этого необходимо выяснить особенности начала (когда, внезапно или постепенно развились признаки заболевания и какие) и течение острого заболевания. К последним относится время появления, динамика симптомов, как установленных при опросе о жалобах, так и уже исчезнувших к моменту обращения к врачу, применявшееся лечение и его эффективность. Если повышалась температура, уточнить ее уровень и продолжительность.
- Анамнез жизни. Для этого необходимо получить сведения о разнообразных факторах, воздействие которых могло обусловить те или иные особенности организма больного и его реакцию на различные раздражители, способствовать развитию определенного заболевания.

Задание №2 - записать данные, полученные при расспросе больного.

В присутствии группы доложить преподавателю полученные результаты самостоятельной работы с больными.

7.5. Контроль конечного уровня освоения темы занятия:
Ситуационные задачи (см. приложение).

Место проведения самоподготовки:

читальный зал, учебная комната для самостоятельной работы студентов.

Учебно-исследовательская работа студентов по данной теме:

Работа с основной и дополнительной литературой, самостоятельный разбор студентами текущих и архивных историй болезни стационара для анализа пропедевтических ошибок.

Литература.

Основная:

1. Моисеев В.С. Внутренние болезни: учебник. [Электронный ресурс]: в 2-х т. Электрон. текстовые дан. Т.1. -on-line. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970425794.html> / В.С. Моисеев, А.И. Мартынов, Н.А. Мухин. - М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2013г.

Дополнительная:

1. Внутренние болезни. Тесты и ситуационные задачи [Электронный ресурс]: учеб. пособие- Электрон. текстовые дан. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970423912.html/> В. И. Маколкин [и др.]. - М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2012
2. Междисциплинарные клинические задачи [Электронный ресурс]: сборник. Электрон. текстовые дан. -on-line. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/06-COS-2330.html/> Л. И. Дворецкий. - М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2012
3. Внутренние болезни: руководство к практическим занятиям по факультетской терапии [Электронный ресурс]: учеб. Пособие. - Электрон. текстовые дан. - on-line. - Режим доступа: ЭБС «Консультант студента» <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970411544.html/> В. И. Подзолков, А. А. Абрамова, О. Л. Белая [и др.] /под ред. В. И. Подзолкова. - М.: ГЭОТАР Медиа, 2010

Приложение

7.1. Задания для контроля исходного уровня знаний и умений:

1. В случае потери сознания, редкого пульса, судорог, остановки дыхания вероятно развитие

- А) тромбоэмболии ветвей легочной артерии
- Б) синдрома Уотерхаузена-Фридериксена
- В) синдрома Морганьи-Адам-Стокса
- Г) инфаркта миокарда

2. Вынужденное положение, вздутие шейных вен, экспираторная одышка, в легких коробочный звук, сухие хрипы, удлинённый выдох характерны для

- А) приступа бронхиальной астмы
- Б) пневмонии
- В) эмфиземы легких
- Г) бронхита
- Д) отека легких

3. На ЭКГ учащение ритма сердечной деятельности, ЧСС 220 в мин. Желудочковый комплекс не изменен, зубец Р четко не определяется, ритм регулярный. Диагностируйте нарушение ритма:

- А) синусовая тахикардия
- 164
- Б) пароксизмальная суправентрикулярная тахикардия
- В) мерцательная аритмия
- Г) желудочковая пароксизмальная тахикардия

4. Варианты смещения сегмента ST, типичные для приступа стенокардии с субэндокардиальной ишемией:

- А) косое нисходящее смещение вниз сегмента ST
- Б) косое восходящее смещение вниз сегмента ST
- В) горизонтальное смещение вниз сегмента ST
- Г) подъем сегмента ST над изолинией

5. На ЭКГ синусовый ритм с одним внеочередным комплексом, в котором зубец Р отсутствует, желудочковый комплекс уширен, компенсаторная пауза полная. Диагностируйте нарушение ритма:

- А) полная АВ-блокада
- Б) миграция водителя ритма
- В) СА-блокада
- Г) желудочковая экстрасистолия
- Д) мерцательная аритмия

6. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать РДСВ:

- А) ТЭЛА
- Б) левожелудочковая недостаточность
- В) астматический статус

- Г) спонтанный пневмоторакс
- Д) экссудативный плеврит

7. Принципы терапии острых кровотечений из пищеварительного тракта:

- А) восполнение ОЦК
- Б) выявление источника кровопотери
- В) гемостатическая терапия
- Г) терапия заболевания, являющегося причиной кровотечения
- Д) все выше перечисленное

8. Наиболее частые причины кровотечений из верхнего отдела ЖКТ:

- А) ТЭЛА
- Б) полипы желудка
- В) язвенная болезнь
- Г) варикозно-расширенные вены пищевода
- Д) синдром Меллори-Вейса
- Е) рак легких

9. Инфекционно-токсический шок развивается при следующих состояниях:

- А) менингококковый сепсис
- Б) кишечная инфекция
- В) тяжелая пневмония
- Г) грипп
- Д) все вышеперечисленное.

10. Доза глюкокортикоидов при II стадии астматического статуса:

- А) 30-60 мг в/в через каждые 6 часов
- Б) 60-90 мг в/в через каждые 3 часа
- В) 60-120 мг в/в через каждые 60-90 минут
- Г) 120-150 мг в/в через каждые 2 часа

7.5. Задания для контроля конечного уровня освоения темы занятия:

Задание 1

Больной А., 56 лет, доставлен в приемное отделение бригадой СМП с жалобами на давящую интенсивную боль за грудиной, возникшую ночью во время сна, продолжающуюся в течение 2 часов, холодный пот, слабость, головокружение, тошноту, однократную рвоту. Из анамнеза. Ранее считал себя здоровым, занимался спортом. Не курит. Отец умер от инфаркта миокарда в возрасте 45 лет. При осмотре. Общее состояние тяжелое, сознание ясное, положение активное. Кожа и видимые слизистые бледные, влажные. Акроцианоз. Отеков нет. ЧДД = 22 в 1 мин. При аускультации над легкими ослабленное везикулярное дыхание, хрипов нет. Пульс = 110 в 1 мин, ритмичный, слабого наполнения, не напряжен. АД на правой руке = 90/50 мм рт ст. При аускультации: ослабление сердечных тонов, шумов нет.

1. Назовите неотложное состояние, развившееся у больного
2. Перечислите неотложные диагностические мероприятия (методы обследования), необходимые для подтверждения диагноза., оцените их результаты
3. Окажите неотложную помощь

Задание 2

Больной К. 45 лет обратился в поликлинику к врачу-терапевту с жалобами на головокружение, перебои в работе сердца, мелькание «мушек» перед глазами. В течение 5 лет страдает гипертонической болезнью, эпизодически при повышении АД до 160/90 мм рт. ст. принимает каптоприл. Сегодня после тяжёлой физической нагрузки (поднял шкаф на 2 этаж) появилось подобное состояние. Объективно: кожные покровы лица и верхней половины туловища гиперемированы. Тоны сердца аритмичные, ЧСС – 120 уд/мин, частые экстрасистолы. АД – 190/100 мм рт. ст. В лёгких дыхание проводится во все отделы, хрипов нет, ЧД – 18 в мин. Периферических отёков нет. На ЭКГ: синусовый ритм, прерываемый частыми предсердными экстрасистолами, признаки гипертрофии левого желудочка, ЧСС – 120 уд/мин.

1. Выделите ведущие клинические синдромы.
2. Поставьте диагноз.
3. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
4. Препараты выбора для купирования гипертонического криза у данного больного. Обоснуйте свой выбор.

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра внутренних болезней

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ
к практическому занятию на тему: Итоговое занятие. Защита истории
болезни.**

Дисциплина – Внутренние болезни

Специальность (код, название) - 31.05.02 Медицинская биофизика

Курс - V

Семестр - X

Уфа – 2023

Рецензенты:

1. Главный врач ГБУЗ Республиканский
кардиологический центр, к.м.н.,

Николаева И.Е.

2. Зав. кафедрой общей физики
Уфимского университета науки и технологий,
д.ф.-м.н., профессор

Балапанов М. Х.

Авторы:

1. Ассистент кафедры внутренних болезней, Загидуллин Т.С.

2. Доцент кафедры внутренних болезней, к.м.н. Явгильдина А.М.

3. Зав. кафедрой внутренних болезней, доцент, к.м.н. Тюрин А.В.

Утверждено на заседании кафедры внутренних болезней № 9 от 05 апреля 2023г.

Занятие N 34

1. Тема и ее актуальность: Итоговое занятие. Защита истории болезни..

История болезни — это важнейший медицинский документ, в котором содержатся все необходимые сведения о больном, развитии его заболевания, этиологических и патогенетических факторах, способствующих возникновению и прогрессированию болезни, о результатах клинико-лабораторного и инструментального обследования больного и эффективности проводившейся терапии.

Чтобы помочь быстрее овладеть этим важнейшим профессиональным навыком, разработана настоящая схема истории болезни. Схема определяет последовательность исследования больного методом расспроса, осмотра, пальпации, перкуссии и аускультации, т. е. является своеобразным алгоритмом действий студента у постели больного. Важной особенностью данной схемы является то, что она может быть использована для самостоятельной работы с больным практически на всех кафедрах терапевтического профиля. Строгое соблюдение представленной в схеме последовательности действий — важнейшее условие овладения основами врачебной диагностической техники.

СХЕМА АКАДЕМИЧЕСКОЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

1. Паспортная часть: фамилия, имя, отчество пациента, возраст, образование, место работы, профессия, занимаемая должность, адрес прописки, регистрации, адрес проживания, контактный телефон, дата и время поступления, вид госпитализации(экстренная, плановая), вид транспортировки (самостоятельно, на кресле, на каталке), диагноз направившего учреждения.

2. Жалобы: опрос по всем системам и органам.

3. История заболевания (anamnesis morbi).

4. История жизни (anamnesis vitae).

5. Объективное исследование пациента (status praesens).

6. Предварительный диагноз (обоснование и формулировка) - основное заболевание, осложнение основного заболевания, сопутствующие заболевания, осложнения сопутствующих заболеваний.

7. План обследования пациента.

8. Данные лабораторно-инструментальных методов исследования и заключения консультантов.

9. Дифференциальный диагноз основного и сопутствующих заболеваний.

10. Клинический диагноз – основное заболевание, осложнение основного заболевания, сопутствующие заболевания и их осложнения.

11. Этиология и патогенез основного заболевания.

12. Лечение и его обоснование.

13. Дневники курации.

14. Эпикризы (этапный, переводной, выписной, посмертный).

15. Прогноз (для здоровья, для жизни, для труда).

16. Профилактика обострений заболевания (первичная, вторичная).

17. Литература (использованная для написания истории болезни с указанием выходных данных и страниц).

2. Учебные цели:

- умение общаться с больным,
- способность собирать, анализировать и обобщать полученные от больного сведения,
- умение правильно характеризовать общее состояние больного, состояние различных систем организма,
- навыки группировать полученную при обследовании больного с помощью приемов непосредственного исследования информацию в синдромы и поставить предварительный диагноз;

- способность составить программу дополнительного лабораторно-инструментального исследования с возможным привлечением врачей-консультантов других специальностей;
- умение сформулировать клинический диагноз и обосновать его.

Для формирования профессиональных компетенций обучающийся должен **знать**:

- этиологию и патогенез внутренних болезней;
- современную классификацию внутренних болезней;
- клинические симптомы внутренних болезней;
- показатели дополнительных методов исследований (рентгенография органов грудной клетки, биохимический и серологический анализы крови, ЭКГ, эхокардиография, доплер-эхокардиография...);
- осложнения внутренних болезней;
- принципы лечения и профилактики внутренних болезней, терапевтические дозы препаратов;
- неотложные и реанимационные мероприятия при неотложных состояниях в клинике внутренних болезней;
- показания и виды хирургического лечения;
- профилактику послеоперационных осложнений, их диагностику и методы лечения.

В результате освоения темы занятия студент должен **владеть и уметь**:

- собрать анамнез у больного с заболеваниями внутренних болезней;
- провести физикальное обследование больного с заболеваниями внутренних органов (осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию);
- сформулировать правильно диагноз согласно МКБ-10 пересмотра;
- назначить целенаправленное, инструментальное и лабораторное исследование, интерпретировать его результаты;
- провести дифференциальный диагноз со сходными заболеваниями;
- назначить адекватное этиотропное, патогенетическое и симптоматическое лечение;
- определить меры первичной и вторичной профилактики;

И овладеть следующими компетенциями: ОПК-1, ОПК-3, ПК-3.

3. Материалы для самоподготовки к освоению данной темы:

Вопросы для самоподготовки:

- 1) Анатомия внутренних органов.
- 2) Этиология и патогенез заболеваний внутренних органов.
- 3) Классификация заболеваний внутренних органов.
- 4) Клиническая картина заболеваний внутренних органов.
- 5) Лабораторные и инструментальные методы диагностики.
- 6) Лечение заболеваний внутренних органов.
- 7) Первичная и вторичная профилактика заболеваний внутренних органов.

4. Вид занятия: практическое занятие.

5. Продолжительность: 4 академических часа.

6. Оснащение: унифицированная схема истории болезни (для каждого студента); клинические истории болезни (5-6 больных); больные с различными заболеваниями (1 больной на 2-х студентов), мультимедийный проектор, видеоаппаратура, ноутбук, таблицы, схемы, наборы ЭКГ, R-грамм, анализов крови, методические рекомендации для самостоятельной работы студентов по данной теме, наборы контролирующих тестов по теме.

7. Содержание занятия.

7.1. Контроль исходного уровня знаний и умений.

Задания для самоконтроля (см. приложение).

7.2. Разбор с преподавателем узловых вопросов, необходимых для освоения темы занятия и демонстрация преподавателем методики практических приемов по данной теме.

а) Проблемы этиологии, патогенеза, клиники, диагностики и лечения заболеваний внутренних органов;

7.3. Демонстрация преподавателем методики практических приемов по данной теме:

- сбор анамнеза у больного с заболеваниями внутренних органов, по характерным жалобам, указывающим на поражение той или иной системы органов (одышку, сердцебиение, кашель, кровохарканье и др.), определение типа заболевания;
- проведение физикального обследования больного с заболеваниями внутренних органов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация);
- выявление прямых или косвенных признаков с заболеваниями внутренних органов;
- назначение дополнительных методов исследования и оценка их результатов;
- назначение лечения (медикаментозное и немедикаментозное);

7.4. Самостоятельная работа студентов под руководством преподавателя (курация больных, оформление результатов проведенных исследований – написание фрагмента истории болезни).

Задание №1 - провести расспрос больного по следующей схеме:

ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ

1. ФИО
2. Возраст
3. Профессия
4. Дата поступления
5. Диагноз направившего учреждения
6. Диагноз при поступлении
7. Клинический диагноз
8. Дата выписки

ДАнные РАСПРОСА БОЛЬНОГО

Жалобы, предъявляемые больным на день начала курации с их максимальной детализацией. При отсутствии каких-либо жалоб, характерных для классического течения предполагаемого заболевания, желательнее указать это в истории болезни.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

является крайне важным, должен быть подробным. Он включает в себя указание на наличие или отсутствие эпидемиологических факторов, характерных как для предполагаемого заболевания, так и для дифференцируемой патологии.

Например, у пациента с желтухой необходимо оговорить контакт с желтушными больными, в том числе опосредованный через детей, парентеральный анамнез, а также, с учетом сезонности, факторы передачи других заболеваний протекающих с желтухой (лептоспироз, иерсиниоз). Вероятность заболевания необходимо оценивать с учетом максимального инкубационного периода.

1. Контакт с лихорадящими лицами, инфекционными больными за последний месяц до начала заболевания. Контакт с лицами, имеющими кишечные расстройства, в течение недели до болезни. Характер, степень и время контакта.

2. Наличие однородных заболеваний в семье, среди соседей, сотрудников на работе за последний месяц.
3. Условия питания (дома, предприятия общественного питания).
4. Условия водопользования: источник водоснабжения, кипячение воды, возможность пользования случайными водоисточниками.
5. Выезд больного за пределы данной местности, сроки отъезда, приезд к больному лиц из других регионов.
6. Переливание препаратов крови и другие парентеральные вмешательства за период до одного года. Наркомания.
7. Получал ли пациент профилактические прививки по поводу предполагаемого заболевания, сроки и кратность вакцинации.

ИСТОРИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ (ANAMNESIS MORBI)

включает описание всего болезненного процесса в его динамической последовательности с указанием установившихся диагнозов и проводимого лечения от начала заболевания до момента курации (в том числе и в условиях ИКБ).

ИСТОРИЯ ЖИЗНИ (ANAMNESIS VITAE)

1. Материально-бытовые условия.
2. Трудовой анамнез (профессиональные вредности). Условия труда в настоящее время.
3. Соблюдение правил личной гигиены.
4. Привычные интоксикации (курение, алкоголь, наркотики).
5. Семейное положение. Для женщин — гинекологический анамнез.
6. Перенесенные в прошлом заболевания. Постоянно принимаемые препараты, их дозы.
7. Аллергологический и гемотрансфузионный анамнез.

ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ (STATUS PRESENS OBJECTIVUS).

Общее состояние больного с указанием факторов, определяющих тяжесть. Описание по органам и системам с максимальной детализацией патологических проявлений (сыпь, стул, лимфатические узлы и т.д. в зависимости от заболевания).

ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

ОБОСНОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА

Указать только те жалобы больного, эпидемиологические, клинические и лабораторно-инструментальные критерии, которые позволяют установить данный диагноз. Обоснование должно быть лаконичным и убедительным. Оно подтверждается личной подписью куратора.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Проводится с 2-3 сходными по ведущему синдрому заболеваниями (инфекционными и неинфекционными). Дифференциальная диагностика должна быть актуальной для курируемого пациента и включать эпидемиологические, клинические и лабораторно-инструментальные критерии. Желательно, излагать этот раздел в виде логического рассуждения, воспроизведение таблиц из пособий не допускается.

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ (ДИЕТА, МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ)

данного конкретного больного в том виде, как оно предусмотрено с учетом современных стандартов лечения и достижений медицины. Указываются основные группы применяемых препаратов с используемыми дозировками по разделам: этиотропная, патогенетическая и симптоматическая терапия.

ДНЕВНИКИ

2-3 дневника наблюдения, по стандартной схеме (дата, температура тела, гемодинамические показатели, общее состояние, жалобы, в графе лечение указываются те препараты с их дозировками, которые пациент получает в действительности). Дневники подписываются куратором.

ЭПИКРИЗ

является кратким изложением истории болезни, содержит в себе следующие сведения:

1. ФИО, возраст;
2. место и сроки госпитализации;
3. клинический диагноз;
4. полученные результаты лабораторно-инструментальных методов исследования;
5. проведенное лечение;
6. если к моменту завершения курации больной продолжает лечение, то учебная история болезни содержит критерии его выписки в будущем и эпикриз является этапным. Если пациент выписывается к моменту завершения курации, то делается запись о том, что он выписан по достижении соответствующих критериев выписки;
7. рекомендации при выписке, в том числе диспансерное наблюдение;
8. учебная история болезни содержит также прогноз;
9. личная подпись куратора.

Задание №2 - записать данные, полученные при расспросе больного.

В присутствии группы доложить преподавателю полученные результаты самостоятельной работы с больными.

Место проведения самоподготовки:

читальный зал, учебная комната для самостоятельной работы студентов.

Учебно-исследовательская работа студентов по данной теме:

Работа с основной и дополнительной литературой, самостоятельный разбор студентами текущих и архивных историй болезни стационара для анализа пропедевтических ошибок.

Литература.

Основная:

1. Моисеев В.С. Внутренние болезни: учебник. [Электронный ресурс]: в 2-х т. Электрон. текстовые дан. Т.1. -on-line. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970425794.html> / В.С. Моисеев, А.И. Мартынов, Н.А. Мухин. - М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2013г.

Дополнительная:

1. Внутренние болезни. Тесты и ситуационные задачи [Электронный ресурс]: учеб. пособие-Электрон. текстовые дан. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970423912.html/> В. И. Маколкин [и др.]. - М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2012
2. Междисциплинарные клинические задачи [Электронный ресурс]: сборник. Электрон. текстовые дан. -on-line. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/06-COS-2330.html/> Л. И. Дворецкий. - М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2012
3. Внутренние болезни: руководство к практическим занятиям по факультетской терапии [Электронный ресурс]: учеб. Пособие. - Электрон. текстовые дан. - on-line. - Режим доступа: ЭБС «Консультант студента» <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970411544.html/> В. И. Подзолков, А. А. Абрамова, О. Л. Белая [и др.] /под ред. В. И. Подзолкова. - М.: ГЭОТАР Медиа, 2010