

Частное образовательное учреждение
профессионального образования
«Ставропольский многопрофильный колледж»

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
К ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ**

ПМ.02 Осуществление лечебно-диагностической деятельности

МДК 02.01 Диагностика и лечение внутренних заболеваний

для обучающихся по специальности
31.02.01 Лечебное дело

Ставрополь, 2024

Методические указания составлены в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом среднего профессионального образования по специальности 31.02.01 Лечебное дело, утвержденный Приказом Минобрнауки России от 04.07.2022 № 526 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 31.02.01 Лечебное дело» и программой дисциплины Диагностика и лечение внутренних заболеваний.

Составитель: Остролицкая В.Н.

Рассмотрено и рекомендовано к использованию в учебном процессе на заседании кафедры Здоровоохранения и индустрии красоты Протокол № 9 от «17» мая 2024 г.

Методические рекомендации к практическим работам по дисциплине Диагностика и лечение внутренних заболеваний разработаны с целью оказания помощи обучающим по направлению подготовки Лечебное дело с целью оказания практической и теоретической помощи в глубоком изучении актуальных проблем.

Процесс подготовки и выполнения практических занятий направлен на формирование следующих компетенций:

ПК 2.1	Проводить обследование пациентов с целью диагностики неосложненных острых заболеваний и (или) состояний, хронических заболеваний и их обострений, травм, отравлений.
ПК 2.2.	Назначать и проводить лечение неосложненных острых заболеваний и (или) состояний, хронических заболеваний и их обострений, травм, отравлений.
ПК 2.3.	Осуществлять динамическое наблюдение за пациентом при хронических заболеваниях и (или) состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента.
ПК 2.4.	Проводить экспертизу временной нетрудоспособности в соответствии с нормативными правовыми актами.
ОК 1.	Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес;
ОК 2.	Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их эффективность и качество
ОК 3.	Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность
ОК 4.	Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения возложенных на него профессиональных задач, а также для своего профессионального и личностного развития
ОК 5.	Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности
ЛР 3	Соблюдающий нормы правопорядка, следующий идеалам гражданского общества, обеспечения безопасности, прав и свобод граждан России. Лояльный к установкам и проявлениям представителей субкультур, отличающий их от групп с деструктивным и девиантным поведением. Демонстрирующий неприятие и предупреждающий социально опасное поведение окружающих
ЛР 6	Проявляющий уважение к людям старшего поколения и готовность к участию в социальной поддержке и волонтерских движениях
ЛР 3	Соблюдающий нормы правопорядка, следующий идеалам гражданского общества, обеспечения безопасности, прав и свобод граждан России. Лояльный к установкам и проявлениям представителей субкультур, отличающий их от групп с деструктивным и девиантным поведением.

	Демонстрирующий неприятие и предупреждающий социально опасное поведение окружающих
ЛР 6	Проявляющий уважение к людям старшего поколения и готовность к участию в социальной поддержке и волонтерских движениях
ЛР 7	Осознающий приоритетную ценность личности человека; уважающий собственную и чужую уникальность в различных ситуациях, во всех формах и видах деятельности
ЛР 8	Проявляющий и демонстрирующий уважение к представителям различных этнокультурных, социальных, конфессиональных и иных групп. Сопричастный к сохранению, преумножению и трансляции культурных традиций и ценностей многонационального российского государства
ЛР 9	Соблюдающий и пропагандирующий правила здорового и безопасного образа жизни, спорта; предупреждающий либо преодолевающий зависимости от алкоголя, табака, психоактивных веществ, азартных игр и т.д. Сохраняющий психологическую устойчивость в ситуативно сложных или стремительно меняющихся ситуациях
ЛР 10	Заботящийся о защите окружающей среды, собственной и чужой безопасности, в том числе цифровой
ЛР 11	Проявляющий уважение к эстетическим ценностям, обладающий основами эстетической культуры
ЛР 13	Непрерывно совершенствующий профессиональные навыки через дополнительное профессиональное образование (программы повышения квалификации и программы профессиональной переподготовки), наставничество, а также стажировки, использование дистанционных образовательных технологий (образовательный портал и вебинары), тренинги в симуляционных центрах, участие в конгрессных мероприятиях
ЛР 14	Соблюдающий врачебную тайну, принципы медицинской этики в работе с пациентами, их законными представителями и коллегами
ЛР 15	Соблюдающий программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, нормативные правовые акты в сфере охраны здоровья граждан, регулирующие медицинскую деятельность
ЛР 16	Осуществляющий свою деятельность в пределах полномочий
ЛР 20	Освоивший психологию профессионального общения
ЛР 28	Участвующий в исследовательской деятельности, в приумножении знаний в своей профессии
ЛР 30	Принимающий и пропагандирующий принципы здорового образа жизни, всестороннего совершенствования своих физических способностей, укрепления и сохранения здоровья и творческого долголетия. Сохраняющий и укрепляющий психологическое и психическое здоровье и развитие

СОДЕРЖАНИЕ

Практическая подготовка №1 Субъективные, объективные и дополнительные методы исследования. Схема истории болезни.	2
Практическая подготовка №2 Методика обследования органов дыхания	4
Практическая подготовка №3 Методика обследования сердечно-сосудистой системы	4
Практическая подготовка №4 Методика обследования органов пищеварения, печени и желчевыводящих путей	4
Практическая подготовка №5 Методика обследования мочевыделительной системы	2
Практическая подготовка №6 Методика обследования кроветворной системы	2
Практическая подготовка №7 Методика обследования эндокринной системы	2
Практическая подготовка №9 Острый и хронический бронхит. ХОБЛ	2
Практические занятия №1 Пневмония	2
Практическая подготовка №10 Нагноительные заболевания легких. Плевриты	2
Практические занятия №2 Бронхиальная астма.	2
Практическая подготовка №11 Дыхательная недостаточность	2
Практическая подготовка №12 Миокардиты. Перикардиты. Миокардиодистрофия.	2
Практические занятия №3 Артериальная гипертензия	2
Практическая подготовка №13 Артериальная гипертензия	2
Практическая подготовка №14 Атеросклероз. Ишемическая болезнь сердца (ИБС). Стенокардия	4
Практическая подготовка №15 Инфаркт миокарда. Осложнения инфаркта миокарда.	4
Практическая подготовка №16 Острая сосудистая сердечная недостаточность	2
Практическая подготовка №17 Острая сердечная и хроническая сердечная недостаточность.	2
Практическая подготовка №18 Острый и хронический гастрит	2
Практическая подготовка №19 Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки	4
Практическая подготовка №20 Хронический гепатит, цирроз печени	2
Практическая подготовка №21 Хронический холецистит, дискинезии желчевыводящих путей, желчнокаменная болезнь	2
Практическая подготовка №22 Панкреатит, синдром раздраженного кишечника	2
Практическая подготовка №23 Гломерулонефрит	2
Практическая подготовка №24 Пиелонефрит. МКБ	2
Практическая подготовка №25 Хроническая почечная недостаточность	2
Практическая подготовка №26 Заболевания щитовидной железы	4
Практическая подготовка №27 Заболевания гипофиза и надпочечников	2
Практические занятия №4 Анемии: железодефицитная, В12-фолиеводефицитная	2
Практическая подготовка №28 Анемии: гемолитическая, апластическая	4
Практическая подготовка №29 Лейкозы	4
Практическая подготовка №30 Геморрагические диатезы	4
Практическая подготовка №31 Остеопороз. Болезнь Бехтерева	4

Практическая подготовка №32 Подагра	2
Практические занятия №5 Крапивница. Отек Квинке	2
Практическая подготовка №33 Анафилактический шок	4
Практическая подготовка №34 Брюшной тиф. Паратифы А и В. Дизентерия. Эшерихиозы	4
Практическая подготовка №35 Сальмонеллез. Ботулизм. Пищевые токсикоинфекции	2
Практическая подготовка №36 Холера. Ротавирусный гастроэнтерит	2
Практические занятия №6 Дифтерия. Инфекционный мононуклеоз. Менингококковая инфекция	2
Практическая подготовка №37 Сыпной тиф. Болезнь Брилла. Малярия. Геморрагические лихорадки	4
Практическая подготовка №38 Сибирская язва. Бруцеллез Лептоспироз. Псевдотуберкулез	4
Практические занятия №7 ВИЧ-инфекция.	2
Практические занятия №8 Этиология. Классификация туберкулеза	2
Практическая подготовка №39 Методика обследования фтизиатрических пациентов.	2
Практическая подготовка №40 Тубинтоксикация у детей и подростков. Туберкулез органов дыхания.	4
Практическая подготовка №41 Туберкулез внелёгочной локализации.	4
Практическая подготовка №42 Организация противотуберкулёзной службы. Лечение туберкулеза	4
Практическая подготовка №43 Паразитарные заболевания кожи (чесотка, педикулез)	2
Практические занятия №9 Грибковые заболевания кожи	4
Практические занятия №10 Инфекции передаваемые половым путем	4
Практические занятия №11 Заболевания периферической нервной системы,	2
Практические занятия №12 Инфекционные заболевания ЦНС	2
Практическая подготовка №44 Эпилепсия. Судорожный синдром	2
Практическая подготовка №45 Шизофрения. Маниакально-депрессивный психоз	2
Практическая подготовка №46 Психические расстройства позднего возраста	4
Практическая подготовка №47 Пограничные психические расстройства	2
Практические занятия №13 Алкоголизм, наркомания, токсикомании	2

Практическая подготовка №1 Субъективные, объективные и дополнительные методы исследования. Схема истории болезни.

1. Понятие о болезни.
2. Признаки и причины болезни.
3. Течение заболеваний
4. Что такое диагноз?
5. Методы исследования
6. Что такое пальпация?
7. Что такое перкуссия?
8. Что такое аускультация?
9. Лабораторные методы дополнительного исследования
10. Инструментальные методы дополнительного исследования

Болезнь - это патологическое состояние, возникающее при воздействии различных внешних и внутренних факторов.

Этиология (причины болезней) выясняются при каждом заболевании.

- механические причины – закрытые и открытые травмы, ранения переломы, сотрясения и т.п;
- физические - высокая и низкая температура, влажность. электрический ток, свет, радиация;
- химические - отравляющие вещества растительного, животного и синтетического происхождения, промышленные яды. пищевые отравления и др.;
- биологические - инфекционные возбудители - вирусы, микробы, грибки, насекомые - комары, мухи, клещ, переносчики возбудителей . глистные инвазии и др;
- психогенные - стрессовые ситуации, воздействующие на ЦНС;
- социальные - неудовлетворительные условия труда и жизни;
- генетические.

Все причины делятся на *внешние и внутренние*.

Кроме того выделяют причины, *непосредственно вызывающие* заболевание (травмы, ожоги, инфекция, отравление и др.) и "*факторы риска*" - факторы, способствующие возникновению и развитию заболевания (генетические, психогенные, переохлаждение, курение, алкоголизм, нарушение питания, сопутствующие заболевания, снижение иммунитета).

Патогенез - развитие заболевания от момента воздействия причины на организм до проявления первых признаков болезни.

Симптомы и синдромы.

Симптом - это признак заболевания. Условно симптомы делятся на субъективные и объективные.

Субъективные симптомы выявляются в беседе с пациентом и представляют собой ощущения больного, а *объективные* при использовании физических и дополнительных методов исследования.

Синдром - это совокупность (сочетание) различных симптомов тесно связанных между собой и могут быть присущи различным заболеваниям, что требует дифференцированного подхода к определению заболевания.

По течению различают *острые и хронические* заболевания.

В течении *острого* заболевания выделяют 4 периода:

- *Инкубационный (скрытый)* - период до появления первых признаков болезни. Он может продолжаться от нескольких часов (при гриппе), до нескольких месяцев (при гепатите).
- *Продромальный* - промежуток от первых симптомов до выраженной клиники.
- *Период разгара болезни* - выраженная клиническая картина, характерная для определённого заболевания.
- *Исход заболевания* - период выздоровления, смерть или переход в хроническую форму

В течении *хронического* заболевания выделяют 2 фазы (периода):

- *период обострения* с яркими клиническими проявлениями;
- *период ремиссии* - затихания без ярких клинических проявлений.
- Повтор обострения в течении хронического заболевания называется *рецидивом*.
- В течении заболевания (острого или хронического) может развиваться *осложнение* - это другое самостоятельное заболевание, возникшее вследствие основной болезни.

Диагноз (от греч. diagnosis - распознавание, определение) – краткое медицинское заключение о сущности заболевания.

Составляющие диагноза.

Виды диагноза:

- *предварительный* - ставится при первом контакте с больным после опроса и объективного обследования;
- *клинический* - после дополнительного лабораторного и инструментального обследования; при этом выделяются диагнозы:
 - основной - угрожающий жизни на настоящий момент;
 - сопутствующий - все остальные диагнозы;
 - осложнения основного заболевания- диагнозы, возникающие в результате (походу течения) основного заболевания;
- *дифференциальный* - при наличии сомнений в диагнозе, на основании общих признаков путём исключения других заболеваний.
- *заключительный* - выставляется при выздоровлении (при хроническом заболевании) или после смерти;
- *патологоанатомический* - выставляется после операций или после вскрытия.

Методы исследования, его виды: субъективные и объективные.

- *Субъективные методы исследования* - методы исследования, при помощи которых медработник получает данные о пациенте в беседе с ним. К ним относятся:

Опрос пациента

-*жалобы* больного (главные, отражающие основное заболевание; второстепенные - все остальные); при этом необходимо проводить детализацию каждой жалобы;

-*история развития заболевания (anamnesis morbi)*;

*опросить пациента о развитии заболевания с момента появления первых симптомов; отметить последовательность развития заболевания, в хронологическом порядке, по мере появления новых симптомов;

*указать вероятные причины заболевания (по мнению пациента);

*отметить принимаемое лечение и эффект от него.

-история жизни (*anamnesis vitae*).

*обратить внимание на возможные факторы риска развития заболевания (условия труда и быта);

*на данные семейного анамнеза (заболевания кровных родственников);

*на перенесенные заболевания на протяжении всей жизни, обратить внимание на аллергические заболевания;

*на переносимость лекарств;

*на имеющиеся вредные привычки (наркомания, токсикомания, курение, алкоголизм).

- *Объективные методы исследования* - методы исследования, при помощи которых медработник получает данные о пациенте при помощи физикальных методов (физических). К ним относятся: осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация.

Пальпация - ощупывание - один из объективных физикальных методов исследования.

Методом пальпации определяется температура тела, её влажность, болезненность, границы и размеры органов, их плотность, определения ЧДД, пульса, ЧСС и т.д.

- Пальпация бывает *поверхностной и глубокой*.
- Пальпация обеими руками называется *бимануальной* (при исследовании плотных тел – печени, селезёнки, опухолей брюшной полости, для определения жидкости в брюшной полости).
- *Скользкая* пальпация используется для исследования органов в глубине брюшной полости (разработанная В.П. Образцовым и Н.Д. Стражеско).
- *Баллотирующая* (толчкообразная) - для определения плотных тел (печени, селезёнки) в брюшной полости при наличии в ней жидкости

Перкуссия - выстукивание, метод основан на регистрации и анализе звуков, получаемых при выстукивании над перкутируемой поверхностью. Перкуссия используется для определения плотности органа, его границ.

Перкуссия бывает:

- в зависимости от техники исполнения:
 - ✓ *непосредственной* - выстукивание пальцем по телу человека;
 - ✓ *посредственной* (через посредника - плессиметр);
- в зависимости от поставленной цели:
 - ✓ *сравнительной* - для определения патологии в парных органах;
 - ✓ *топографической* - для определения границ органов;

Звуки, получаемые при перкуссии, различают по силе (ясности), высоте и оттенку:

- ясный легочный - громкий звук, получаемый над здоровой лёгочной тканью;
- тупой (бедренный) - тихий, глухой звук, получаемый над плотной тканью (опухолью, мышечной тканью, инфильтрацией);
- притупленный - звук, получаемый над плотной тканью с сохранением воздушности (при небольшом очаге в легких);
- коробочный - звук, получаемый над вздувшейся (перерастянутой) лёгочной тканью (при эмфиземе лёгких);
- тимпанический (барабанный) - звук, получаемый над полостью ограниченной стенками и с наличием в ней воздуха (над кишечником, над полостью в лёгком, соединенной с бронхом).

Основные правила перкуссии:

Положение больного должно быть удобным, ненапряжённым (стоя или сидя).
 В помещении должно быть тепло и тихо, руки врача должны быть тёплыми;
 Обследуемый должен находиться в удобном положении;
 Плессиметр или 3-й палец должен плотно прилегать к перкутируемой поверхности;
 Движение руки (молоточка или пальца) должны быть одинаковой силы, равномерными, короткими (отрывистыми);
 При топографической перкуссии палец-плессиметр должен быть установлен параллельно перкутируемой границе органа;
 Сравнительную перкуссию проводят строго на симметричных участках тела над парным органами.

Аускультация - выслушивание - метод, основанный на выслушивании звуковых явлений, которые возникают в некоторых органах и системах как отражение физиологических и патологических процессов.

Непосредственную (прямую) аускультацию и *посредственную* (через посредника - стетоскоп, фонендоскоп).

- при выслушивании лёгких определяется дыхание и побочные шумы;
- при выслушивании сердца – *тоны сердца* (систолический и диастолический); *побочные шумы*. в пяти точках.
- при выслушивании органов брюшной полости - звуки перистальтики кишечника.

Лабораторные:

Общий анализ крови - забор крови производится утром натощак из пальца больного:

Лейкоциты (L) - в норме - $3.8 - 9.0 \cdot 10^9/\text{л}$; - показатель острого воспалительного процесса

Эритроциты (Э) - в норме - у женщин - $3.9 - 5,0 \cdot 10^{12}/\text{л}$; у мужчин - $4.0 - 5,1 \cdot 10^{12}/\text{л}$; - признак возможных анемий;

Гемоглобин (Hb) - в норме - у женщин - 120 - 140г/л; у мужчин - 130-160г/л; - переносчик кислорода к органам и тканям;

Цветовой показатель (ЦП) - в норме - 0,8 - 1,1 - показатель насыщенности эритроцитов гемоглобином;

Скорость оседания эритроцитов (СОЭ) - это - показатель тканевой перестройки в организме (организация соединительной ткани при воспалении, или мутация клеток); в норме: у женщин - 2-15 мм/час; у мужчин - 2-12мм/час;

- *Лейкоцитарная формула:*

Б	Э	Н	Л		М
		ю	с		
0,5-1,0%	2-4%	-	2-5%	1-65%	0-35%
					8-10%

Э - эозинофилы - показатель аллергической настроенности организма;

Б - базофилы - основная роль в реакции немедленного типа (фагоцитоз)

Н - нейтрофилы - основные клетки защитники;

Ю - юные, П - палочкоядерные, С - сегментоядерные - это нейтрофильные клетки, в зависимости от степени зрелости клетки;

Л - лимфоциты - клетки иммунной защиты;

М - моноциты - звено хронического воспаления;

Общий анализ мочи - показатель работы почек в норме - цвет - соломенно-жёлтый;

прозрачность - полная;

реакция - слабо-кислая или нейтральная;

плотность - 1017-1024

белок - отсутствует, допускаются следы белка - 0,33г/л;

сахар - отсутствует.

микроскопическое исследование осадка:

- эпителий - 1-2 в поле зрения (в п/зр);

- лейкоциты - 1-2 в поле зрения (в п/зр);

- эритроциты - 0-1 в поле зрения (в п/зр);

Анализ мочи по Нечипоренко - диагностическая проба: в ней определяется количество форменных элементов и цилиндров в 1мл мочи. В норме: лейкоцитов - до 2000;

эритроцитов - до 1000; - гиалиновых цилиндров - до 20.

Анализ мочи по Зимницкому - функциональная проба:

в ней определяется диурез (каждой порции, дневной, ночной и суточный). Функция почек считается хорошей, если:

-суточный диурез - 1000 до 1500 - в зависимости от количества выпитой жидкости (70-80%);

-дневной диурез должен преобладать над ночным; показатели каждой порции максимально отличаются друг от друга: количество от 20мл до 100-150мл; плотность от 1005 - 1025;

Биохимические исследования крови:

-Общий белок сыворотки крови - 65 - 85 г/л;

-альбумины - 40- 50 г/л; глобулины - 20 -30 г/л;

- Фибриноген - 2-4-г/л;

-Остаточный азот - 7,06- 14,1 ммоль/л;

-Мочевина - 3,3 - 6,6 ммоль/л;

-Креатинин: мужчины - 0,088 - 0,177 ммоль/л; женщины - 0,044 - 0,141 ммоль/л;

-Общий холестерин - 3,11 - 5,2 ммоль/л;

-Сахар крови (цельная кровь) - 4,4 - 6,6 ммоль/л;

-Сахар крови (плазма) - 3,3 - 5,5 ммоль/л;

-Билирубин общий - 8,6 - 20,5 ммоль/л.

Другие лабораторные методы исследования:

-Анализ желудочного содержимого

-Анализ дуоденального содержимого;

-Общий анализ мокроты;

-Посев мокроты на чувствительность к антибиотикам;

-Исследование кала.

Измерение АД

Рентгенологические, основаны на свойствах проникаемости рентгеновских лучей через ткани различной плотности:

- рентгеноскопия - просвечивание органов за экраном;

- рентгенография - изображение органов на рентгеновском снимке;

- флюорография - быстрый метод используется для массового обследования населения;

- томография - послойное исследование органов на определенной глубине;

- компьютерная томография - позволяет исследовать органы на срезах под различным углом, при круговом движении рентгеновской трубки;

- рентгеновские методы с использованием контрастирования (бронхография - исследование бронхов; ангиография - исследование сосудов; коронарокардиография - исследование сосудов сердца).

Ультразвуковое исследование органов (УЗИ) - основано на применении ультразвуковых колебаний и формировании изображений на экране, используется в акушерской практике; в терапии: доплер-эхокардиография и доплервазография - получают изображение от

движущегося предмета, используется для выявления нарушения гемодинамики.

Магнитно-резонансная томография (МРТ) - в основу метода положен принцип озникновения в клетках магнитно-резонансного резонанса под воздействием коротковолновой радиочастоты.

Радиоизотопная диагностика - метод основан на использовании меченых радиоактивных изотопов.

Эндоскопия - метод основан на непосредственном осмотре внутренних органов с помощью специальных приборов: - *фиброгастродуоденоскопия (ЭФГДС)* - применяется для исследования слизистой оболочки пищевода, желудка, 12-перстной кишки;

- ректороманоскопия - исследование слизистой оболочки прямой и сигмовидной кишки с помощью ректоскопа;

- цистоскопия - исследование мочевого пузыря с помощью цистоскопа;

- лапороскопия - осмотр органов брюшной полости и малого таза с помощью лапороскопа.

Электрокардиография (ЭКГ) - исследование биоэлектрической активности сердца позволяет определить нарушение ритма и проводимости;

Фонокардиография (ФКГ) - графический метод регистрации тонов и шумов сердца;

Реография - графический метод регистрации пульсового кровенаполнения органов и частей тела;

Спирография - графический метод регистрации дыхательных колебаний и определения дыхательных объёмов лёгких;

Пневмотахометрия - метод измерения "пиковых" скоростей воздушного потока при форсированных вдохе и выдохе: - *пикфлуометрия* - "пиковая" скорость выдоха.

Практическая подготовка №2 Методика обследования органов дыхания

Цели занятия:

1. Изучить основные симптомы и синдромы при заболеваниях органов дыхания.
2. Субъективные и объективные методы обследования пациентов с заболеваниями органов дыхания (опрос, осмотр, пальпация, определение голосового дрожания, топографическая и сравнительная перкуссия, аускультация легких)
3. Лабораторные и инструментальные методы исследования органов дыхания.
4. Интерпретация результатов лабораторных и инструментальных исследований.

Студент должен иметь практический опыт:

- обследования пациента;
- интерпретации результатов обследования лабораторных и инструментальных методов диагностики, постановки предварительного диагноза;
- заполнения истории болезни, амбулаторной карты пациента.

Студент должен уметь:

- планировать обследование пациента;

- осуществлять сбор анамнеза;
- применять различные методы обследования пациента;
- формулировать предварительный диагноз в соответствии с современными классификациями;
- интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов диагностики;
- оформлять медицинскую документацию.

Студент должен знать:

- топографию органов и систем организма в различные возрастные периоды;
- биоэлектрические, биомеханические и биохимические процессы, происходящие в организме;
- основные закономерности развития и жизнедеятельности организма;
- строение клеток, тканей, органов и систем организма во взаимосвязи с их функцией в норме и патологии;
- основы регуляции физиологических функций, принципы обратной связи, механизм кодирования информации в центральной нервной системе;
- определение заболеваний;
- общие принципы классификации заболеваний;
- этиологию заболеваний;
- патогенез и патологическую анатомию заболеваний;
- клиническую картину заболеваний, особенности течения, осложнения у различных возрастных групп;
- методы клинического, лабораторного, инструментального обследования.

Обеспечение занятия.

1. Оборудование:

- фантомы, муляжи;
- методическое пособие для студентов по теме;
- презентация, учебный фильм по пальпации, перкуссии, аускультации.
- аппаратура, приборы, инструменты, необходимые для диагностики больных.

2. Технические средства обучения:

- компьютер;
- мультимедийный проектор;
- классная доска (меловая/маркерная);
- экран.

3. Наглядные пособия: таблицы «Схема расспроса больного», «Клиническая топография органов грудной клетки и живота», «Методика пальпации», «Методика перкуссии», «Методика аускультации», истории болезни и листы врачебных назначений демонстрируемых больных. Дидактический материал: температурные листы, истории болезни демонстрируемых больных, тесты, ситуационные задачи, иллюстрации.

Организационный момент.

Преподаватель заполняет журнал, отмечает отсутствующих, проверяет готовность группы и аудитории к занятию. Сообщается тема занятия, как правило, студент узнает ее из задания в конце предыдущего занятия, подчеркивается ее актуальность, определяются цели занятия. Необходимо выяснить неясные вопросы, возникшие у студентов при подготовке к данному занятию и разобрать их. Этим достигается оптимизация у студентов памяти, внимания, межпредметных связей.

Актуализация темы

Субъективные симптомы при заболеваниях органов дыхания.

Одышка - (disпноe) бывает: - субъективной и объективной.

Кроме того она бывает :

- физиологической - при повышении физического или нервного напряжения;
- патологической - при заболеваниях органов дыхания, сердечнососудистой и

кровенворной систем, при отравлениях некоторых ядов.

Различают:

- экспираторную одышку - с затруднённым выдохом, при перерастяжении лёгочной ткани (эмфиземе лёгких);
- инспираторную - с затруднённым вдохом, при инфильтрации лёгочной ткани воспалительной или застойной жидкостью.
- смешанную - с затруднением и вдоха и выдоха;

Кашель - это рефлекторный акт, как защитная реакция на раздражение дыхательных путей различным факторами (механическими, химическим, аллергическими или нервно-психическими);

По продолжительности различают: постоянный и периодический кашель.

По характеру кашель бывает:

- сухой (непродуктивный) - без выделения мокроты - в начальных стадиях воспалительных заболеваний, при раздражении верхних дыхательных путей, или при сужении).
- влажный кашель (продуктивный) - с выделением мокроты - при заболеваниях воспалительного характера в период их разгара.

Мокрота - это секрет слизистой бронхов и альвеолярной ткани, чаще воспалительного характера, по своему характеру бывает:

- * серозная - жидкость желтоватого цвета, которая скапливается в лёгких при застойных явлениях;
- * слизистая - непрозрачная, вязкая белого цвета; (трудно отделяемая, бывает "стекловидная" при бронхиальной астме), характерна для заболеваний воспалительного характера.
- * слизисто-гнойная густая, желеобразная, жёлто-зелёного цвета, характерна для заболеваний воспалительного характера в стадии разгара (бронхиты, пневмонии);
- * гнойная - густая, зелёного цвета, с неприятным запахом, характерна для нагноительных заболеваний воспалительного характера (ХОБЛ, бронхоэктатическая болезнь, пневмонии);
- * гнилостная - густая, бурого цвета, зловонная; характерна для нагноительных заболеваний с распадом лёгочной ткани (абсцесс лёгкого);
- * геморрагическая - с примесью крови (прожилками - при надсадном кашле или туберкулёзе; "малиновое желе" - при раке лёгких; лёгочное кровотечение - при осложнениях различных заболеваний лёгких; "ржавая" мокрота - при долевой, крупозной пневмонии)

Выделение мокроты в течение суток может быть различным:

- равномерное в течение суток бронхиты, пневмонии;
- преимущественно по утрам (2/3);

По количеству мокроты может выделяться от 10 - 15мл до 1000 - 1200мл в сутки.

Боль в грудной клетке - надо различать по их происхождению и локализации, по характеру, интенсивности, продолжительности, и иррадиации, по связи с актом дыхания, кашлем и положением тела.

Для закрепления полученных данных студенты должны ответить на следующие вопросы:

- 1.Симптомы и их характеристика при заболеваниях органов дыхания
- 2.Синдромы при патологии дыхательной системы
3. Особенности анамнеза, роль в диагностике
4. Формы грудной клетки, использование в диагностическом процессе
5. Ориентировочные линии на грудной клетке
- 6.Типы дыхания, патологические типы дыхания
- 7.Топографическая перкуссия лёгких, определение верхних и нижних границ лёгких
- 8.Правила выполнения сравнительной перкуссии лёгких

9. Определение подвижности нижнего края лёгких
10. Понятие об основных дыхательных шумах
11. Варианты везикулярного и бронхиального дыхания
12. Побочные дыхательные шумы: хрипы, крепитация, шум трения плевры и их диагностическое значение
13. Что такое бронхофония?
14. Методы лабораторной диагностики при заболеваниях органов дыхания.
15. Инструментальные методы исследования
16. Эндоскопическое исследование

Практическая часть. В учебной комнате преподаватель распределяет студентов по два человека. Один из них выступает в роли больного. Второй - в роли медицинской сестры - последовательно проводит: отработку методики обследования пациента: расспрос, осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию легких, ЧДД, массы тела, роста, температуры тела. Затем студенты меняются ролями. Это позволяет учащимся научиться правильно и последовательно формулировать вопросы, выделять главное, отработать методы осмотра, пальпации, перкуссии и аускультации. Затем преподаватель в палате демонстрирует на пациенте методики субъективного и объективного обследования: собираются паспортные данные, жалобы, история настоящего заболевания и история жизни. При разборе жалоб больного важно научить студентов правильно формулировать вопросы, чтобы они были понятны пациенту и носили последовательный характер. Жалобы излагаются пациентом в ответ на вопросы: «Что Вас беспокоит?», «На что Вы жалуетесь?». Каждую жалобу необходимо уточнить дополнительным вопросом. Например, если жалоба на боль в груди, то уточняется место локализации боли, ее иррадиация, время появления, характер, интенсивность. При боли в эпигастрии необходимо уточнить ее связь с приемом пищи (сразу после приема пищи или спустя определенное время), характер (тянущая, режущая, жгучая), интенсивность. Выделяют главные и дополнительные жалобы. К главным жалобам относятся такие проявления заболевания, которые больше всего беспокоят больного в настоящий момент. Обращается внимание студентов на значение полученной информации для формулировки проблем пациента. При рассмотрении вопроса истории развития настоящего заболевания необходимо остановиться на значении этого раздела как для правильной формулировки проблем пациента, так и планирования мероприятий по уходу. Выясняют следующие вопросы: «Когда заболел» или «С какого времени считает себя больным?», «С чего началось заболевание?», «Как оно протекало?», «Обращался ли за медицинской помощью?», «Какое было назначено лечение?». Следует также уточнить, принимал ли пациент самостоятельно какие-либо лекарственные средства. В разделе «История жизни» разбираются вопросы: развитие в детстве, все перенесенные заболевания и операции в хронологической последовательности, вредные привычки, в том числе избыточное потребление соли, время еды, наследственность, переносимость лекарственных средств, пищевая и лекарственная аллергия, физическая активность, семейное положение. Непосредственное обследование (физикальное, объективное) преподаватель начинает с общего осмотра демонстрируемого больного. Дается оценка тяжести состояния, определяется положение в постели, телосложение. Далее определяются состояние кожи и слизистых оболочек, видимые патологические изменения (цианоз, расчесы, желтуха и др.), тургор тканей, наличие отеков, состояние лимфоузлов. Следующим этапом является проведение осмотра, пальпации и аускультации последовательно органов дыхания. Студенты принимают участие в субъективном и объективном обследовании пациента. Далее преподаватель знакомит студентов с устройством и оборудованием кабинетов функциональной диагностики, клинической и биохимической лаборатории и др., демонстрирует результаты лабораторных и инструментальных исследований.

Самостоятельная работа

Студенты проводят обследование пациентов, работают с листами врачебных назначений. Преподаватель контролирует и корректирует их действия.

1. Составить алгоритм обследования пациента с заболеваниями органов дыхания.

2. Подготовка кратких реферативных сообщений с использованием специальной литературы и периодической печати. Примерный перечень тем прилагается. Сообщения докладываются на занятии при изучении или при повторении соответствующего раздела с соблюдением регламента времени (6-7мин).

Тема: Дополнительные методы исследования при заболеваниях органов дыхания.

Тема: Значение лабораторно-инструментального исследования для диагностики заболеваний органов дыхания.

3. Составить диагностические задачи на выявление синдрома при заболеваниях органов дыхания.

4. Заполнение фрагмента истории болезни.

5. Решить ситуационные задачи.

6. Студент выполняет практические манипуляции по алгоритму:

- подсчёта пульса;
- подсчёта ЧСС;
- подсчёта ЧДД;
- взятия мокроты для исследования;
- взятия крови из вены для биохимического исследования;
- проведения пикфлоуметрии и спирографии;
- техники перкуссии;
- техники аускультации;

Практическая подготовка №3 Методика обследования сердечно-сосудистой системы

Цели занятия:

1. Основные симптомы и синдромы при заболеваниях сердечно-сосудистой системы. Нарушения сердечного ритма, недостаточность кровообращения, артериальная гипертензия. Субъективные и объективные методы обследования пациентов с заболеваниями сердечнососудистой системы. Исследование артериального давления, пульса, пальпация области сердца (определение верхушечного толчка), перкуторное определение границ сердца, аускультация сердца. Лабораторные и инструментальные методы исследования сердечнососудистой системы. электрокардиография, фонокардиография, эхокардиография, доплерография МРТ, ангиография. Интерпретация результатов лабораторных и инструментальных исследований.

Студент должен иметь практический опыт:

- обследования пациента;
- интерпретации результатов обследования лабораторных и инструментальных методов диагностики, постановки предварительного диагноза;
- заполнения истории болезни, амбулаторной карты пациента.

Студент должен уметь:

- планировать обследование пациента;
- осуществлять сбор анамнеза;
- применять различные методы обследования пациента;
- формулировать предварительный диагноз в соответствии с современными классификациями;
- интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов диагностики;
- оформлять медицинскую документацию.

Студент должен знать:

- топографию органов и систем организма в различные возрастные периоды;

- биоэлектрические, биомеханические и биохимические процессы, происходящие в организме;
- основные закономерности развития и жизнедеятельности организма;
- строение клеток, тканей, органов и систем организма во взаимосвязи с их функцией в норме и патологии;
- основы регуляции физиологических функций, принципы обратной связи, механизм кодирования информации в центральной нервной системе;
- определение заболеваний;
- общие принципы классификации заболеваний;
- этиологию заболеваний;
- патогенез и патологическую анатомию заболеваний;
- клиническую картину заболеваний, особенности течения, осложнения у различных возрастных групп;
- методы клинического, лабораторного, инструментального обследования.

Обеспечение занятия.

1. Оборудование:

- фантомы, муляжи;
- методическое пособие для студентов по теме;
- презентация, учебный фильм по пальпации, перкуссии, аускультации.
- аппаратура, приборы, инструменты, необходимые для диагностики больных.

2. Технические средства обучения:

- компьютер;
- мультимедийный проектор;
- классная доска (меловая/маркерная);
- экран.

3. Наглядные пособия: таблицы «Схема расспроса больного», «Клиническая топография органов грудной клетки и живота», «Методика пальпации», «Методика перкуссии», «Методика аускультации», истории болезни и листы врачебных назначений демонстрируемых больных. Дидактический материал: температурные листы, истории болезни демонстрируемых больных, тесты, ситуационные задачи, иллюстрации.

Организационный момент

Преподаватель заполняет журнал, отмечает отсутствующих, проверяет готовность группы и аудитории к занятию. Сообщается тема, ставятся учебные цели, выясняются вопросы, возникшие у студентов при подготовке к данному занятию, и дается им объяснение.

Актуализация темы

Боли в области сердца.

По происхождению бывают:

* "коронарные - стенокардитические" - возникающие вследствие нарушения коронарного кровообращения. Характеризуются преимущественно сжимающего, давящего характера с иррадиацией в левую руку, под левую лопатку, в левую половину шеи, в нижнюю челюсть слева и т. д. (при ИБС);

* Боли, возникающие вследствие поражения миокарда органического характера. Они носят постоянный характер с определённой локализацией (миокардиты)

* Боли неврогенного характера возникающие у людей с "лабильной" нервной системой (при неврозах и др.);

* "Рефлекторные" боли, возникающие при заболеваниях других органов и систем, чаще ЖКТ и желчеобразующей и желчевыводящей системы. пищевода - кардиоспазм, холециститы, ЖКБ и др.

Характеристика болей проводится по следующим параметрам:

- ✓ по локализации и “глубине” (за грудиной, под лопаткой, в области верхушки; поверхностная или глубокая);
- ✓ по интенсивности;
- ✓ по характеру (острые, ноющие, колющие, сжимающие);
- ✓ по причине и условиям их возникновения физическое или эмоциональное перенапряжение;
- ✓ по продолжительности (короткая, продолжительная, интермиттирующая);
- ✓ по распространенности (локализованные в конкретной точке или разлитого характера).

Сердцебиение - ощущение пациентом усиленного и учащённого сокращения сердца. оно служит признаком поражения при таких заболеваниях, как миокардит, инфаркт миокарда, пороки сердца и др., но может возникать и рефлекторно при поражении других органов (лихорадка, анемия, невроз. гипертиреоз, при приёме лекарств - атропин и др.)

Различают:

- ✓ тахикардию ЧСС свыше 80 уд. в 1 мин;
- ✓ брадикардию - ЧСС менее 60 уд. в 1 мин;
- ✓ мерцательную аритмию (беспорядочные сердечные сокращения);
- ✓ пароксизмальную тахикардию (приступообразная тахикардия).

Одышка - это нарушение частоты, глубины и ритма дыхания. У пациента появляется ощущение нехватки воздуха. При заболеваниях сердца она является следствием застойных явлений в малом круге кровообращения и возникает при сердечной недостаточности и при заболеваниях, приводящих к ней.

Сердечная одышка носит преимущественно инспираторный характер, т. к. инфильтрированная лёгочная ткань с трудом участвует в газообмене. С нарастанием инфильтрации лёгких застойной жидкостью усиливается одышка, развивается удушье и приступ "сердечной астмы". Сердечная астма возникает внезапно, преимущественно ночью и сопровождается ощущением стеснения в груди, тревоги и страха смерти от удушья. Пациент занимает вынужденное положение "ортопное" с опущенными ногами, ловит воздух ртом, постепенно нарастает клокочущее дыхание.

Кашель - один из ранних симптомов начинающегося застоя в малом круге кровообращения и в дальнейшем сопровождается одышкой. "Сердечный" кашель обычно бывает малопродуктивным. в дальнейшем выделяется серозная мокрота, жидкая, пенящаяся желтоватого цвета.

Кровохарканье - это появление мокроты с примесью крови, появляется при тяжёлых заболеваниях сердца, обусловлено застоем крови в малом круге кровообращения (левожелудочковая недостаточность), разрывом мелких сосудов (при кашле) - чаще всего при митральном пороке сердца. Примесь крови в мокроте может быть при ТЭЛА (тромбоэмболии лёгочной артерии), при аневризме аорты - профузное кровотечение.

Отёки - у больных с с/ сосудистыми заболеваниями являются результатом застойных явлений в большом круге кровообращения (право-желудочковая недостаточность) и возникает при сердечной недостаточности, вначале к вечеру, а к утру исчезают, а затем становятся постоянными.

Чувство тяжести в правом подреберье. в результате увеличения печени вследствие застойных явлений в большом круге кровообращения (право-желудочковая недостаточность) и является проявлением сердечной недостаточности.

Повышение АД является гипертензивным синдромом и проявляется субъективными симптомами: головная боль, - сжимающего, давящего, распирающего характера в затылочной и теменной области, возникающие в результате повышения давления в сосудах головного мозга; боли в области сердца - сжимающего, давящего, распирающего характера в области сердца, возникающие в результате повышения давления в коронарных сосудах; мелькание "мушек" перед глазами, снижение зрения - возникают в результате повышения давления в сосудах глазного дна; шум в ушах снижение слуха -

возникают в результате повышения давления в сосудах внутреннего уха; тошнота, рвота, носовые кровотечения, приносящие облегчения пациенту - происходят вследствие уменьшения ОЦК.

Практическая часть. Демонстрация преподавателем методов объективного обследования сердечно-сосудистой системы: осмотр области сердца, пальпации верхушечного толчка, определения границ сердца, мест высушивания тонов сердца.

Отработка студентами методики сбора анамнеза, осмотра, пальпации, перкуссии, аускультации сердечно-сосудистой системы, исследование пульса и артериального давления. Документирование и анализ полученных данных. Ведение истории болезни. Знакомство с методиками проведения и результатами электрокардиографии, ЭХО-кардиографии, биохимического исследования крови, рентгенологического исследования сердца.

Для закрепления полученных данных студенты должны ответить на следующие вопросы:

1. Дать характеристику болям в области сердца
2. Характеристика ангинозных болей
3. Дать характеристику одышке при патологии с-с-с
4. Рассказать о сердцебиении, как одной из жалоб при патологии сердца
5. Особенности анамнеза у кардиологических больных
6. Значение общего осмотра при патологии с-с-с
7. Дать характеристику отёкам при сердечно-сосудистой патологии и способы их определения
8. Осмотр области сердца
9. Пальпация области сердца
10. Перкуссия сердца
11. Аускультация сердца
12. Дополнительные методы исследования органов кровообращения

Самостоятельная работа

Студенты проводят обследование больных. Преподаватель контролирует и корректирует их действия.

Составить таблицу симптомов при заболеваниях сердечно-сосудистой системы

Составить лист динамического наблюдения за пациентом с нарушением ритма

Алгоритм снятия ЭКГ

Заполнение фрагмента истории болезни пациента

Студент выполняет практические манипуляции по алгоритму:

- подсчёта пульса;
- подсчёта ЧСС;
- подсчёта ЧДД;
- измерения АД;
- взятие крови из вены для биохимического исследования;
- опроса и осмотр пациента с заболеванием сердечно-сосудистой системы;
- техники определения границ сердца;
- техники аускультации сердца

Практическая подготовка №4 Методика обследования органов пищеварения, печени и желчевыводящих путей

Цели занятия:

Основные симптомы и синдромы при заболеваниях органов пищеварения, печени и желчевыводящих путей. Синдромы внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы, желтухи, портальной гипертензии, желудочной диспепсии, мальабсорбции, гепатолиенальный синдром. Субъективные и объективные методы обследования пациентов с заболеваниями органов пищеварения, печени и желчевыводящих путей. Сбор анамнеза,

осмотр Пальпация живота поверхностная и глубокая по методу Образцова- Стражеско. Перкуссия живота. Определение границ печени и селезенки. Лабораторные и инструментальные методы исследования при заболеваниях органов пищеварения, печени и желчевыводящих путей. Лабораторные методы: биохимические анализы, бактериологические, НР. Исследование дуоденального содержимого, секреторной функции желудка, копрологические исследования. Эндоскопические методы: ЭДГС, колоноскопия, ректороманоскопия. Пункционная биопсия. Рентгенологические методы исследования. УЗИ. Интерпретация результатов лабораторных и инструментальных исследований.

Студент должен уметь:

- планировать обследование пациента;
- осуществлять сбор анамнеза;
- применять различные методы обследования пациента;
- формулировать предварительный диагноз в соответствии с современными классификациями;
- интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов диагностики;
- оформлять медицинскую документацию.

Студент должен знать:

- топографию органов и систем организма в различные возрастные периоды;
- биоэлектрические, биомеханические и биохимические процессы, происходящие в организме;
- основные закономерности развития и жизнедеятельности организма;
- строение клеток, тканей, органов и систем организма во взаимосвязи с их функцией в норме и патологии;
- основы регуляции физиологических функций, принципы обратной связи, механизм кодирования информации в центральной нервной системе;
- определение заболеваний;
- общие принципы классификации заболеваний;
- этиологию заболеваний;
- патогенез и патологическую анатомию заболеваний;
- клиническую картину заболеваний, особенности течения, осложнения у различных возрастных групп;
- методы клинического, лабораторного, инструментального обследования.

Обеспечение занятия.

1. Оборудование:

- фантомы, муляжи;
- методическое пособие для студентов по теме;
- презентация, учебный фильм по пальпации, перкуссии, аускультации.
- аппаратура, приборы, инструменты, необходимые для диагностики больных.

2. Технические средства обучения:

- компьютер;
- мультимедийный проектор;
- классная доска (меловая/маркерная);
- экран.

3. Наглядные пособия: таблицы, тесты, ситуационные задачи, иллюстрации.

Актуализация темы

Наиболее частой жалобой при патологии ж-к-т является боль.

Характеристика боли:

Патология пищевода	Боль за грудиной по ходу пищевода.
	Боли связаны с приёмом пищи. Подразделяются на:

Патология желудка	<ul style="list-style-type: none"> – ранние - возникающие через 15-20 минут; – поздние – через 1,5-2 часа; – ночные и «голодные», проходящие после приема пищи. <p>Сезонность болей характерна для язвенной болезни.</p>
Патология кишечника	<ul style="list-style-type: none"> – отсутствует строгая связь с приемом пищи; – тесная связь болей с актом дефекации. Они могут возникать до, во время и редко после дефекации или отхождения газов. <p>По характеру кишечные боли могут быть ноющими и схваткообразными. Чаще локализуются вокруг пупка или по ходу толстого кишечника.</p>
Патология печени и желчного пузыря	<p>Локализуются в области правого подреберья, могут быть длительными тупыми или очень сильными, приступообразные.</p> <p>Длительные боли, чаще ноющие, дают ощущение тяжести, давления, расширения в области правого подреберья. Они могут иррадиировать в правое плечо, лопатку, межлопаточное пространство (при хроническом холецистите). Эти боли обычно усиливаются при глубоком дыхании, при перемене положения больного, при ходьбе.</p> <p>Приступообразные боли (печеночная колика) возникают внезапно и быстро приобретают чрезвычайно резкий, невыносимый характер, часто провоцируются приемом жирной жареной пищи.</p>
Патология поджелудочной железы	<p>Особенно острые боли возникают при остром панкреатите. Возникают они внезапно и продолжаются от нескольких часов до нескольких дней и даже недель. Локализуются в верхней половине живота и нередко носят опоясывающий характер.</p>

Письменный контроль. Вопросы.

1. Субъективный симптом при заболеваниях органов пищеварения, печени и желчевыводящих путей (боль, тошнота, рвота, отрыжка, желудочное кровотечение)

2. Объективный симптом при заболеваниях органов пищеварения (осмотр, пальпация, перкуссия)

3. Дополнительные методы исследования желудка.

4. Синдром печеночной недостаточности

5. Кома печеночная

6. Портальная гипертензия

7. Гепаторенальный и гепатолиенальный синдром

Практическая часть: опросить пациента в соответствии со схемой истории болезни при заболеваниях пациента с заболеваниями органов пищеварения;

- произвести общий осмотр пациента с заболеваниями органов пищеварения;

- произвести пальпацию живота и оценить полученные данные при заболеваниях органов пищеварения;

- произвести аускультацию живота и оценить полученные данные;

- оценить данные дополнительных методов исследования при заболеваниях органов пищеварения;

- уметь заполнить историю болезни пациента с заболеваниями органов пищеварения;

Самостоятельная работа

Студенты самостоятельно проводят обследование закрепленных больных, Составить таблицу основных синдромов поражения желудочно-кишечного тракта.

Составить план объективного обследования больных с заболеваниями пищеварительной системы. Алгоритм дуоденального зондирования. Заполнение фрагмента истории болезни. решить ситуационные задачи.

Студент выполняет практические манипуляции по алгоритму:

- фракционного зондирования;
- подготовки пациента к ЭГДС, рентгенологическому исследованию желудка,
- подготовки пациента к взятию кала на скрытую кровь;
- измерения АД;
- опроса пациента с заболеванием органов пищеварения;
- осмотра пациента с заболеванием органов пищеварения
- техники пальпации живота;
- дуоденального зондирования;
- подготовки пациента к УЗИ и рентгенологическому исследованию печени и желчевыводящих путей, взятию кала на простейшие (лямблии);
- взятия крови из вены для биохимического исследования;
- опроса и осмотра пациента с заболеванием печени и желчевыводящих путей.
- техники пальпации печени и желчного пузыря.

Практическая подготовка №5 Методика обследования мочевыделительной системы

Цели занятия:

Основные симптомы и синдромы при заболеваниях органов системы мочевого выделения. Синдром нарушенного диуреза. Отечный синдром при заболеваниях почек. Гипертензивный синдром, мочевого синдром, нефротический синдром, острая и хроническая почечная недостаточность Субъективные и объективные методы обследования пациентов с заболеваниями органов мочевого выделения. Сбор анамнеза, осмотр. Пальпация почек. Симптом Пастернацкого. Диагностика заболеваний органов мочевого выделения. Лабораторные и инструментальные методы исследования при заболеваниях органов мочевого выделения. Клинический анализ мочи. Пробы Зимницкого и Нечипоренко. Бакисследование мочи. Рентгенологические методы исследования мочевого выделительной системы. УЗИ почек. Метод цистоскопии. Биопсия почек. Интерпретация результатов лабораторных и инструментальных исследований.

Студент должен уметь:

- планировать обследование пациента;
- осуществлять сбор анамнеза;
- применять различные методы обследования пациента;
- формулировать предварительный диагноз в соответствии с современными классификациями;
- интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов диагностики;
- оформлять медицинскую документацию.

Студент должен знать:

- топографию органов и систем организма в различные возрастные периоды;
- биоэлектрические, биомеханические и биохимические процессы, происходящие в организме;
- основные закономерности развития и жизнедеятельности организма;
- строение клеток, тканей, органов и систем организма во взаимосвязи с их функцией в норме и патологии;
- основы регуляции физиологических функций, принципы обратной связи, механизм кодирования информации в центральной нервной системе;
- определение заболеваний;
- общие принципы классификации заболеваний;

- этиологию заболеваний;
- патогенез и патологическую анатомию заболеваний;
- клиническую картину заболеваний, особенности течения, осложнения у различных возрастных групп;
- методы клинического, лабораторного, инструментального обследования.

Обеспечение занятия.

1. Оборудование:

- фантомы, муляжи;
- методическое пособие для студентов по теме;
- презентация, учебный фильм по пальпации, перкуссии, аускультации.
- аппаратура, приборы, инструменты, необходимые для диагностики больных.

2. Технические средства обучения:

- компьютер;
- мультимедийный проектор;
- классная доска (меловая/маркерная);
- экран.

3. Наглядные пособия: таблицы, тесты, ситуационные задачи, иллюстрации.

Организационный момент

Преподаватель заполняет журнал, отмечает отсутствующих, проверяет готовность группы и аудитории к занятию. Определяется тема и учебные цели, проясняются вопросы, возникшие у студентов при подготовке к данному занятию.

Актуализация темы.

Обследование пациента с заболеваниями мочевыделительной системы проводится по общепринятой схеме. На первом этапе проводят сбор жалоб. К основным жалобам пациента относят: отёки, расстройство мочеотделения, боль, артериальная гипертензия, лихорадка.

Отеки – одна из наиболее ранних и частых жалоб при заболеваниях почек. Особенности почечных отеков: развиваются быстро (внезапно), утром, часто оказываясь первым признаком заболевания; раньше всего появляются на лице (в местах с наиболее рыхлой клетчаткой: веки, параорбитальная область), распространяясь потом по всему телу; кожные покровы бледные, теплые; мягкие (легкое надавливание ведет к образованию хорошо заметной ямки); быстро нарастают и могут быстро исчезать.

1. Полиурия – стойкое увеличение количества выделяемой мочи (более 2000 мл/сут).

2. Олигурия – стойкое уменьшение выделяемой мочи (менее 500 мл/сут).

3. Анурия - резкое снижение диуреза (менее 50 мл/сут) или полное прекращение выделения мочи.

4. Ишурия – задержка мочи, когда мочеиспускание отсутствует, несмотря на переполнение мочевого пузыря.

5. Парадоксальная ишурия – когда моча непрерывно выделяется каплями из переполненного мочевого пузыря (аденома, рак простаты).

6. Острая задержка мочи может возникнуть при заболеваниях предстательной железы (аденома, рак), уретритах.

7. Поллакиурия – (учащенное мочеиспускание малыми порциями) – симптом раздражения мочевого пузыря при его воспалении (цистит).

8. Странгурия – болезненность и рези при мочеиспускании:

9. Дизурия – затрудненное болезненное мочеиспускание.

10. Изурия – выделение мочи в течение суток приблизительно равными порциями через равные промежутки времени. Указывает на потерю почками способности регулировать количество и концентрацию выделяемой мочи (ХПН).

11. Никтурия – учащение мочеиспускания в ночное время с увеличением ночного диуреза.

12. Недержание мочи – непроизвольное выделение мочи из мочевого пузыря с отсутствием позывов на мочеиспускание (заболевания центральной и периферической нервной системы, приводящие к нарушению функции сфинктера мочевого пузыря).

13. Неудержание мочи – невозможность удержать мочу в мочевом пузыре при очень сильных позывах на мочеиспускание (острый и хронический цистит или опухоль шейки мочевого пузыря, опущение передней стенки влагалища).

1. Боли в поясничной области могут быть обусловлены:

- обструкцией мочеточников (перегиб мочеточника, закупорка конкрементов, сгустком крови);
- растяжением и воспалением почечной лоханки (мочекаменная болезнь, пиелонефриты);
- растяжением почечной капсулы (острый гломерулонефрит);
- острой ишемией почечной ткани (инфаркт почки);
- аномалией развития и положения почек (гидронефроз, блуждающая почка);
- воспалением околопочечной клетчатки (паранефрит).

2. Боли в животе могут быть:

- в гипогастрии (заболевания мочевого пузыря);
- в области мочеточниковых точек (прохождение конкремента).

Боли в поясничной области могут быть:

1. двусторонние («застойная почка», острый гломерулонефрит);

2. односторонние (пиелонефрит, мочекаменная болезнь, инфаркт почки, паранефрит).

Иррадиация (мочекаменная болезнь):

- по ходу мочеточника;
- в уретру и половые органы;
- во внутреннюю поверхность бедра;
- в соответствующее подреберье.

Факторы, провоцирующие боль:

- тряская езда (мочекаменная болезнь);
- резкие движения, перемена положения тела (блуждающая почка, мочекаменная болезнь);
- водная нагрузка, прием алкоголя (мочекаменная болезнь, пиелонефрит).

Факторы, облегчающие боль:

- вынужденное положение тела (паранефрит);
- изменение положения тела (блуждающая почка);
- пузырь со льдом на поясницу (паранефрит);
- применение грелки или горячей ванны (почечная колика);
- инъекции холинолитиков, спазмолитиков, наркотических анальгетиков

Другие симптомы: Повышение артериального давления (почечная АГ)

– Лихорадка

– Диспептические явления (тошнота, снижение аппетита, рвота, понос) характерны для терминальной стадии хронической почечной недостаточности.

– Геморрагические явления (кровоточивость десен, носовые кровотечения, кожные геморрагии) - проявление хронической почечной недостаточности.

– Нарушения зрения связаны с резким повышением АД, что может приводить к развитию спазма артерий и артериол, кровоизлияния в сетчатку (вследствие нарушения проницаемости стенок капилляров и уремии интоксикации).

– Кожный зуд при заболеваниях почек - это проявление тяжелой почечной недостаточности, является следствием раздражения кожных рецепторов продуктами распада белков (мочевина).

– Жалобы общего характера (слабость, снижение трудоспособности, аппетита, похудание, раздражительность, нарушение сна) – следствие интоксикации, ХПН, стойкого повышения АД.

Предварительный контроль знаний

1. Субъективный симптом при заболеваниях органов мочевого выделения (жалобы, анамнез, осмотр)

2. Объективный симптом при заболеваниях органов кровотока (перкуссия, пальпация)

3. Лабораторные и инструментальные методы исследования

Практическая часть. опросить пациента в соответствии со схемой истории болезни при заболеваниях мочевыделительной системы;

- произвести общий осмотр пациента при заболеваниях мочевыделительной системы;

- произвести пальпацию и оценить полученные данные при заболеваниях мочевыделительной системы;

- произвести перкуссию и оценить полученные данные при заболеваниях мочевыделительной системы;

- оценить данные дополнительных методов исследования при заболеваниях мочевыделительной системы;

- уметь заполнить историю болезни пациента с заболеванием мочевыделительной системы;

Самостоятельная работа

Студенты проводят обследование больных. Составить таблицу основных синдромов поражения мочевыделительной системы. Составить план общего осмотра больного с заболеваниями мочевыделительной системы. Алгоритм пробы Зимницкого, Нечипоренко. Заполнение фрагмента истории болезни

Каждый студент самостоятельно составляет подробный план мероприятий по диагностике за демонстрируемым и курируемым больными, решают ситуационные задачи.

Студент выполняет практические манипуляции по алгоритму:

- подсчёта пульса;
- подсчёта ЧСС;
- подсчёта ЧДД;
- измерения АД;
- взятие крови из вены для биохимического исследования;
- опроса пациента с заболеванием мочевыделительной системы;
- осмотра пациента с заболеванием мочевыделительной системы;;
- техники пальпации почек; ания мочи
- техники определения отёков;
- техники собирания мочи на общий анализ;
- техники проведения проб Пастернацкого, Нечипоренко, Аддиса-Каковского

Практическая подготовка №6 Методика обследования кровотока

Цель занятия: Основные симптомы и синдромы при заболеваниях органов системы кровотока. Геморрагический синдром. Анемические синдромы. Лимфопролиферативные синдромы. Субъективные и объективные методы обследования пациентов с заболеваниями органов кровотока. Сбор анамнеза. Осмотр. Пальпация лимфатических узлов. Пальпация селезенки. Лабораторные и инструментальные методы исследования при заболеваниях органов системы кровотока. Интерпретация результатов лабораторных и инструментальных исследований. Клинический анализ крови. Правила забора крови из пальца. Пункция и биопсия кровотоковых органов. Показания к стерильной пункции .

Студент должен уметь:

- планировать обследование пациента;
- осуществлять сбор анамнеза;
- применять различные методы обследования пациента;
- формулировать предварительный диагноз в соответствии с современными классификациями;
- интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов диагностики;
- оформлять медицинскую документацию.

Студент должен знать:

- топографию органов и систем организма в различные возрастные периоды;
- биоэлектрические, биомеханические и биохимические процессы, происходящие в организме;
- основные закономерности развития и жизнедеятельности организма;
- строение клеток, тканей, органов и систем организма во взаимосвязи с их функцией в норме и патологии;
- основы регуляции физиологических функций, принципы обратной связи, механизм кодирования информации в центральной нервной системе;
- определение заболеваний;
- общие принципы классификации заболеваний;
- этиологию заболеваний;
- патогенез и патологическую анатомию заболеваний;
- клиническую картину заболеваний, особенности течения, осложнения у различных возрастных групп;
- методы клинического, лабораторного, инструментального обследования.

Обеспечение занятия.

1. Оборудование:

- фантомы, муляжи;
- методическое пособие для студентов по теме;
- презентация, учебный фильм по пальпации, перкуссии, аускультации.
- аппаратура, приборы, инструменты, необходимые для диагностики больных.

2. Технические средства обучения:

- компьютер;
- мультимедийный проектор;
- классная доска (меловая/маркерная);
- экран.

3. Наглядные пособия: таблицы, тесты, ситуационные задачи, иллюстрации.

Организационный момент

Преподаватель заполняет журнал, отмечает отсутствующих, проверяет готовность группы и аудитории к занятию. Определяется тема и учебные цели, проясняются вопросы, возникшие у студентов при подготовке к данному занятию.

Актуализация темы.

К форменным элементам крови относятся эритроциты, лейкоциты и тромбоциты.

Продолжительность жизни эритроцита в кровяном русле составляет 80-120 дней, нейтрофилов - 4-10 часов, тромбоцитов - 8-9 суток. Лимфоциты по своей структуре неоднородны, продолжительность их жизни различна.

Эритроциты выполняют транспортную функцию, благодаря наличию в них железосодержащего пигмента - гемоглобина, они способны переносить молекулы кислорода и углекислого газа.

Лейкоциты - несут защитную функцию. Они играют большую роль в выработке антител и сами способны фагоцитировать микроорганизмы.

Тромбоциты - являются клеточной основой образования кровяного сгустка (тромба), что предотвращает большую кровопотерю при наружных и внутренних кровотечениях.

- эритроциты: (у мужчин) $4,5-5 \cdot 10^{12}/л$
(у женщин) $3,7-4,5 \cdot 10^{12}/л$;
- гемоглобин: (у мужчин) 130-160 г/л
(у женщин) 120-140 г/л;
- цветовой показатель - 0,85-1,05;
- лейкоциты $4,0-9,0 \cdot 10^9/л$;
- тромбоциты $180-320 \cdot 10^9/л$;
- СОЭ: (у мужчин) - 2-10 мм/час
(у женщин) - 2-15 мм/час;

Лейкоцитарная формула:

Базофилы - 0 - 0,5%

Эозинофилы - 3-4%

Нейтрофилы: (палочкоядерные) 2-4%
(сегментоядерные) 57-72%

Моноциты - 3-11%

Лимфоциты - 17-30%.

Соотношение различных видов лейкоцитов в крови называется лейкоцитарной формулой

По наличию в цитоплазме зернистости лейкоциты делятся на зернистые (гранулоциты) и незернистые (агранулоциты).

Клетки, гранулы которых окрашиваются кислыми красками (эозин и др.), называют эозинофилами; основными красками (метиленовый синий и др.) — базофилами; нейтральными красками — нейтрофилами. Первые окрашиваются в розовый цвет, вторые — в синий, третьи — в розово-фиолетовый.

Гранулоциты составляют 72 % общего-количества лейкоцитов, из них 70 % нейтрофилов, 1,5 % эозинофилов и 0,5 % базофилов. Нейтрофилы способны проникать в межклеточные пространства к инфицированным участкам тела, поглощать и переваривать болезнетворные бактерии. Количество эозинофилов увеличивается при аллергических реакциях, бронхиальной астме, сенной лихорадке, они обладают антигистаминным действием. Базофилы вырабатывают гепарин и гистамин.

Агранулоциты — это лейкоциты, которые состоят из ядра овальной формы и незернистой цитоплазмы. К ним относятся моноциты и лимфоциты. Состояние, при котором количество лимфоцитов превышает обычный уровень их содержания, называется лимфоцитозом, а снижение — лимфопенией. Лимфоциты являются главным звеном иммунной системы, они участвуют в процессах клеточного роста, регенерации тканей, управлении генетическим аппаратом других клеток.

Предварительный контроль знаний

Субъективный симптом при заболеваниях органов кроветворения (жалобы)

2.Субъективный симптом при заболеваниях органов кроветворения (анамнез)

3.Объективный симптом при заболеваниях органов кроветворения (осмотр)

4.Объективный симптом при заболеваниях органов кроветворения (пальпация)

5.Объективный симптом при заболеваниях органов кроветворения (пальпация селезенки)

6.Объективный симптом при заболеваниях органов кроветворения (перкуссия)

7.Объективный симптом при заболеваниях органов кроветворения (аскультация)

8.Лабораторные методы исследования

9.Диагностика проницаемости капилляров

Самостоятельная работа

В учебной комнате преподаватель распределяет студентов по два человека. Один из них выступает в роли больного. Второй - в роли фельдшера - последовательно проводит: расспрос, осмотр, аускультацию сердца, определение наличия отеков, исследование пульса, измерение АД. Затем студенты меняются ролями. Это позволяет учащимся научиться правильно и последовательно формулировать вопросы, выделять главное, отработать методы осмотра, пальпации, перкуссии и аускультации. Затем преподаватель в палате демонстрирует на пациенте методики субъективного и объективного обследования: собираются паспортные данные, жалобы, история настоящего заболевания и история жизни. При разборе жалоб больного важно научить студентов правильно формулировать вопросы, чтобы они были понятны пациенту и носили последовательный характер. Составить план обследования больного с анемическим синдромом.

Составить таблицу причин геморрагического синдрома

Составить таблицу нормальной миелограммы

Заполнение фрагмента истории болезни

Решить ситуационную задачу.

Студент выполняет практические манипуляции по алгоритму:

- подсчёта пульса;
- подсчёта ЧСС;
- подсчёта ЧДД;
- измерения АД;
- взятие крови из вены для биохимического исследования;
- опроса пациента с заболеванием кроветворной системы;
- осмотра пациента с заболеванием кроветворной системы;
- техники пальпации лимфатических узлов, печени, селезёнки;

Практическая подготовка №7 Методика обследования эндокринной системы

Цель занятия:

Основные симптомы и синдромы при заболеваниях органов эндокринной системы. Синдром Кушинга. Метаболический синдром. Синдром гипогликемии. Синдром гипо- и гиперфункции щитовидной железы. Субъективные и объективные методы обследования пациентов с заболеваниями органов эндокринной системы. Сбор анамнеза. Осмотр. Определение индекса массы тела, объёма талии. Пальпация щитовидной железы. Лабораторные и инструментальные методы исследования при заболеваниях органов эндокринной системы. Определение содержания глюкозы в крови и моче. Гликированный гемоглобин. Определение уровня гормонов щитовидной железы. УЗИ, рентгенография, КТ, МРТ эндокринных желез. Интерпретация результатов лабораторных и инструментальных исследований.

Студент должен уметь:

- планировать обследование пациента;
- осуществлять сбор анамнеза;
- применять различные методы обследования пациента;
- формулировать предварительный диагноз в соответствии с современными классификациями;
- интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов диагностики;
- оформлять медицинскую документацию.

Студент должен знать:

- топографию органов и систем организма в различные возрастные периоды;
- биоэлектрические, биомеханические и биохимические процессы, происходящие в организме;
- основные закономерности развития и жизнедеятельности организма;

- строение клеток, тканей, органов и систем организма во взаимосвязи с их функцией в норме и патологии;
- основы регуляции физиологических функций, принципы обратной связи, механизм кодирования информации в центральной нервной системе;
- определение заболеваний;
- общие принципы классификации заболеваний;
- этиологию заболеваний;
- патогенез и патологическую анатомию заболеваний;
- клиническую картину заболеваний, особенности течения, осложнения у различных возрастных групп;
- методы клинического, лабораторного, инструментального обследования.

Обеспечение занятия.

1. Оборудование:

- фантомы, муляжи;
- методическое пособие для студентов по теме;
- презентация, учебный фильм по пальпации, перкуссии, аускультации.
- аппаратура, приборы, инструменты, необходимые для диагностики больных.

2. Технические средства обучения:

- компьютер;
- мультимедийный проектор;
- классная доска (меловая/маркерная);
- экран.

3. Наглядные пособия: таблицы, тесты, ситуационные задачи, иллюстрации.

Организационный момент

Преподаватель заполняет журнал, отмечает отсутствующих, проверяет готовность группы и аудитории к занятию. Определяется тема и учебные цели, проясняются вопросы, возникшие у студентов при подготовке к данному занятию.

Актуализация темы.

1. Гипоталамо-гипофизарная система

- Гипоталамус — занимает часть промежуточного мозга, расположенного книзу от таламуса под гипоталамической бороздой и представляет скопление нервных клеток с многочисленными афферентными и эфферентными связями.

Гипоталамус участвует в поддержании оптимального уровня обмена веществ (белкового, углеводного, жирового, водного и минерального) и энергии, в регуляции температурного баланса организма, деятельности пищеварительной, сердечно-сосудистой, выделительной, дыхательной и эндокринной систем.

Под контролем гипоталамуса находятся такие железы внутренней секреции, как гипофиз, щитовидная железа, половые железы, надпочечники, поджелудочная железа. В гипоталамусе обнаружено семь гипоталамических нейрогормонов, активизирующих выделение тропных гормонов гипофиза, и три нейрогормона, ингибирующих выделение тропных гормонов гипофиза.

- К первой группе относятся: кортиколиберин (релизинг-гормон АКТГ), тиреолиберин (тиреотропин-релизинг-гормон), люлиберин (релизинг-гормон лютеинизирующего гормона), фоллиберин (релизинг-гормон фолликулостимулирующего гормона), соматолиберин (соматотропин-релизинг-гормон), пролактолиберин (пролактин-релизинг-гормон), меланолиберин (релизинг-гормон меланоцитстимулирующего гормона).

- Ко второй группе относятся: пролактостатин (пролактинингибирующий гормон), меланостатин (ингибирующий гормон меланоцитстимулирующего гормона), соматостатин (соматотропинингибирующий фактор)

- К гипоталамическим нейрого르몬ам относятся также вазопрессин и окситоцин, которые продуцируются в ядрах гипоталамуса и транспортируются в заднюю долю гипофиза.

- Гипофиз

Размер гипофиза у взрослого человека составляет в среднем 10x13x6 мм, его масса 0,5 гр. Гипофиз лежит на основании мозга в полости турецкого седла и отделяется от головного мозга частью твердой мозговой оболочки, через отверстие которой ножка гипофиза соединяет его с гипоталамусом.

Передняя доля гипофиза (аденогипофиз) под влиянием гипоталамических нейромедиаторов осуществляет контроль над периферическими железами путем секреции: тиреотропного гормона (ТТГ), адренокортикотропного гормона (АКТГ), соматотропного гормона (СТГ), фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), лютеинизирующего гормона (ЛГ), пролактина.

В промежуточной доле синтезируется меланоцитстимулирующий гормон (МСГ).

Задняя доля или нейрогипофиз является производным нервной ткани и местом депонирования гипоталамических нейропептидов (вазопрессина и окситоцина).

Клинические синдромы, связанные с поражением гипофиза, можно разделить на синдромы, обусловленные избытком тех или иных гормонов и синдромы, связанные с их недостатком.

2. Щитовидная железа

Состоит из двух долей, располагающихся по обеим сторонам трахеи. Доли соединены перешейком. Масса 15-20 гр. Щитовидная железа продуцирует три гормона: тироксин (Т4), трийодтиронин (Т3), кальцитонин. Тиреоидные гормоны обладают широким спектром действия. На клеточном уровне точкой приложения их действия являются митохондрии. Тиреоидные гормоны стимулируют скорость потребления кислорода.

3. Островковый аппарат поджелудочной железы

Поджелудочная железа — непарный орган, расположена ретроперитонеально, секреторирует пищеварительные ферменты (экзокринная часть) и различные гормоны (эндокринная часть). Эндокринная часть поджелудочной железы представлена островками Лангерганса, которые состоят из А-, В- и Д-клеток. А-клетки (25% клеточного состава) — место образования глюкагона. В-клетки (60% клеточного состава) — место синтеза и депонирования инсулина. Д-клетки — место синтеза соматостатина

4. Надпочечники

Парные железы внутренней секреции, расположенные над верхним полюсом почек. Состоят из коркового и мозгового слоев. Корковую часть надпочечников можно разделить на клубочковую, пучковую и сетчатую зоны. В клубочковой зоне синтезируется альдостерон. В пучковой и сетчатой зонах — глюкокортикоиды, преимущественно в сетчатой зоне — андрогены. В мозговом слое — адреналин и норадреналин.

Предварительный контроль знаний

1. Синдром хронической гипергликемии
2. Синдром гипогликемии
3. Синдром гиперкортицизма
4. Хроническая надпочечниковая недостаточность
5. Гипофизарный нанизм
6. Акромегалия и гигантизм

Самостоятельная работа

- опросить пациента в соответствии со схемой истории болезни при заболеваниях эндокринной системы;
- произвести общий осмотр пациента при заболеваниях при заболеваниях эндокринной системы;
- произвести пальпацию и оценить полученные данные при заболеваниях при заболеваниях эндокринной системы;

- оценить данные дополнительных методов исследования при заболеваниях эндокринной системы;
- уметь заполнить историю болезни пациента с заболеванием эндокринной системы;

Решить ситуационную задачу.

Студент выполняет практические манипуляции по алгоритму:

- подсчёта пульса;
- подсчёта ЧСС;
- подсчёта ЧДД;
- измерения АД;
- взятие крови из вены для биохимического исследования;
- опроса пациента с заболеванием эндокринной системы;
- осмотра пациента с заболеванием эндокринной системы;
- техники пальпации щитовидной железы, поджелудочной железы;
- техники собирания мочи на сахар;
- техники определения сахара крови и мочи экспресс-методом.

Практическая подготовка №8 Методика обследования опорно-двигательного аппарата. Исследование аллергических заболеваний.

Распознавание аллергических заболеваний базируется на тех же методологических принципах, что и диагностика других заболеваний. Вместе с тем задачи диагностики и применяемые методы исследования имеют некоторые особенности.

Задачи диагностики:

- Установить природу заболевания (аллергическое или неаллергическое). Нередко это нетрудно решить вследствие характерных жалоб больного и клинической картины заболевания, например при поллинозе. Иногда возникают трудности, например, при необычных реакциях на приём пищевых продуктов.
- Решить вопрос, является ли заболевание истинно аллергическое или псевдоаллергическим.
- Выяснить причины данного заболевания.

Во всех аллергологических кабинетах имеются истории болезни, в которых подробно сформулированы вопросы аллергологического анамнеза. Выяснение анамнеза имеет цель:

- Установит возможность наследственной предрасположенности к возникновению аллергологического заболевания.
- Выявить связь между факторами окружающей среды и развитием заболевания;
- Предположительно определить те группы аллергенов или единичные аллергены, которые могли бы обусловить возникновение данной болезни.

Во время расспроса выясняют:

- какие аллергологические заболевания были в прошлом или имеются в настоящее время в семье больного;
- как реагирует больной на введение сывороток, вакцин, приём лекарств;
- отмечается ли сезонность заболевания, его связь с простудным фактором;
- где и когда возникают обострения;
- каковы условия быта и работы.

Например, для больных с аллергией на домашнюю пыль характерен "эффект элиминации" - улучшение состояния при выездах из дома. При аллергии к некоторым производственным аллергенам характерен "эффект понедельника" - ухудшение состояния на работе после выходных дней. Связь с простудными заболеваниями выявляются у больных с инфекционно-аллергической формой бронхиальной астмы, ринита. Для больных с поллинозом характерна выраженная сезонность заболевания - обострение его во время цветения растений, пыльца которых является аллергеном.

Таким образом, расспрос больного позволяет определить возможные аллергены, предположить тип аллергической реакции. Предположения должны быть подтверждены специальными методами обследования - специфическими кожными, провокационными и другими тестами

Клиника аллергологических заболеваний

Клинические симптомы определяются локализацией патологического процесса и степенью сенсибилизации человека.

1. Риноконъюнктивальный синдром: зуд и покраснение век, резь в глазах, светобоязнь, слезотечение, в тяжёлых случаях - блефароспазм. Одновременно - зуд твёрдого нёба, глотки, слизистых оболочек носа, ушных проходов. Диффузный насморк, неукротимые приступы чихания, затруднение носового дыхания. Возможны синуситы.
2. Синдром аллергической интоксикации: утомляемость, снижение аппетита, раздражительность, плаксивость, нарушение сна, плаксивость;
3. Бронхоспастический синдром: одышка преимущественно экспираторного характера, затруднение дыхания возникает при тяжёлом течении, приступы бронхиальной астмы,
4. Кожные проявления: крапивница, дерматиты, отёк Квинке.
5. Диспепсический синдром - развивается при попадании аллергена с пищей, лекарствами: тошнота, рвота, диарея. Боли в животе в сочетании с крапивницей и отёком Квинке.

Качественные кожные пробы

Качественные кожные пробы отвечают на вопрос есть ли сенсибилизация к данному аллергену? Положительная проба ещё не считается доказательством того, что данный аллерген является причиной данного заболевания, т. к. сенсибилизация к аллергену не всегда заканчивается развитием аллергической реакции. Положительная реакция должна совпадать с данными анамнеза. При отсутствии этого совпадения или недостаточной выраженности кожной пробы ставят провокационные пробы

Количественные кожные пробы

✓ Количественные пробы дают представление о степени сенсибилизации. Они ставятся для выявления индивидуальной чувствительности и решения вопроса о начальных дозах аллергена при проведении специфической гипосенсибилизации.

✓ При прямых кожных пробах аллерген вводят исследуемому больному

✓ При пассивных или непрямых пробах сыворотку крови больного вводят в/к здоровому лицу, а затем в места введения сыворотки вводят аллерген. (не применяется в связи с опасностью переноса инфекции с сывороткой крови).

Аппликационные кожные пробы

➤ Аппликационные кожные пробы применяются при кожных аллергических заболеваниях на участках кожи, не затронутых повреждением. Аллергенами чаще всего служат различные химические вещества, в том числе и лекарства. Их применяют в чистом виде или в растворах, в концентрациях, не вызывающих раздражения у здоровых людей. Салфетку размером 1 см² смачивают аллергеном и накладывают на кожу предплечья, живота или спины, закрывают целлофаном и закрепляют лейкопластырем. Результаты оценивают через 20 минут, 5-6 часов, 1-2 суток.

Скарификационные кожные пробы

➤ Скарификационные кожные пробы применяются при поллинозах, бронхиальной астме, рините, крапивнице, отёке Квинке. На предварительно обработанную 70% спиртом кожу предплечья скарификатором делают насечки, на которые наносят каплю аллергена и через 25 - 20 минут измеряют образовавшуюся папулу и гиперемию.

➤ Внутрикожные пробы - более чувствительны, но менее специфичны. Применяются при бактериальной и грибковой аллергии.

Провокационные тесты (ПТ)

Провокационные тесты (ПТ)

Это способ этиологической диагностики аллергической реакции, основанный на воспроизведении этой реакции введением аллергена в шоковый орган.

- Конъюнктивальный ПТ применяют при выявлении аллергенов, вызывающих развитие аллергического конъюнктивита, поллиноза, протекающего с явлениями конъюнктивита. Аллерген закапывают в конъюнктивальный мешок. При положительной реакции отмечается слезотечение, гиперемия конъюнктивы, зуд век.
- Назальный ПТ применяется при аллергических ринитах. Аллерген закапывают в одну половину носа - отмечается набухание слизистой оболочки носовых раковин, сужение носовых ходов.
- Ингаляционный ПТ применяется при бронхиальной астме в фазе ремиссии, в условиях стационара, после определения ЖЕЛ.
- Холодовой ПТ - применяется при холодовой крапивнице.
- Тепловой ПТ - применяется при тепловой крапивнице.
- Лейкоцитопенический ПТ - применяется при пищевой и лекарственной аллергии.
- Экспозиционные ПТ - применяется при отсутствии чётких признаков заболевания, больного помещают в предполагаемые условия, провоцируя появление симптомов заболевания.

Элиминационные тесты.

Это способ этиологической диагностики аллергической реакции, основанной на исчезновении или ослаблении этой реакции после прекращения контакта больного с аллергеном. Используется чаще в диагностике пищевой и лекарственной аллергии.

Лабораторные методы диагностики.

Для выявления сенсibilизации применяют различные иммунологические методы исследования. Преимущество этих методов состоит в их полной безопасности для пациента. Иммунологические методы выявляют только состояние сенсibilизации, т. е. свидетельствуют о том, что у данного индивидуума был контакт с данным аллергеном и дают информацию только о том или ином иммунном механизме. Для диагностических целей необходимо применять несколько методов.

- ✓ Определяют специфические IgE - антитела к предполагаемым аллергенам и общий IgE.
 - ✓ Иммуноферментный метод - определяют общий IgE и специфический IgE.
- Письменный контроль. Вопросы.
1. Субъективные симптомы при заболеваниях опорно-двигательного аппарата
 2. Объективный симптом при заболеваниях опорно-двигательного аппарата (пальпация суставов)
 3. Объективный симптом при заболеваниях опорно-двигательного аппарата (пальпация лимфатических узлов)
 4. Объективный симптом при заболеваниях опорно-двигательного аппарата (осмотр)
 5. Объективный симптом при заболеваниях опорно-двигательного аппарата (осмотр суставов)
 6. Лабораторные методы исследования
 7. Рентгенологические методы исследования
1. Задачи диагностики
 2. Аллергологический анамнез
 3. Клиника аллергологических заболеваний
 4. Качественные кожные пробы
 5. Количественные кожные пробы
 6. Капельные пробы
 7. Аппликационные кожные пробы
 8. Скарификационные кожные пробы
 9. Провокационные тесты (ПТ)

10. Элиминационные тесты.
11. Лабораторные методы диагностики.
12. Задачи диагностики

Практическая подготовка №9 Острый и хронический бронхит. ХОБЛ

Бронхит – воспаление стенки бронхов. Занимает первое место среди заболеваний дыхательной системы

Этиология:

1. воздействие инфекции (вирусы, микоплазма, бактерии);
2. воздействие физических факторов (переохлаждение, горячий воздух, пыль);
3. воздействие химических агентов (пары кислот, щелочей, токсические вещества).

Факторы риска:

1. курение;
2. алкоголь;
3. сердечно-сосудистые заболевания;
4. высокая влажность;
5. хронические инфекции полости рта, носоглотки.
6. наследственная предрасположенность

Классификация:

- По течению: острые, хронические
- По этиологии: инфекционные (вирусные, бактериальные), неинфекционные (в зависимости от действия физических и химических факторов), смешанные
- По уровню поражения: трахеобронхиты (проксимальные бронхиты), бронхиты с преимущественным поражением средних и мелких бронхов (дистальные бронхиты), бронхиолиты
- По характеру экссудата: катаральный, гнойный, слизисто-гнойный
- По наличию синдрома бронхиальной обструкции: необструктивный бронхит, обструктивный бронхит

Клиническая картина острого бронхита

1. Начало острое (часто после переохлаждения)
2. Жалобы:
3. Признаки интоксикации – слабость, недомогание, субфебрильная температура
4. Признаки воспаления верхних дыхательных путей: насморк, першение в горле, охриплость голоса
5. Кашель, вначале сухой, надсадный; через 2-3 дня становится влажным с отделением слизистой или слизисто-гнойной мокроты
6. Боль в груди, связанная с мышечным напряжением
7. При осмотре: положение в постели, состояние сознания без особенностей.
8. Кожа гиперемирована, горячая на ощупь – при лихорадке, слизистая зева - гиперемирована.
9. Пальпация и перкуссия грудной клетки без особенностей.
10. При аускультации – на фоне жёсткого дыхания – рассеянные сухие и влажные хрипы

Острый бронхит продолжается обычно 10 –14 дней, заканчивается выздоровлением.

Осложнения:

- ✓ бронхопневмония;
- ✓ хронизация процесса (переход в хронический бронхит).

Клиническая картина бронхиолита

- Наблюдается у детей и лиц старческого возраста
- Общее состояние тяжёлое, обусловлено дыхательной недостаточностью
- Кожа и слизистые цианотичны
- Лихорадка до 39 градусов
- Дыхание поверхностное с участием вспомогательной мускулатуры, до 50 в минуту
- При аускультации – на фоне жёсткого дыхания – рассеянные влажные мелкопузырчатые хрипы
- Продолжительность заболевания до 2 месяцев, возможен летальный исход

Хронический бронхит – хроническое воспалительное заболевание бронхов, сопровождающееся постоянным кашлем с отделением мокроты не менее 3 месяцев в году в течение 2 и более лет. Наблюдается у 2-8% взрослого населения.

Клиника хронического бронхита

- Основные жалобы – кашель с мокротой, одышка.
- Мокрота слизистая или слизисто-гнойная, отделяется по утрам «полным ртом» до 100 мл в сутки
- Признаки интоксикации: слабость, недомогание, умеренная лихорадка, снижение аппетита
- При осмотре – пониженного питания, кожа бледная, пальцы – «барабанные палочки», ногти – «часовые стёкла»
- Пальпация, перкуссия грудной клетки – без особенностей
- При аускультации – на фоне жёсткого дыхания диффузные влажные разнокалиберные хрипы

Медикаментозное лечение (по назначению врача):

- Противовирусные: ремантадин, арбидол, кагоцел, интерферон, виферон.
- При сухом кашле: коделак, либексин, глаувент
- При влажном кашле: бромгексин, мукалтин, ацетилцистеин, корень солодки
- При бронхоспазме: бронходилататоры (сальбутамол, атровент, беротек, эуфиллин)
- При лихорадке: жаропонижающие
- При тяжёлом течении: антибиотики:
 - пенициллинового ряда (амоксциллин, ампициллин, амоксиклав),
 - цефалоспорины (цефазолин, цефтриаксон, цефеперазон),
 - макролиды (азитромицин, кларитромицин)
- Для профилактики дисбактериоза – биопрепараты (бифидум бактерин, бифиформ, линекс)
- Иммуномодулирующие препараты, адаптогены (корень женьшеня, настойка лимонника, элеутерококка)
- Физиопроцедуры (УВЧ, диатермия, электрофорез)
- В стадию ремиссии – санаторно-курортное лечение

ВОПРОСЫ ДЛЯ ФРОНТАЛЬНОГО ОПРОСА:

1. Дать определение бронхиту. Назвать этиологию и факторы риска.
2. Классификация бронхитов.
3. Клиническая картина острого бронхита.
4. Клиническая картина бронхиолита.
5. Клиническая картина хронического бронхита.

6. Клиника хронического обструктивного бронхита.
7. Диагностика бронхитов.
8. Немедикаментозное лечение бронхитов.
9. Медикаментозное лечение бронхитов.

Выберите один правильный ответ

1. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ ОСТРЫХ БРОНХИТОВ ЯВЛЯЮТСЯ:

- а) курение
- б) переохлаждение
- в) бактерии и вирусы
- г) злоупотребление алкоголем

2. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) плеврит
- б) острый бронхит
- в) легочное кровотечение
- г) хроническая дыхательная недостаточность, эмфизема легких

3. УКАЖИТЕ ПРЕПАРАТ, КОТОРЫЙ ПРОТИВОПОКАЗАН ПРИ КАШЛЕ С ВЫДЕЛЕНИЕМ МОКРОТЫ:

- а) кодеин
- б) амброксол
- в) бромгексин
- г) таблетки «от кашля»

4. ХРОНИЧЕСКИМ БРОНХИТ СЧИТАЕТСЯ, ЕСЛИ КАШЕЛЬ ДЛИТСЯ:

- а) более месяца
- б) более 10 дней
- в) более 2 недель
- г) 3 месяца в году на протяжении 2-х лет

5. В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ХАРАКТЕРА ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА РАЗЛИЧАЮТ БРОНХИТЫ КАТАРАЛЬНЫЕ ИЛИ СЛИЗИСТЫЕ, ГНОЙНЫЕ, СЛИЗИСТО-ГНОЙНЫЕ.

- а) верно
- б) неверно

Выбрать несколько правильных ответов

6. ПРИ ОСТРОМ БРОНХИТЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ:

- а) жесткое дыхание
- б) сухие и влажные хрипы
- в) коробочный звук, сухие хрипы
- г) притупление перкуторного звука

7. ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА:

- а) изжога
- б) одышка
- в) кашель с мокротой
- г) повышение температуры тела

8. ПОТЕНЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА БОЛЬНОГО ПРИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

- а) сухой кашель
- б) риск расстройства стула
- в) риск аллергической реакции
- г) снижение артериального давления
- д) риск развития грибковых заболеваний

Установить соответствие:

9. Лекарственные препараты, применяемые при лечении бронхитов

1. Противокашлевые	а) Амоксициллин
2. Отхаркивающие	б) Сальбутамол
3. Бронходилататоры	в) Бромгексин
4. Антибиотики	г) Либексин

Дополнить:

10. НАРУШЕНИЕ ПРОХОДИМОСТИ БРОНХОВ – ЭТО _____ .

Практические занятия №1 Пневмония

Пневмония – острое воспалительное заболевание легочной ткани с преимущественным поражением респираторных отделов и обязательной внутриальвеолярной воспалительной экссудацией.

- Госпитализация лиц старше 60 лет; при тяжёлом течении и при наличие сопутствующей патологии
- Режим постельный
- Диета обогащенная витаминами, тёплое обильное питьё
- Антибактериальная этиотропная терапия: антибиотики пенициллинового ряда, макролиды, респираторные фторхинолоны, метронидазол и другие.
- При вирусных пневмониях противовирусные препараты (осельтамивир (тамифлю), ингавирин, виферон).
- Кислородотерапия
- Отхаркивающие (бромгексин, мукалтин, корень солодки, АЦЦ)
- Бронхолитики (сальбутамол, эуфиллин)
- Жаропонижающие
- Дезинтоксикация (солевые растворы, глюкоза)
- Биопрепараты (линекс, бифиформ)
- Иммунозаместительная терапия
- Антиоксиданты (витамин С, рутин)
- Физиотерапия, ЛФК.

Вопросы для фронтального опроса:

1. Дать определение пневмонии. Определить актуальность.
2. Назвать классификацию пневмоний.
3. Этиология пневмоний.
4. Назвать факторы, способствующие возникновению пневмоний.
5. Дать определение крупозной пневмонии и рассказать патогенез.

6. Клинические стадии крупозной пневмонии.
7. Назвать осложнения крупозной пневмонии.
8. Рассказать об инфекционно-токсическом шоке.
9. Дать определение очаговой пневмонии, назвать клинические признаки.
10. Диагностика пневмоний.
11. Лечение пневмоний.

Выберите один правильный ответ

1. ПНЕВМОНИЯ – ЭТО:

- а) распад легких
- б) вздутие легких
- в) нагноение легких
- г) воспаление легких

2. ДЛЯ РАЦИОНАЛЬНОЙ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ НЕОБХОДИМО СДЕЛАТЬ:

- а) общий анализ мочи
- б) общий анализ крови
- в) микроскопический анализ мокроты
- г) бактериологический анализ мокроты

3. ПРИОРИТЕТНАЯ ПРОБЛЕМА ПАЦИЕНТА ПРИ ПНЕВМОНИИ:

- а) рвота
- б) кашель
- в) головная боль
- г) боли в животе

4. НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ КОЛЛАПСЕ:

- а) согреть, мезатон, кордиамин, сульфаквамфокаин
- б) пузырь со льдом, кордиамин, камфора, новокаин
- в) горчичники на икрожные мышцы, камфора, мезатон, платифиллин
- г) пиявки на сосцевидные отростки, адельфан, строфантин, кордиамин

5. В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ ЗНАЧИТЕЛЬНО СНИЗИЛАСЬ РОЛЬ ПНЕВМОКОККА В ВОЗНИКНОВЕНИИ КРУПОЗНОЙ ПНЕВМОНИИ, УВЕЛИЧИЛАСЬ ЧАСТОТА АТИПИЧНЫХ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ.

- а) верно
- б) неверно

6. К СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ПНЕВМОКОККОВОЙ ПНЕВМОНИИ ОТНОСИТСЯ:

- а) Запрет вредных привычек
- б) Рациональное питание
- в) Сезонная витаминoproфилактика
- г) Введение вакцины Пневмо - 23

Выбери несколько правильных ответов:

7. ПРИ КРУПОЗНОЙ ПНЕВМОНИИ КРЕПИТАЦИЯ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ В:

- а) I стадии
- б) II стадии
- в) III стадии
- г) IV стадии

8. ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ОЧАГОВОЙ ПНЕВМОНИИ:

- а) Желчегонные средства
- б) Антибактериальная терапия
- в) Дезинтоксикационная терапия
- г) Отхаркивающие средства

9. ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ КРУПОЗНОЙ ПНЕВМОНИИ:

- а) кашель
- б) боль в груди
- в) температура 38-39 градусов
- г) температура 39-40 градусов
- д) одышка
- е) герпес на губах

Дополнить:

10. ПНЕВМОНИЯ– ЭТО ВОСПАЛИТЕЛЬНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ _____ ТКАНИ.

Практическая подготовка №10 Нагноительные заболевания легких. Плевриты

Бронхоэктатическая болезнь - приобретенное (в ряде случаев врожденное) заболевание, характеризующееся хроническим нагноительным процессом в необратимо измененных (расширенных, деформированных) и функционально неполноценных бронхах, преимущественно в нижних отделах легких.

Этиология: врожденные бронхоэктазы встречаются редко - не более чем в 4-10% случаев. Причиной их развития является врожденная аномалия бронхиальной стенки, недостаточность гладких мышц, эластичной и хрящевой тканей бронхов.

Наиболее частыми причинами приобретенных бронхоэктазов являются хронический бронхит и пневмонии, а так же они могут быть следствием туберкулезного и сифилитического поражения легких, пневмокозиозов, опухолей бронхов, легочных абсцессов и гангрены легкого, иммунопатологических заболеваний, кори и коклюша, частых ОРВИ.

Наиболее часто возбудителями являются клебсиелла, стафилококк, синегнойная палочка, стрептококк, микоплазма.

Заболевание в 3 раза чаще встречается у мужчин.

Абсцесс легкого (abscessus pulmonis) — тяжелое неспецифическое воспалительное заболевание легких, сопровождающееся гнойным расплавлением пневмонического инфильтрата с образованием одной или нескольких отграниченных полостей в результате воздействия высоковирулентной бактериальной флоры.

При попадании в легкие анаэробной инфекции развивается еще более тяжелая патология - гангрена легкого (gangraena pulmonis), сопровождающаяся гнилостным распадом легочной ткани, не склонная к отграничению и угрожающая жизни больного.

В настоящее время абсцесс и гангрена легких объединяются в группу заболеваний под общим названием «инфекционная деструкция легких», или «деструктивные пневмониты».

ВОПРОСЫ ДЛЯ ФРОНТАЛЬНОГО ОПРОСА

1. Дать определение бронхоэктатической болезни. Назвать причину.
2. Классификация бронхоэктатической болезни.
3. Рассказать о клинической картине бронхоэктатической болезни.
4. Рассказать о диагностике бронхоэктатической болезни.
5. Дать определение абсцессу и гангрене лёгкого.
6. Назвать причины и способствующие факторы абсцесса лёгкого.
7. Рассказать о патогенезе абсцесса лёгкого.

8. Классификация абсцесса лёгкого.
9. Рассказать о периоде инфильтрации лёгочной ткани.
10. Рассказать о периоде прорыва абсцесса с образованием полости.
11. Диагностика абсцесса лёгкого.
12. Дать определение плевриту, назвать этиологию.
13. Клиническая картина фибринозного плеврита.
14. Клиническая картина экссудативного плеврита.
15. Диагностика плевритов.
16. Лечение плевритов.

Выберите один правильный ответ

1. **НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ ВОЗБУДИТЕЛЬ АБСЦЕССА ЛЕГКИХ**
 - а) лямблии
 - б) микобактерия
 - в) кишечная палочка
 - г) золотистый стафилококк
2. **ЗАБОЛЕВАНИЕ, ПРИ КОТОРОМ МОКРОТА ВЫДЕЛЯЕТСЯ «ПОЛНЫМ РТОМ»**
 - а) очаговая пневмония
 - б) экссудативный плеврит
 - в) абсцесс легкого в стадию инфильтрации
 - г) абсцесс легкого в стадию прорыва гнойника
3. **ВЫНУЖДЕННОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ПРИ ФИБРИНОЗНОМ ПЛЕВРИТЕ**
 - а) лежа на больном боку
 - б) лежа на здоровом боку
 - в) сидя с упором для рук
 - г) лежа с опущенным головным концом
4. **ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА ПРИОБРЕТЕННЫХ БРОНХОЭКТАЗОВ**
 - а) плеврит
 - б) острый бронхит
 - в) очаговая пневмония
 - г) хронический бронхит
5. **ДЕФОРМАЦИЯ ПАЛЬЦЕВ РУК ПРИ БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ, В ВИДЕ**
 - а) веретена
 - б) «бутоньерки»
 - в) «лебединой шеи»
 - г) «барабанных палочек»
6. **РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ПЕРВОЙ СТАДИИ АБСЦЕССА ЛЕГКОГО**
 - а) затемнение доли легкого
 - б) повышение прозрачности легочных полей
 - в) участок затемнения с четкими контурами
 - г) полость с четким внутренним контуром и уровнем жидкости
7. **ПРИ КРИТИЧЕСКОМ СНИЖЕНИИ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА РАЗВИВАЕТСЯ**
 - а) коллапс
 - б) рак легких

- в) септический шок
- г) эмфизема легких

Выберите несколько правильных ответов

8. СИМПТОМЫ АБСЦЕССА ЛЕГКИХ В СТАДИЮ ИНФИЛЬТРАЦИИ

- а) сухой кашель
- б) боль в грудной клетке
- в) фебрильная лихорадка
- г) кашель с мокротой «полным ртом»

9. ДЛЯ ФИБРИНОЗНОГО ПЛЕВРИТА ХАРАКТЕРНО:

- а) нарастающая одышка
- б) кашель с мокротой
- в) лихорадка
- г) боль в груди
- д) поверхностное дыхание

Дополнить:

10. ВОСПАЛЕНИЕ ПЛЕВРАЛЬНЫХ ЛИСТКОВ: _____

Практические занятия №2 Бронхиальная астма.

Бронхиальная астма – это хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей, сопровождающееся гиперреактивностью бронхов и проявляющееся приступами экспираторного удушья или кашля, вследствие развивающейся бронхиальной обструкции.

Астматический статус – это синдром острой дыхательной недостаточности, развивающийся вследствие резко выраженной бронхиальной обструкции, резистентной к стандартной бронхолитической терапии.

Причинами развития астматического статуса являются:

- массивное поступление аллергена в организм;
- неконтролируемое использование β_2 – агонистов;
- ошибочное назначение β – адреноблокаторов;
- быстрая отмена системных кортикостероидов;
- инфекционные заболевания дыхательных путей.

Лабораторные исследования: кожные пробы, определение общего иммуноглобулина Е, специфических иммуноглобулинов, исследование ОАК (лейкопения, эозинофилия), мокроты (много эозинофилов, кристаллы Шарко – Лейдена и спирали Куршмана).

Инструментальные методы исследования:

1. Рентгенологическое исследование органов грудной клетки:

- повышенная прозрачность легких, горизонтальное положение ребер, расширение межреберных промежутков, низкое стояние диафрагмы (во время приступа удушья);
- в межприступном периоде – признаки бронхита

2. Спирография – оценка функции внешнего дыхания

Выявляется преобладание мощности вдоха над мощностью выдоха (ранний признак бронхиальной обструкции), снижена ЖЕЛ; увеличен остаточный объем лёгких.

3. Пикфлоуметрия – это метод, позволяющий определить максимальную скорость выдоха и оценить состояние внешнего дыхания.

Фармакотерапия включает:

1. Противовоспалительные средства – глюкокортикоиды.

Предпочтительным является использование ингаляционных кортикостероидных средств (ИКС): будесонид (пульмикорт), флунизолит (ингакорт), беклометазон (бекотид), флутиказон (фликсотид), альдецин и др. Могут использоваться комбинированные препараты сальметерол+ флутиказон (серетид), формотерол+ будесонид (симбикорт), фенотерол (беротек) + атровент (беродуал).

При использовании ИКС могут проявляться побочные эффекты: сухость слизистых оболочек, стоматит, неприятный привкус во рту, осиплость голоса. Для уменьшения побочных эффектов и профилактики осложнений при применении данных препаратов необходимо использовать спейсер, после ингаляции препарата полоскать рот кипяченой водой.

2. Стабилизаторы мембран тучных клеток: кромогликат натрия (интал), недокромил натрия (тайлед), кетотифен.
3. Бронходилататоры: салметерол (серевент), формотерол.
4. М – холинблокаторы (холинолитики) – ипратропиум бромид (атровент)
5. Ингибиторы лейкотриенов: зафирлукаст (аколат), монтелукаст.
6. Антитела к IgE (омализумаб).
7. Метилксантины: эуфиллин, теопек.

ВОПРОСЫ ДЛЯ ФРОНТАЛЬНОГО ОПРОСА

1. Дать определение бронхиальной астме. Назвать актуальность.
2. Классификация бронхиальной астмы.
3. Факторы риска возникновения бронхиальной астмы.
4. Классификация аллергенов.
5. Патогенез бронхиальной астмы.
6. Клиническая картина приступа бронхиальной астмы.
7. Дать определение астматическому статусу, назвать причины.
8. Клиника астматического статуса
9. Рассказать о диагностике бронхиальной астмы.
10. Правила проведения пикфлоуметрии.
11. Оказание помощи при приступе бронхиальной астмы.
12. Рассказать об элиминационных мероприятиях при бронхиальной астме
13. Медикаментозное лечение бронхиальной астмы.
14. Правила применения спейсера.
15. Немедикаментозные методы лечения.

Выберите один правильный ответ

1. БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА ЭТО:
 - а) хроническое интерстициальное поражение легких
 - б) острое аллергическое заболевание дыхательных путей
 - в) спорадическое заболевание, характеризующееся приступами удушья
 - г) хроническое иммуно-воспалительное заболевание дыхательных путей
2. БОЛЬНОМУ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ СОСТОЯНИЯ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ НЕОБХОДИМО ИМЕТЬ:
 - а) спейсер
 - б) спирограф
 - в) пикфлоуметр
 - г) анализатор газового состава крови
3. БОЛЬНОЙ ПРИ ПРИСТУПЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРИНИМАЕТ ВЫНУЖДЕННОЕ ПОЛОЖЕНИЕ:
 - а) ортопноэ

- б) лежа на спине
- в) сидя, с упором для рук
- г) мечется, не может найти вынужденное положение

4. ПРИСТУП УДУШЬЯ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ ОТХОЖДЕНИЕМ ВЯЗКОЙ СЛИЗИСТОЙ МОКРОТЫ.

- а) верно
- б) неверно

Выберите несколько правильных ответов

5. ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ОСНОВАНО:

- а) на результатах кожных тестов
- б) на данных физикального обследования
- в) на параметрах данных внешнего дыхания
- г) исключительно на параметрах форсированного выдоха

6. ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ:

- а) малопродуктивный кашель, бочкообразная грудная клетка
- б) кашель, умеренная фебрильная лихорадка, боль в грудной клетке
- в) приступы удушья, рассеянные хрипы над всей поверхностью легких
- г) кашель с большим количеством гнойной мокроты, кровохарканье, истощение

7. ПРИ ПРИСТУПЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НЕОБХОДИМО ВВЕСТИ:

- а) эуфиллин, адреналин
- б) интал, кетотифен
- в) преднизолон 150 мг в/в
- г) сальбутамол 1 – 2 вдоха

8. БЫТОВЫЕ АЛЛЕРГЕНЫ:

- а) домашняя пыль
- б) бытовая химия
- в) пыльца растений
- г) бактерии

Дополнить:

9. СОСТОЯНИЕ СТОЙКОЙ И ДОЛГОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИЕЙ, С НАРУШЕНИЕМ ДРЕНАЖНОЙ ФУНКЦИИ БРОНХОВ И НАРАСТАНИЕМ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ: _____ .

10. ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ, СВЯЗАННЫХ С ИНГАЛЯЦИОННЫМ ВВЕДЕНИЕМ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ РЕКОМЕНДУЮТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ _____ .

Практическая подготовка №11 Дыхательная недостаточность

Цель занятия

-Научиться выделять основные симптомы дыхательной недостаточности

-Уметь проводить диагностику дыхательной недостаточности

Планируемые результаты обучения.

Студент должен знать:

-причины и факторы способствующие развитию ДН

-клинику, особенности течения ДН;

-симптомы, выявляемые при физическом исследовании у больных при дыхательной недостаточности, механизм их возникновения и диагностическое значение;

-диагностические критерии острой и хронической дыхательной недостаточности

Студент должен уметь:

-выделять у больных основные клинические симптомы и синдромы ДН, ведущий синдром и аргументировать его выделение;

-на основании знания классификации дыхательной недостаточности, особенностей их течения, исключив в процессе дифференциального диагноза другие заболевания, научиться формулировать и обосновывать каждый фрагмент предварительного и клинического диагнозов;

Тестовый контроль

Выберите один правильный ответ

1 КАКОЙ МЕТОД НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМ В ДИАГНОСТИКЕ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ?

1 спирография

2.сканирование лёгких

3 клиническое исследование

4.исследование газов крови

5 исследование остаточного объёма гелиевым методом.

2 КАКИЕ СДВИГИ ВОЗНИКАЮТ В АРТЕРИАЛЬНОЙ КРОВИ ПРИ СНИЖЕНИИ ДИФфуЗИОННОЙ СПОСОБНОСТИ ЛЁГКИХ?

1 гипоксемия

2 гиперкапния и гипоксемия

3 гиперкапния

4 повышение РН крови

5 увеличение сдвига буферных оснований.

3 КАКАЯ РЕАКЦИЯ СО СТОРОНЫ ДЫХАНИЯ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНА ПРИ СНИЖЕНИИ РН КРОВИ?

1 снижение частоты дыхания

2 повышение дыхательного объёма

3 задержка дыхания

4 снижение дыхательного объёма

5 снижение частоты дыхания и дыхательного объёма.

4 ОБСТРУКТИВНЫЙ ТИП ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ВОЗНИКАЕТ:

1 при пневмосклерозе

2 при пневмонии

3 при переломе ребер

4 при параличе дыхательного центра

5 при бронхоспазме.

5 РЕСТРИКТИВНАЯ ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ:

1 диффузного фиброза легких

2 отека дыхательных путей

3 спазма гладких мышц бронхов

5 сдавления дыхательных путей

6 ОДЫШКА-ЭТО

1 недостаток в тканях кислорода и избыток углекислоты

2 нарушение ритма дыхания

3 недостаточное поступление кислорода в ткани

4 нет правильного ответа

7 ОБСТРУКТИВНЫЙ ТИП НАРУШЕНИЯ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ ВОЗНИКАЕТ ПРИ:

1 пневмонии

- 2 бронхиальной астме
 - 3 пневмосклерозе
 - 4 дефиците альвеолярного сурфактанта у новорожденных
 - 5 при переломе ребер
- 8 НОРМАЛЬНЫЙ ГАЗООБМЕН В ЛЕГКИХ ОБЕСПЕЧИВАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ПРОЦЕССЫ:

- 1 непрерывная вентиляция альвеолярных пространств
- 2 диффузия газов через альвеолярно-капиллярную мембрану
- 3 непрерывный легочный кровоток – перфузия
- 4 верно все

5 ничего из перечисленного

9 КАКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ СО СТОРОНЫ ГАЗООБМЕНА МОГУТ ВОЗНИКАТЬ ПРИ ОКСИГЕНОТЕРАПИИ?

- 1 гиперкапния
- 2 гипоксемия
- 3 дыхательный алкалоз
- 4 снижение транспортной функции крови

10 ЧТО МОЖЕТ ЯВИТЬСЯ ПРИЧИНОЙ ГИПОВЕНТИЛЯЦИИ?

- 1 утолщение альвеоло-капиллярной мембраны
- 2 отравление CO
- 3 повышенное потребление O₂ тканями
- 4 метаболический ацидоз
- 5 угнетение дыхательного центра

Практическая подготовка №12 Миокардиты. Перикардиты.
Миокардиодистрофия

Вопросы к теоретической части

1. Определение эндокардита.
2. Этиология заболевания.
3. Патогенез эндокардитов.
4. Основные клинические признаки острого инфекционного эндокардита.
5. Основные клинические признаки подострого инфекционного эндокардита.
6. Диагностика эндокардитов.
7. Лечение эндокардитов.
8. Осложнения эндокардитов.
9. Профилактика эндокардитов.
10. Этиология миокардитов.
11. Определение миокардита.
12. Клиническая картина миокардитов.
13. Диагностика и осложнения.
14. Лечение миокардитов.
15. Перикардиты: этиология, классификация.
16. Клиника сухого и экссудативного перикардитов.
17. Диагностика перикардитов.
18. Лечение перикардитов.

Выберите один или несколько правильных ответов

- 1 Клапан легочного ствола выслушивается:
 - 1 во 2-ом межреберье справа
 - 2 во 2-ом межреберье слева
 - 3 у мечевидного отростка
 - 4 на 1,5 – 2 см. кнутри от среднеключичной линии
- 2 Во 2-ом межреберном промежутке справа выслушивают клапан:

- 1 аортальный
- 2 митральный
- 3 легочного ствола
- 4 трикуспидальный
- 3 Укажите соответствие:
 - 1 первый тон и малая пауза А. диастола
 - 2 второй тон большая пауза Б. систола
- 4 Если второй тон лучше слышен во втором межреберье справа – это:
 - 1 ослабление первого тона
 - 2 усиление второго тона над аортой
 - 3 акцент второго тона над легочным стволом
 - 4 акцент второго тона над аортой
 - 5 усиление второго тона над легочным стволом
- 5 В норме на верхушке лучше слышен:
 - 1-1 тон
 - 2-2 тон
 - 3-3 тон
 - 4-4 тон
- 6 Точкой Боткина-Эрба называется:
 - 1 первая точка аускультации
 - 2 вторая точка аускультации
 - 3 третья точка аускультации
 - 4 четвертая точка аускультации
 - 5 пятая точка аускультации
- 7 Для функционального шума характерно:
 - 1 чаще систолический
 - 2 чаще диастолический
 - 3 грубый характер
 - 4 мягкий характер
- 8 Для лучшего выслушивания тонов сердца рекомендуется:
 - 1 горизонтальное положение пациента
 - 2 положение пациента на правом боку
 - 3 задержка дыхания на вдохе
 - 4 положение пациента на левом боку
- 9 Контрастные вещества используют при проведении:
 - 1 сфигмографии
 - 2 фонокардиографии
 - 3 эхокардиографии
 - 4 ангиографии
- 10 Дополните определение: исследование звуковых явлений, возникающих при работе сердца – это...

Ситуационные задачи

Задача 1

К фельдшеру обратилась больная 18 лет с жалобами на субфебрильную температуру, общую слабость, нерезкие боли в области сердца. В анамнезе частые ангины. Последняя ангина была две недели назад. Объективно: температура 37,40С. Общее состояние удовлетворительное. Кожа бледная, влажная. Дыхание везикулярное. Левая граница относительной сердечной тупости на 0,5 см снаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, аритмичные, на верхушке – нежный систолический шум. ЧСС 96 в мин. АД 110/70 мм рт.ст. Язык чистый, есть кариозные зубы. Миндалины гипертрофированы. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задания

- 1 Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
- 2 Назовите необходимые дополнительные исследования.
- 3 Перечислите возможные осложнения.
- 4 Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

Задача 2

К фельдшеру обратилась женщина, 32 лет, с жалобами на быструю утомляемость, одышку и сердцебиение, возникающие при выполнении домашней работы, была кратковременная потеря сознания. Ухудшение состояния отмечает в последние 4 месяца. Из перенесенных заболеваний отмечает ОРЗ, ангины, инфекционный эндокардит.

Объективно: температура 36,70С. Состояние удовлетворительное. Кожа чистая, бледная. При пальпации в области основания сердца определяется дрожание, верхушечный толчок определяется в 6 -м межреберье по левой среднеключичной линии. Тоны сердца ритмичные, выслушивается систолический шум во втором межреберье справа от грудины и в точке Боткина. ЧСС 92 в мин. АД 110/70 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задания

- 1 Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
- 2 Назовите необходимые дополнительные исследования.
- 3 Перечислите возможные осложнения.
- 4 Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

Практические занятия №3 Артериальная гипертензия

Практическая подготовка №13 Артериальная гипертензия

Цель занятия:

Изучить современные подходы к диагностике гипертонической болезни.

Студент должен уметь:

- планировать обследование пациента;
- осуществлять сбор анамнеза;
- применять различные методы обследования пациента;
- формулировать предварительный диагноз в соответствии с современными классификациями;
- интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов диагностики;
- оформлять медицинскую документацию.

Студент должен знать:

- топографию органов и систем организма в различные возрастные периоды;
- биоэлектрические, биомеханические и биохимические процессы, происходящие в организме;
- основные закономерности развития и жизнедеятельности организма;
- строение клеток, тканей, органов и систем организма во взаимосвязи с их функцией в норме и патологии;
- основы регуляции физиологических функций, принципы обратной связи, механизм кодирования информации в центральной нервной системе;
- определение заболеваний;
- общие принципы классификации заболеваний;
- этиологию заболеваний;
- патогенез и патологическую анатомию заболеваний;
- клиническую картину заболеваний, особенности течения, осложнения у различных возрастных групп;
- методы клинического, лабораторного, инструментального

обследования.

Обеспечение занятия.

1. Оборудование:

- фантомы, муляжи;
- методическое пособие для студентов по теме;
- презентация, учебный фильм по пальпации, перкуссии, аускультации.
- аппаратура, приборы, инструменты, необходимые для диагностики больных.

2. Технические средства обучения:

- компьютер;
- мультимедийный проектор;
- классная доска (меловая/маркерная);
- экран.

3. Наглядные пособия: учебно-методический материал, фантомы и оборудование для отработки практических манипуляций тесты, ситуационные задачи, иллюстрации.

Организационный момент

Преподаватель заполняет журнал, отмечает отсутствующих, проверяет готовность группы и аудитории к занятию. Определяется тема и учебные цели, проясняются вопросы, возникшие у студентов при подготовке к данному занятию.

Актуализация темы.

Гипертоническая болезнь (эссенциальная артериальная гипертензия) - это хроническое полиэтиологическое заболевание, основным проявлением которого является артериальная гипертензия - стойкое повышение артериального давления от 140/90 мм рт.ст. и выше. Заболевание обусловлено нарушением регуляции тонуса сосудов и работы сердца и не связано с органическими заболеваниями каких-либо органов или систем организма.

Категория АД	Систолическое (в мм рт.ст.)	Диастолическое (в мм рт.ст.)
Оптимальное АД	< 120	< 80
Нормальное АД	120 - 129	80 - 84
Высоконормальное АД	130 - 139	85 - 89
I-я степень (мягкая АГ)	140 - 159	90 - 99
II-я степень (умеренная АГ)	160 - 179	100 - 109
III-я степень (тяжелая АГ)	180 и >	110 и >

Гипертонический криз - это резкое повышение артериального давления до индивидуально высоких цифр, сопровождающееся нарушениями вегетативной нервной системы, усилением расстройств мозгового, коронарного, почечного кровообращения в результате различных внешних воздействий.

Провоцирующими факторами ГК являются:

- стрессовые ситуации;
- физическое или психическое перенапряжение
- недостаточный сон
- злоупотребление соленой пищей;
- прием алкоголя;
- резкое изменение погоды;
- внезапное прекращение приема гипотензивных препаратов и др.

Предварительный контроль знаний

1. Регуляция АД в норме.

2. Теории патогенеза гипертонической болезни.

3. Патоморфологические проявления АГ.

4. Современная классификация, клиническая картина, диагностика гипертонической болезни.

Самостоятельная работа

- планировать обследование пациента;

- осуществлять сбор анамнеза;

- Провести расспрос с детализацией всех его разделов.

- Провести объективное обследование пациента и оценить данные, полученные при обследовании.

- На основании полученного субъективного и объективного обследования обосновать предварительный диагноз.

- Составить план лабораторно-инструментального исследования больного.

- Оценить данные рентгенологического исследования.

- интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов диагностики;

- оформлять медицинскую документацию.

Составление дневников самонаблюдения для пациентов с артериальной гипертонией

Решить ситуационные задачи.

Студент выполняет практические манипуляции по алгоритму:

- Пальпация сердечного и верхушечного толчка.

- Перкуссия относительной тупости сердца.

- Аускультация сердца.

- Подсчет и характеристика ЧСС.

- Исследование пульса.

- Измерение АД

- Интерпретации результатов обследования лабораторных и инструментальных методов диагностики, постановки предварительного диагноза;

- Заполнение фрагментов историй болезни, медицинской документации (направлений на исследования)

Практическая подготовка №14 Атеросклероз. Ишемическая болезнь сердца (ИБС). Стенокардия

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) является актуальной проблемой современного общества. Это обусловлено увеличением частоты заболеваемости, так в России число лиц, страдающих ИБС, ежегодно увеличивается: стенокардией — на 4,4%; инфарктом миокарда — на 2,5%. Среди лиц среднего возраста стенокардия развивается в 2 раза чаще у мужчин, чем у женщин, а после 75 лет эта разница почти исчезает. Только 40—50% всех больных стенокардией знают о наличии у них заболевания и получают соответствующее лечение.

Классификация ИБС:

1. Внезапная смерть. Внезапная коронарная смерть (первичная остановка сердца) - внезапно возникающая электрическая нестабильность миокарда, в результате чего наступает смерть, мгновенно или в пределах 6 часов от начала сердечного приступа, если нет признаков, позволяющих поставить другой диагноз.
2. Стенокардия (angina pectoris):
3. Инфаркт миокарда:
4. Постинфарктный кардиосклероз.
5. Нарушения сердечного ритма.
6. Сердечная недостаточность.

СТЕНОКАРДИЯ

Стенокардия (дословно сжатие сердца) имеет синоним «грудная жаба». Его впервые применил В.Геберден в 1768 г. Симптомы грудной жабы были известны еще Гиппократу и Галену.

Стенокардия (angina pectoris) – форма ИБС, характеризующаяся приступами типичной загрудинной (ангинозной) боли вследствие ишемии миокарда. Причина болевого приступа - кратковременный очаг ишемии миокарда, вследствие неадекватного его кровоснабжения.

Классификации стенокардии

1. Стабильная стенокардия напряжения (I—IV ФК)
2. Нестабильная стенокардия:
 - 2.1. ВВС (впервые возникшая стенокардия — в предыдущие 28-30 дней)
 - 2.2. ПС (прогрессирующая стенокардия)
 - 2.3. Ранняя постинфарктная, послеоперационная
 - 2.4. Спонтанная (вазоспастическая, вариантная, Принцметалла)

ВОПРОСЫ ДЛЯ ФРОНТАЛЬНОГО ОПРОСА:

1. Дать определение ИБС. Назвать актуальность.
2. Этиология и факторы риска ИБС
3. Классификация ИБС
4. Дать определение стенокардии. Назвать классификацию
5. Клиника приступа стенокардии
6. Неотложная помощь при приступе
7. Дать определение стабильной стенокардии и назвать функциональные классы
8. Рассказать о видах нестабильной стенокардии
9. Дать понятие острому коронарному синдрому
10. Диагностика стенокардии
11. Назвать принципы лечения стенокардии. Рассказать о нитратах
12. Рассказать о β -адреноблокаторах и антагонистах кальция
13. Симптоматическое лечение стенокардии
14. Хирургические методы лечения стенокардии

Выберите один правильный ответ

1. Проявление атеросклероза коронарных артерий:
 - а) Нефропатия
 - б) Ишемический инсульт
 - в) Ишемическая болезнь сердца
 - г) Сухая гангрена нижних конечностей
2. Основной метод диагностики ИБС:
 - а) ФКГ
 - б) Ангиография
 - в) Спирография
 - г) Рентгенография органов грудной клетки
3. Неотложная помощь при приступе стенокардии:
 - а) Дать под язык клофелин
 - б) Наложить венозные жгуты
 - в) Ввести сердечные гликозиды
 - г) Дать под язык нитроглицерин
4. Основная жалоба при стенокардии:
 - а) Отеки

- б) Удушье
 - в) Головная боль
 - г) Острая боль в сердце, продолжающаяся 5 – 15 минут
5. При стенокардии приступ боли длится более 30 минут.
- а) Верно
 - б) Неверно
6. При нестабильной стенокардии обязательна госпитализация
- а) Верно
 - б) Неверно

Выберите несколько правильных ответов

7. Заболевания, которые относятся к ИБС:
- а) Ревматизм
 - б) Стенокардия
 - в) Инфаркт миокарда
 - г) Гипертоническая болезнь
 - д) Острый коронарный синдром
8. Независимые сестринские вмешательства при приступе стенокардии:
- а) В/в промедол
 - б) Под язык нитроглицерин
 - в) Ингаляционно закись азота
 - г) На область сердца горчичники
 - д) Обеспечить приток свежего воздуха
9. Необратимые факторы развития атеросклероза:
- а) Раса
 - б) Возраст
 - в) Ожирение
 - г) Гиподинамия
 - д) Тип личности

Определите соответствие

10. Мотивация предпринимаемых действий при приступе стенокардии:

1. Прекратить физическую нагрузку	а) Улучшается коронарное кровообращение
2. Расстегнуть стесняющую одежду	б) Рефлекторное расширение кровеносных сосудов и усиление притока крови
3. Под язык нитроглицерин	в) Уменьшить нагрузку на сердце
4. Положить горчичник на область сердца	г) Предупреждение внутрисосудистого тромбоза
5. Дать аспирин разжевать	д) Улучшается приток воздуха

Практическая подготовка №15 Инфаркт миокарда. Осложнения инфаркта миокарда.

Цель занятия:

Изучить современные подходы к диагностике инфаркта миокарда, осложнений инфаркта миокарда.

Студент должен уметь:

- планировать обследование пациента;
- осуществлять сбор анамнеза;
- применять различные методы обследования пациента;
- формулировать предварительный диагноз в соответствии с современными классификациями;
- интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов диагностики;
- оформлять медицинскую документацию.

Студент должен знать:

- топографию органов и систем организма в различные возрастные периоды;
- биоэлектрические, биомеханические и биохимические процессы, происходящие в организме;
- основные закономерности развития и жизнедеятельности организма;
- строение клеток, тканей, органов и систем организма во взаимосвязи с их функцией в норме и патологии;
- основы регуляции физиологических функций, принципы обратной связи, механизм кодирования информации в центральной нервной системе;
- определение заболеваний;
- общие принципы классификации заболеваний;
- этиологию заболеваний;
- патогенез и патологическую анатомию заболеваний;
- клиническую картину заболеваний, особенности течения, осложнения у различных возрастных групп;
- методы клинического, лабораторного, инструментального обследования.

Обеспечение занятия.

1. Оборудование:

- фантомы, муляжи;
- методическое пособие для студентов по теме;
- презентация, учебный фильм по пальпации, перкуссии, аускультации.
- аппаратура, приборы, инструменты, необходимые для диагностики больных.

2. Технические средства обучения:

- компьютер;
- мультимедийный проектор;
- классная доска (меловая/маркерная);
- экран.

3. Наглядные пособия: учебно-методический материал, фантомы и оборудование для отработки практических манипуляций тесты, ситуационные задачи, иллюстрации.

Организационный момент

Преподаватель заполняет журнал, отмечает отсутствующих, проверяет готовность группы и аудитории к занятию. Определяется тема и учебные цели, проясняются вопросы, возникшие у студентов при подготовке к данному занятию.

Актуализация темы.

Ишемическая болезнь сердца - патология сердца, обусловленная нарушением коронарного кровообращения, вследствие коронаросклероза, коронароспазма или коронаротромбоза.

Классификация ИБС:

7. Внезапная смерть. Внезапная коронарная смерть (первичная остановка сердца) - внезапно возникающая электрическая нестабильность миокарда, в результате чего наступает смерть, мгновенно или в пределах 6 часов от начала сердечного приступа, если нет признаков, позволяющих поставить другой диагноз.

8. Стенокардия (angina pectoris):

9. Инфаркт миокарда:

10. Постинфарктный кардиосклероз.

11. Нарушения сердечного ритма.

12. Сердечная недостаточность.

Стенокардия (angina pectoris) – форма ИБС, характеризующаяся приступами типичной загрудинной (ангинозной) боли вследствие ишемии миокарда. Причина болевого приступа - кратковременный очаг ишемии миокарда, вследствие неадекватного его кровоснабжения.

Предварительный контроль знаний

- АФО сердечнососудистой системы.
- Определение заболевания.
- Основные симптомы и синдромы при заболеваниях
- Общие принципы классификации заболеваний;
- Этиологию заболеваний;
- Патогенез и патологическую анатомию заболеваний;
- Факторы, влияющие на развитие заболевания.
- Клиническую картину заболеваний, особенности течения, осложнения у различных возрастных групп;

• Методы клинического, лабораторного, инструментального обследования.

Самостоятельная работа.

- планировать обследование пациента;

- осуществлять сбор анамнеза;
- Провести расспрос с детализацией всех его разделов.
- Провести объективное обследование пациента и оценить данные, полученные при обследовании.

• На основании полученного субъективного и объективного обследования обосновать предварительный диагноз.

- Составить план лабораторно-инструментального исследования больного.
- Оценить данные рентгенологического исследования.
- интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов диагностики;

• оформлять медицинскую документацию.

Заполнить фрагмент истории болезни больного с ИБС

Заполнить фрагмент истории болезни больного с острым инфарктом миокарда

Решить ситуационные задачи.

Студент выполняет практические манипуляции по алгоритму:

- Аускультация сердца.
- Подсчет и характеристика ЧСС.
- Исследование пульса.
- Измерение АД
- Забор крови на биохимическое исследование
- Техника проведения ЭКГ, интерпретация результатов.
- Интерпретации результатов обследования лабораторных и инструментальных методов диагностики, постановки предварительного диагноза;

- Заполнение фрагментов историй болезни, медицинской документации (направлений на исследования)

Практическая подготовка №16 Острая сосудистая сердечная недостаточность.

Острая сосудистая недостаточность (ОСН) - это состояние, характеризующееся нарушением соотношения между емкостью сосудистого русла и объемом циркулирующей крови. Выделяют следующие клинические формы острой сосудистой недостаточности - обморок, коллапс, шок.

Обморок - это кратковременная потеря сознания, обусловленная острым нарушением мозгового кровообращения, возникшим вследствие психического или рефлекторного воздействия на регуляцию кровообращения, сопровождающееся вегетососудистыми расстройствами, снижением мышечного тонуса и падением давления.

Коллапс - остро развивающаяся сосудистая недостаточность с нарушением сосудистого тонуса и уменьшением массы циркулирующей крови, проявляется резким снижением артериального и венозного давления, признаками гипоксии головного мозга и угнетением жизненно важных функций организма.

Шок – остро развивающийся патологический процесс, развивающийся вследствие воздействия чрезвычайных внешних или внутренних факторов, характеризующийся резким снижением тканевой перфузии, тяжелыми нарушениями деятельности ЦНС, кровообращения, дыхания и обмена веществ.

ВОПРОСЫ ДЛЯ ФРОНТАЛЬНОГО ОПРОСА:

1. Дать определение острой сердечной недостаточности. Назвать причины сердечной астмы.
2. Перечислить симптомы сердечной астмы.
3. Неотложная помощь при сердечной астме.
4. Причины и симптомы острой правожелудочковой недостаточности.
5. Дать определение обмороку. Назвать причины.
6. Перечислить симптомы обморока.
7. Дать определение коллапсу. Назвать причины.
8. Перечислить симптомы коллапса
9. Дать определение шоку. Перечислить симптомы шока.
10. Рассказать об общих противошоковых мероприятиях.

Решите ситуационные задачи:

Ситуационная задача №1

Пациент Д., 64 г. находится на лечении в отделении реанимации с диагнозом острый инфаркт миокарда. Жалуется на сильные боли за грудиной в области сердца, боли наркотическими анальгетиками не купируются, от приема нитроглицерина состояние не улучшается.

Объективно: сознание спутанное, заторможен. Кожные покровы бледные с сероватым оттенком, покрыты, холодным липким потом. Дыхание 42 в 1 минуту. При аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧСС 140 в минуту, тоны сердца приглушены, пульс слабого наполнения и напряжения, АД 90/50 мм. рт. ст.

Задания:

- 1 Определите неотложное состояние и его тяжесть.
- 2 Ваша тактика.

Ситуационная задача №2

У парня 16 лет при ежегодном профосмотре в школу при заборе крови из вены ухудшилось самочувствие. Он побледнел, наблюдалась потливость, расширение зрачков, затем потерял сознание.

Задания:

- 1 Определите неотложное состояние пациента и его тяжесть.

2 Ваша тактика.

Решите тесты:

Тестовый контроль

1 У больного 14 лет, при попытке подняться с кровати, после планового оперативного вмешательства по поводу варикоцеле, появилась резкая слабость, закружилась голова. Потери сознания не было, медсестра вызвала дежурного врача. Какой наиболее вероятный диагноз?

- 1) ортостатический коллапс
- 2) обморок
- 3) шок

2 У больного 10 лет, при взятии общего анализа крови в хирургическом отделении во время обследования возникла потеря сознания на срок до 5 секунд. После применения нашатырного спирта сознание сразу восстановилось. Какое осложнение возникло у больного?

- 1) ортостатический коллапс
- 2) обморок
- 3) шок

3 У больного 10 лет, с диагнозом острый гематогенный остеомиелит правой большеберцовой кости резко ухудшилось состояние после введения цефтриаксона. При осмотре отмечается похолодание конечностей, акроцианоз, мраморность кожи. Больной бредит. Температура тела 40,80С. Также определяются тахикардия и тахипное, падение артериального давления. Какое осложнение возникло у больного?

- 1) гиповолемический шок
- 2) острое инфекционное заболевание
- 3) инфекционно-токсический шок

5 Наиболее частым вариантом острой сосудистой недостаточности является:

- 1) шок
 - 2) коллапс
 - 3) обморок
 - 4) отек легких
 - 5) гипертонический криз
- 6 Обморок может быть вызван:

- 1) переутомлением
- 2) страхом
- 3) болью
- 4) длительным стоянием
- 5) всем вышеперечисленным

7 При коллапсе сознание больного:

- 1) возбужденное
- 2) помраченное
- 3) отсутствует
- 4) может быть различным в зависимости от причины коллапса

Практическая подготовка №17 Острая сердечная и хроническая сердечная недостаточность.

Сердечная недостаточность – это синдром, развивающийся в результате нарушения способности сердца к наполнению и/или опорожнению, протекающий в условиях дисбаланса вазоконстрикторных и вазодилатирующих нейрогормональных систем, сопровождающийся недостаточной перфузией органов и систем и проявляющийся жалобами: одышкой, слабостью, сердцебиением и повышенной утомляемостью и, при прогрессировании, задержкой жидкости в организме (отёчным синдромом).

По стадиям ХСН:

I стадия. Начальная стадия заболевания (поражения) сердца. Гемодинамика не нарушена. Скрытая сердечная недостаточность. Бессимптомная дисфункция ЛЖ;

II стадия. Клинически выраженная стадия заболевания (поражения) сердца. Нарушения гемодинамики в одном из кругов кровообращения, выраженные умеренно. Адаптивное ремоделирование сердца и сосудов;

III стадия. Тяжелая стадия заболевания (поражения) сердца. Выраженные изменения гемодинамики в обоих кругах кровообращения. Деадаптивное ремоделирование сердца и сосудов;

IV стадия. Конечная стадия поражения сердца. Выраженные изменения гемодинамики и тяжелые (необратимые) структурные изменения органов-мишеней (сердца, легких, сосудов, головного мозга, почек). Финальная стадия ремоделирования органов.

По функциональному классу:

I ФК. Ограничения физической активности отсутствуют: привычная физическая активность не сопровождается быстрой утомляемостью, появлением одышки или сердцебиения. Повышенную нагрузку пациент переносит, но она может сопровождаться одышкой и/или замедленным восстановлением сил.

II ФК. Незначительное ограничение физической активности: в покое симптомы отсутствуют, привычная физическая активность сопровождается утомляемостью, одышкой или сердцебиением.

III ФК. Заметное ограничение физической активности: в покое симптомы отсутствуют, физическая активность меньшей интенсивности по сравнению с привычными нагрузками сопровождается появлением симптомов.

IV ФК. Невозможность выполнить какую-либо физическую нагрузку без появления дискомфорта; симптомы СН присутствуют в покое и усиливаются при минимальной физической активности.

ВОПРОСЫ ДЛЯ ФРОНТАЛЬНОГО ОПРОСА:

1. Дать определение хронической недостаточности кровообращения, назвать причины
2. Рассказать о I стадии ХСН
3. Рассказать о II стадии ХСН
4. Рассказать о III стадии ХСН
5. Функциональные классы ХСН
6. Критерии оценки теста с 6 минутной ходьбой
7. Осложнения ХСН
8. Немедикаментозное лечение ХСН
9. Применение сердечных гликозидов при ХСН
10. Применение препаратов других групп при лечении ХСН
11. Определение периферических отеков, асцита
12. Определение скрытых отеков, проба Мак-Клюера-Олдрича

Задание

Поставьте правильный диагноз (А-Г) в описанных ситуациях (1-4).

1. У 62-летнего мужчины, перенесшего год назад инфаркт миокарда, появились приступы удушья по ночам, во время которых он принимает вынужденное положение в случаях помогает последовательный прием 5—7 таблеток нитроглицерина с 10-минутными интервалами.

2. Женщина, 33 года, с ревматическим пороком сердца (стеноз левого атриовентрикулярного отверстия) жалуется на отеки на ногах, области крестца, на лице. При обследовании выявлено наличие свободной жидкости в полости перикарда, грудной и брюшной полостях.

3. Мужчина, 48 лет, с гипертонической болезнью кризового течения в момент одного из подъемов АД ДО 220/140 мм рт.ст. почувствовал резкую одышку, достигающую степени удушья. При осмотре выявлена тахикардия до 100 в минуту, в легких выслушивалось большое количество булькающих мелкопузырчатых хрипов с обеих сторон.

4. Мужчина, 82 года, страдающий атеросклерозом с поражением сосудов сердца, мозга, мерцательной аритмией (нормосистолический вариант) стал отмечать появление одышки при подъеме по лестнице на 2 этаж. Объективные показатели, в том числе ЭКГ, практически не изменились.

А. Распространенный атеросклероз с преимущественным поражением дуги аорты, сосудов сердца, головного мозга, атеросклеротический кардиосклероз с нарушением ритма (мерцательная аритмия, постоянная форма); недостаточность кровообращения I степени.

Б. Ревматизм (степень активности требует уточнения), ревматический порок сердца: стеноз левого атриовентрикулярного отверстия; недостаточность кровообращения III степени.

В. Гипертоническая болезнь II стадии, гипертонический криз; отек легких.

Г. ИБС: постинфарктный кардиосклероз. Недостаточность кровообращения II степени (сердечная астма).

Задание

Выберите комбинацию лекарственных препаратов (А-Г) для следующих клинических ситуаций (1-4).

1. Больной, 38 лет, с острым инфарктом миокарда, осложнившимся кардиогенным шоком I степени: синусовая тахикардия (110 в минуту), пресистолический ритм галопа, АД 80/60 мм рт.ст.

2. Больной, 70 лет, с высоким АД, на фоне которого развился отек легких. ЧСС 110 в минуту, АД 180/130 мм рт.ст.

3. Больной, 63 года, с недостаточностью кровообращения II Б степени, обусловленной атеросклеротическим кардиосклерозом, постоянной формой мерцательной тахикардии.

4. Больной, 44 года, с недостаточностью кровообращения II степени после инфаркта миокарда, имеет склонность к АГ.

А. Внутривенно В-адреноблокатор + мочегонные.

Б. Ингибиторы АПФ + мочегонные

В. Сердечные гликозиды + диуретики

Г. Допамин (внутривенно, капельно) + нитроглицерин

Практическая подготовка №18 Острый и хронический гастрит

Это воспаление слизистой оболочки желудка, сопровождающиеся нарушением моторной и секреторной функции желудка.

Классификация:

По форме:

А) простой

Б) коррозийный

В) фибринозный характеризуется некротическими изменениями слизистой оболочки,

Г) флегмонозный редко встречается в клинической практике. Наиболее часто источником подобных поражений является а-гемолитический стрептококк, реже – золотистый стафилококк, кишечная палочка, пневмококки, вульгарный протей, клостридии.

2. По этиологии:

А) эндогенный – инфекционные заболевания: грипп, скарлатина.

Б) экзогенный – нарушение режима питания, алкоголь, медикаментозные препараты, инфицирование сальмонеллами, стафилококками через пищевые

продукты, аллергия. Дискутируется вопрос о раздражении слизистой оболочки желудка в результате курения табака и употребления крепкого кофе; по данным J. Valencia– Pargacsen (1983), курение табака фигурировало в качестве одной из причин гастрита у 48 %, а употребление крепкого кофе – у 69 % пациентов.

К л и н и к а (простой гастрит):

Развивается через 4- 8 часов после воздействия этиофактора. Появляется боль, тяжесть в области желудка, тошнота, рвота, гиперсаливация или сухость во рту, понос, метеоризм, язык покрыт серо- белым налетом, бледность кожи.

Объективно:

Установление диагноза острого гастрита базируется в первую очередь на анамнестических данных: погрешности в диете (прием алкоголя, употребление недоброкачественной пищи) Помогает в диагностике и эпидемиологический анамнез: острый бактериальный гастрит нередко поражает группу людей., а\д снижено, пульс частый, Т- иногда повышена.

Паль-но: болезненность эпигастрия

ОАМ: цилиндры, белок. Олигурия.

ФГДС: много слизи, гипотония или атония желудка. Кислотность снижена или повышена.

Л е ч е н и е:

Постельный режим.

Голод, диета №1.

Промывание желудка физраствором.

Адсорбенты: активированный уголь 10 т/кг

Холиномиметики: атропин, платифиллин (уменьшают рвоту)

Обволакивающие: альмагель, маалокс.

При обезвоживании: глюкоза 5%-400 мл в\в кап

При инфекции: антибиотики.

Хронический гастрит - Это группа хронических заболеваний, для которых характерны воспалительные и дистрофические процессы в слизистой оболочке желудка.

Для хронического гастрита характерны основные синдромы.

Болевой синдром играет доминирующую роль в клинической картине болезни. Обычно боль локализуется в эпигастральной области: при хроническом гастрите с секреторной недостаточностью – сразу после еды, при хроническом гастрите с увеличенной секрецией – через 1-1,5 часа после еды, реже – в других отделах живота.

Желудочная диспепсия. Синдром включает в себя симптомы, сопровождающие гастрит: снижение аппетита, отрыжку, изжогу, тошноту, рвоту, чувство дискомфорта в животе после еды.

Нарушения общего состояния организма. При неосложненных формах хронического гастрита общее состояние значительно не изменяется. В умеренной степени оно нарушается довольно часто. Может наблюдаться некоторое снижение массы тела пациента, нарушение витаминного метаболизма (витаминов группы В и аскорбиновой кислоты), непереносимость некоторых пищевых продуктов и др. Часто наблюдаются изменения со стороны печени, поджелудочной железы, кишечника, отклонения со стороны нервно-психической сферы. Клиническую картину хронического гастрита во многом определяет характер желудочной секреции.

Цели терапии.

-Предотвращение развития предраковых изменений слизистой желудка.

-Критерии эффективности терапии:

-Эрадикация возбудителя

-Уменьшение признаков активности гастрита

-Отсутствие прогрессирования атрофии

Решить тесты:

Вариант 1.

Острый гастрит – это _____.

Классификация острого гастрита:

- Простой
- Вторичный
- Эксудативный

Эндогенный гастрит возникает из-за:

- Гриппа
- Нарушения режима питания

Симптомы острого гастрита:

- Рвота
- Гиперсаливация
- Запор

Лечение катарального гастрита:

- Альмагель
- Кодеин
- Клофелин

Исследования при остром гастрите:

- ФГДС
- Холецистография
- ОАМ

Клиника коррозивного гастрита:

- Боль за грудиной
- Боль в низу живота
- Коллапс

Лечение коррозивного гастрита:

- Беззондовое промывание
- Промывание щелочным раствором
- Промывание водой

Вариант 2.

Коррозивный гастрит – это _____.

Классификация острого гастрита:

- Катаральный
- Коррозивный
- Первичный

Экзогенный гастрит возникает из-за:

- Гриппа
- Неправильного питания

Симптомы острого гастрита:

- Язык с налетом
- Олигурия
- Полиурия

Лечение катарального гастрита:

- Атропин
- Плаквенил
- Ремантадин

Язык при остром гастрите:

- Покрыт серым налетом
- Серо-белым
- Желтым

Клиника коррозивного гастрита:

- Язвы на губах
 - Рвота каловыми массами
 - Экзотоксический шок
- Лечение коррозивного гастрита:
- Кровезаменители
 - Ранитидин
 - Гемодез
- H₂-гистаминоблокаторы:
- Атропин
 - Трихопол
 - Ранитидин

Решить задачи:

Задача 1.

К фельдшеру обратилась женщина 21 года с жалобами на появление боли в эпигастральной области после еды, отрыжку кислым, изжогу. Режим питания не соблюдает. Боли беспокоят 2 года.

Объективно: температура 36,60С. Состояние удовлетворительное. Кожа чистая. Язык обложен беловатым налетом. Живот при пальпации мягкий, отмечается слабая болезненность в эпигастральной области. Со стороны других органов патологии нет.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

Задача 2.

Больной И., 30 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на чувство полноты и боли в эпигастральной области, возникающие вскоре после еды, частую отрыжку тухлым, отмечает похудание. Считает себя больным в течение 5 лет. Последние 2 дня ухудшение самочувствия связывает с погрешностью в диете (выпивал). Вредные привычки: курит, употребляет алкоголь.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, кожа бледная, подкожно-жировой слой выражен недостаточно. Со стороны сердечно-сосудистой системы и легких патологии нет. Язык обложен белым налетом. Живот вздут, при пальпации нерезкая болезненность в эпигастральной области. Печень и селезенка не пальпируются.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

Задача 3.

Вы - фельдшер ФАПа. К вам обращается пациент 47 лет с жалобами на постоянные умеренные боли в эпигастральной области, усиливающиеся сразу после приема пищи, снижение аппетита, отрыжку тухлым, тошноту после еды, периодически возникающую рвоту с остатками непереваренной пищи, приносящую облегчение.

Объективно: пациент пониженного питания, язык обложен беловатым налетом. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области. Стул 2-3 раза в сутки, неоформленный.

Задания

Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз. Выделите основной клинический синдром.

Назовите дополнительные обследования, необходимые для подтверждения диагноза.

Расскажите о возможных осложнениях при данной патологии.

Определите ваши действия в отношении данного больного.

Практическая подготовка №19 Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки

Цель занятия:

Изучить современные подходы к диагностике язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

Студент должен уметь:

- планировать обследование пациента;
- осуществлять сбор анамнеза;
- применять различные методы обследования пациента;
- формулировать предварительный диагноз в соответствии с современными классификациями;
- интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов диагностики;
- оформлять медицинскую документацию.

Студент должен знать:

- топографию органов и систем организма в различные возрастные периоды;
- биоэлектрические, биомеханические и биохимические процессы, происходящие в организме;
- основные закономерности развития и жизнедеятельности организма;
- строение клеток, тканей, органов и систем организма во взаимосвязи с их функцией в норме и патологии;
- основы регуляции физиологических функций, принципы обратной связи, механизм кодирования информации в центральной нервной системе;
- определение заболеваний;
- общие принципы классификации заболеваний;
- этиологию заболеваний;
- патогенез и патологическую анатомию заболеваний;
- клиническую картину заболеваний, особенности течения, осложнения у различных возрастных групп;
- методы клинического, лабораторного, инструментального обследования.

Обеспечение занятия.

1. Оборудование:

- фантомы, муляжи;
- методическое пособие для студентов по теме;
- презентация, учебный фильм по пальпации, перкуссии, аускультации.
- аппаратура, приборы, инструменты, необходимые для диагностики больных.

2. Технические средства обучения:

- компьютер;
- мультимедийный проектор;
- классная доска (меловая/маркерная);
- экран.

3. Наглядные пособия: учебно-методический материал, фантомы и оборудование для отработки практических манипуляций тесты, ситуационные задачи, иллюстрации.

Организационный момент

Преподаватель заполняет журнал, отмечает отсутствующих, проверяет готовность группы и аудитории к занятию. Определяется тема и учебные цели, проясняются вопросы, возникшие у студентов при подготовке к данному занятию.

Актуализация темы.

Язвенная болезнь – хроническое, рецидивирующее заболевание, в основе которого лежит воспаление слизистой оболочки желудка и 12-перстной кишки и образование язв, в большинстве случаев вызванных хеликобактерией пилорической (НР).

Язвенная болезнь широко распространена во всех странах мира, ею болеют до 5% взрослого населения. Болезнь встречается преимущественно у мужчин в возрасте до 50 лет, среди городского населения регистрируется в 2-3 раза чаще, чем среди сельского. Преобладает дуоденальная локализация.

Болевой абдоминальный синдром.

Часто позволяет поставить точный диагноз без дополнительных методов исследования. Появляется из-за раздражения нервных окончаний в дне язвы соляной кислотой, усиления мышечной активности и ишемии слизистой оболочки вследствие спазма. Характеристики:

1. ранние – через 30-40 минут после еды (язвы в верхних отделах желудка);
2. поздние – через 1,5-2 часа после еды (язва антрального отдела желудка и ДПК);
3. голодные – через 6-7 часов после еды, проходят после приема пищи (язва антрального отдела желудка и ДПК);
4. ночные боли – возникают с 23 до 3 часов, проходят после приема пищи (язва ДПК);

Боль уменьшается после рвоты, приема пищи, антацидов, спазмолитиков, антихолинергических и антисекреторных препаратов;

Предварительный контроль знаний

1. Дать определение язвенной болезни и назвать факторы защиты слизистой оболочки желудка.
2. Назвать факторы агрессии для слизистой оболочки желудка
3. Рассказать о классификации язвенной болезни
4. Дать характеристику болевому синдрому при язвенной болезни
5. Рассказать о диспептических нарушениях при язвенной болезни
6. Перечислить осложнения язвенной болезни
7. Рассказать о желудочно-кишечном кровотечении
8. Рассказать о прободении и пенетрации язвы
9. Рассказать о стенозе привратника и малигнизации
10. Рассказать о диагностике язвенной болезни

Самостоятельная работа. планировать обследование пациента;

- осуществлять сбор анамнеза;
- Провести расспрос с детализацией всех его разделов.
- Провести объективное обследование пациента и оценить данные, полученные при обследовании.

• На основании полученного субъективного и объективного обследования обосновать предварительный диагноз.

- Составить план лабораторно-инструментального исследования больного.
- Оценить данные рентгенологического исследования.
- интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов диагностики;
- оформлять медицинскую документацию.

Составление схем индивидуальных планов обследования при язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки

Решить ситуационные задачи.

Студент выполняет практические манипуляции по алгоритму:

- Пальпация живота
- Перкуссия живота
- Забор кала на исследование
- Забор крови на биохимическое исследование
- Подготовка пациентов к ЭГДС, УЗИ брюшной полости
- Интерпретации результатов обследования лабораторных и инструментальных методов диагностики, постановки предварительного диагноза;
- Заполнение фрагментов историй болезни, медицинской документации (направлений на исследования)

Практическая подготовка №20 Хронический гепатит, цирроз печени

Цель занятия:

Изучить современные подходы к диагностике хронического гепатита, цирроза печени.

Студент должен уметь:

- планировать обследование пациента;
- осуществлять сбор анамнеза;
- применять различные методы обследования пациента;
- формулировать предварительный диагноз в соответствии с современными классификациями;
- интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов диагностики;
- оформлять медицинскую документацию.

Студент должен знать:

- топографию органов и систем организма в различные возрастные периоды;
- биоэлектрические, биомеханические и биохимические процессы, происходящие в организме;
- основные закономерности развития и жизнедеятельности организма;
- строение клеток, тканей, органов и систем организма во взаимосвязи с их функцией в норме и патологии;
- основы регуляции физиологических функций, принципы обратной связи, механизм кодирования информации в центральной нервной системе;
- определение заболеваний;
- общие принципы классификации заболеваний;
- этиологию заболеваний;
- патогенез и патологическую анатомию заболеваний;
- клиническую картину заболеваний, особенности течения, осложнения у различных возрастных групп;
- методы клинического, лабораторного, инструментального обследования.

Обеспечение занятия.

1. Оборудование:

- фантомы, муляжи;
- методическое пособие для студентов по теме;
- презентация, учебный фильм по пальпации, перкуссии, аускультации.
- аппаратура, приборы, инструменты, необходимые для диагностики больных.

2. Технические средства обучения:

- компьютер;
- мультимедийный проектор;
- классная доска (меловая/маркерная);
- экран.

3. Наглядные пособия: учебно-методический материал, фантомы и оборудование для отработки практических манипуляций тесты, ситуационные задачи, иллюстрации.

Организационный момент

Преподаватель заполняет журнал, отмечает отсутствующих, проверяет готовность группы и аудитории к занятию. Определяется тема и учебные цели, проясняются вопросы, возникшие у студентов при подготовке к данному занятию.

Актуализация темы.

Хронический гепатит - полиэтиологическое диффузное воспаление печени, продолжающееся более 6 месяцев, характеризуется поражением гепатоцитов, разрастанием соединительной ткани, с сохранением дольковой структуры.

Хронический гепатит распространенное заболевание. Частота его колеблется 50-60 на 100 тыс населения. Хроническим гепатитом чаще болеют мужчины. Лишь отдельные виды (аутоиммунные хронические гепатиты) наблюдаются преимущественно у женщин. Массовые биохимические и иммунохимические обследования населения, проведенные в последнее десятилетие, показали, что почти 50% хронических гепатитов протекают клинически бессимптомно или с минимальной клинической симптоматикой. Поэтому, по крайней мере, у половины больных заболевание обнаруживают относительно случайно при массовых обследованиях. Выявляют хронические гепатиты при тщательном обследовании перенесших острый вирусный гепатит или носителей HBsAg, а также у лиц, страдающих алкоголизмом или подвергнутых обследованию по поводу заболеваний других органов.

Цирроз печени - хроническое прогрессирующее диффузное полиэтиологическое заболевание печени. Характеризуется дистрофией и некрозом паренхимы печени, усиленной регенерацией, прогрессирующим развитием соединительной ткани, полной перестройкой архитектоники печени, образованием псевдодолек, нарушением микроциркуляции и постепенным развитием портальной гипертензии.

Цирроз печени - распространенное заболевание, в подавляющем большинстве случаев является конечной стадией развития неблагоприятно протекающих форм хронического гепатита, или следствием затруднения оттока желчи.

Предварительный контроль знаний

1. Дать определение хроническому гепатиту. Назвать распространённость.
 2. Классификация хронического гепатита.
 3. Этиология хронического гепатита.
 4. Патогенез хронического гепатита.
 5. Синдромы при хронических гепатитах.
 6. Клиника отдельных видов хронических гепатитов.
 7. Диагностика хронического гепатита.
 8. Дать определение циррозу печени. Рассказать об актуальности.
 9. Рассказать об этиологии цирроза печени.
 10. Рассказать классификацию цирроза печени по морфологическим признакам, течению и фазе заболевания.
 11. Назвать основные клинические синдромы при циррозе печени
 12. Дать характеристику синдрому портальной гипертензии
 13. Назвать клинические особенности вирусного и алкогольного циррозов
 14. Назвать клинические особенности билиарного и лекарственного циррозов
 15. Рассказать о диагностике циррозов печени
 16. Назвать осложнения цирроза печени. Рассказать о кровотечении из варикозно расширенных – расширенных вен пищевода.
 17. Дать определение печёночной коме. Назвать способствующие факторы развития.
 18. Рассказать о клинике печёночной комы.
- Самостоятельная работа. планировать обследование пациента;
- осуществлять сбор анамнеза;

- Провести расспрос с детализацией всех его разделов.
 - Провести объективное обследование пациента и оценить данные, полученные при обследовании.
 - На основании полученного субъективного и объективного обследования обосновать предварительный диагноз.
 - Составить план лабораторно-инструментального исследования больного.
 - Оценить данные рентгенологического исследования.
 - интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов диагностики;
 - оформлять медицинскую документацию.
- Составление схем индивидуальных планов обследования при хроническом гепатите
Решить ситуационные задачи.
- Студент выполняет практические манипуляции по алгоритму:
- осмотр кожи и видимых слизистых для выявления желтухи,
 - пальпация печени
 - Перкуссия печени
 - Забор крови на биохимическое исследование
 - Подготовка к УЗИ брюшной полости
 - Интерпретации результатов обследования лабораторных и инструментальных методов диагностики, постановки предварительного диагноза;
 - Заполнение фрагментов историй болезни, медицинской документации (направлений на исследования)

Практическая подготовка №21 Хронический холецистит, дискинезии желчевыводящих путей, желчнокаменная болезнь

Цель занятия:

Изучить современные подходы к диагностике хронического холецистита, дискинезии желчевыводящих путей, желчнокаменной болезни.

Студент должен уметь:

- планировать обследование пациента;
- осуществлять сбор анамнеза;
- применять различные методы обследования пациента;
- формулировать предварительный диагноз в соответствии с современными классификациями;
- интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов диагностики;
- оформлять медицинскую документацию.

Студент должен знать:

- топографию органов и систем организма в различные возрастные периоды;
- биоэлектрические, биомеханические и биохимические процессы, происходящие в организме;
- основные закономерности развития и жизнедеятельности организма;
- строение клеток, тканей, органов и систем организма во взаимосвязи с их функцией в норме и патологии;
- основы регуляции физиологических функций, принципы обратной связи, механизм кодирования информации в центральной нервной системе;
- определение заболеваний;
- общие принципы классификации заболеваний;
- этиологию заболеваний;
- патогенез и патологическую анатомию заболеваний;

– клиническую картину заболеваний, особенности течения, осложнения у различных возрастных групп;

– методы клинического, лабораторного, инструментального обследования.

Обеспечение занятия.

1. Оборудование:

- фантомы, муляжи;
- методическое пособие для студентов по теме;
- презентация, учебный фильм по пальпации, перкуссии, аускультации.
- аппаратура, приборы, инструменты, необходимые для диагностики больных.

2. Технические средства обучения:

- компьютер;
- мультимедийный проектор;
- классная доска (меловая/маркерная);
- экран.

3. Наглядные пособия: учебно-методический материал, фантомы и оборудование для отработки практических манипуляций тесты, ситуационные задачи, иллюстрации.

Организационный момент

Преподаватель заполняет журнал, отмечает отсутствующих, проверяет готовность группы и аудитории к занятию. Определяется тема и учебные цели, проясняются вопросы, возникшие у студентов при подготовке к данному занятию.

Актуализация темы.

Хронический холецистит – это воспаление желчного пузыря, преимущественно бактериальной этиологии.

Способствующие (предрасполагающие) факторы хронического холецистита:

1. застой желчи, которому способствуют
 - нарушение режима питания (ритм, количество и качество),
 - психоэмоциональные факторы,
 - гиподинамия,
 - иннервационные нарушения различного генеза,
 - запоры,
 - беременность,
 - нарушение обмена веществ, приводящие к изменению химических свойств желчи (ожирение, атеросклероз, сахарный диабет),
 - органические нарушения путей оттока желчи
2. сенсбилизация организма к различным бактериям,
3. повреждение стенок желчного пузыря
 - раздражение слизистой оболочки желчного пузыря желчью с измененными физико-химическими качествами,
 - травматизация конкрементами
 - раздражение панкреатическими ферментами, затекающими в общий желчный проток

Желчекаменная болезнь - это обменное заболевание гепато-биллиарной системы, характеризующийся образованием камней в желчных, печеночных протоках общем желчном протоке или желчном пузыре. Чаще всего встречается после 40 лет, в основном у женщин.

Контроль знаний

1. Дайте определение хронического холецистита.
2. Предрасполагающие факторы хронического холецистита.
3. Классификация хронических холециститов.
4. Основные клинические синдромы хронических холециститов.
5. Диагностика хронического холецистита

6. Дополнительная диагностика хронических холециститов.
7. Осложнения хронического холецистита
8. Дайте определение желчекаменной болезни.
9. Перечислите виды камней при желчнокаменной болезни.
10. Назовите стадии в развитии камней при желчнокаменной болезни.

Самостоятельная работа. планировать обследование пациента;

- осуществлять сбор анамнеза;
- Провести расспрос с детализацией всех его разделов.
- Провести объективное обследование пациента и оценить данные, полученные при обследовании.

• На основании полученного субъективного и объективного обследования обосновать предварительный диагноз.

- Составить план лабораторно-инструментального исследования больного.
- Определить наличие заболевания.
- Оценить данные рентгенологического исследования.

• интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов диагностики;

- оформлять медицинскую документацию.

Составить схему индивидуальных планов обследования при хроническом холецистите, дискинезии желчевыводящих путей.

Составить схему индивидуальных планов обследования при желчнокаменной болезни.

Решить ситуационные задачи.

Студент выполняет практические манипуляции по алгоритму:

- пальпация живота, пальпация желчного пузыря;
- Проведение дуоденального зондирования
- Подготовка пациента к холецистографии;
- Интерпретации результатов обследования лабораторных и инструментальных методов диагностики, постановки предварительного диагноза;
- Заполнение фрагментов историй болезни, медицинской документации (направлений на исследования)

Практическая подготовка №22 Панкреатит, синдром раздраженного кишечника

Цель занятия:

Изучить современные подходы к диагностике хронического панкреатита, синдрома раздраженного кишечника.

Студент должен уметь:

- планировать обследование пациента;
- осуществлять сбор анамнеза;
- применять различные методы обследования пациента;
- формулировать предварительный диагноз в соответствии с современными классификациями;
- интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов диагностики;
- оформлять медицинскую документацию.

Студент должен знать:

- топографию органов и систем организма в различные возрастные периоды;
- биоэлектрические, биомеханические и биохимические процессы, происходящие в организме;
- основные закономерности развития и жизнедеятельности организма;

- строение клеток, тканей, органов и систем организма во взаимосвязи с их функцией в норме и патологии;
- основы регуляции физиологических функций, принципы обратной связи, механизм кодирования информации в центральной нервной системе;
- определение заболеваний;
- общие принципы классификации заболеваний;
- этиологию заболеваний;
- патогенез и патологическую анатомию заболеваний;
- клиническую картину заболеваний, особенности течения, осложнения у различных возрастных групп;
- методы клинического, лабораторного, инструментального обследования.

Обеспечение занятия.

1. Оборудование:

- фантомы, муляжи;
- методическое пособие для студентов по теме;
- презентация, учебный фильм по пальпации, перкуссии, аускультации.
- аппаратура, приборы, инструменты, необходимые для диагностики больных.

2. Технические средства обучения:

- компьютер;
- мультимедийный проектор;
- классная доска (меловая/маркерная);
- экран.

3. Наглядные пособия: учебно-методический материал, фантомы и оборудование для отработки практических манипуляций тесты, ситуационные задачи, иллюстрации.

Организационный момент

Преподаватель заполняет журнал, отмечает отсутствующих, проверяет готовность группы и аудитории к занятию. Определяется тема и учебные цели, проясняются вопросы, возникшие у студентов при подготовке к данному занятию.

Актуализация темы.

Хронический панкреатит – хроническое воспалительно-дистрофическое заболевание железистой ткани поджелудочной железы с нарушением проходимости ее протоков, вызывающее при дальнейшем прогрессировании склероз ткани железы и значительное нарушение экзо- и эндокринной функций.

Синдром раздраженного кишечника – функциональное заболевание кишечника. Характеризуется болями и дискомфортом в животе, проходящими после дефекации, а также изменением частоты стула или консистенции стула.

Длительность расстройства кишечника должна быть не менее 12 недель на протяжении года.

Классификация СРК (три основные клинические варианта)

1. Синдром раздраженного кишечника с преимущественным болевым синдромом и метеоризмом.

2. Синдром раздраженного кишечника с преобладанием диареи.

3. Синдром раздраженного кишечника с преобладанием запора.

Контроль знаний

1. Дайте определение хронического панкреатита.

2. Классификация хронического панкреатита.

3. Этиология хронического панкреатита.

4. Основные клинические синдромы хронических холециститов.

5. Объективное обследование больных хроническим панкреатитом

6. Дополнительная диагностика хронического панкреатита.

7. Дайте определение синдрома раздраженного кишечника.

8. Классификация синдрома раздраженного кишечника.
9. Клиника синдрома раздраженного кишечника.
10. Дополнительные исследования синдрома раздраженного кишечника.

Самостоятельная работа. планировать обследование пациента;

- осуществлять сбор анамнеза;
- Провести расспрос с детализацией всех его разделов.
- Провести объективное обследование пациента и оценить данные, полученные при обследовании.

• На основании полученного субъективного и объективного обследования обосновать предварительный диагноз.

• Составить план лабораторно-инструментального исследования больного.

• Оценить данные рентгенологического исследования.

• интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов диагностики;

• оформлять медицинскую документацию.

Составить схему индивидуальных планов обследования при хроническом панкреатите

Составить схему индивидуальных планов обследования при СРК

Решить ситуационные задачи.

Студент выполняет практические манипуляции по алгоритму:

• пальпация живота, пальпация желчного пузыря;

• Проведение дуоденального зондирования

• Подготовка пациента к холецистографии;

• Интерпретации результатов обследования лабораторных и инструментальных методов диагностики, постановки предварительного диагноза;

• Заполнение фрагментов историй болезни, медицинской документации (направлений на исследования)

Практическая подготовка №23 Гломерулонефрит

Цель занятия:

Изучить современные подходы к диагностике острого и хронического гломерулонефритов.

Студент должен уметь:

– планировать обследование пациента;

– осуществлять сбор анамнеза;

– применять различные методы обследования пациента;

– формулировать предварительный диагноз в соответствии с современными классификациями;

– интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов диагностики;

– оформлять медицинскую документацию.

Студент должен знать:

– топографию органов и систем организма в различные возрастные периоды;

– биоэлектрические, биомеханические и биохимические процессы, происходящие в организме;

– основные закономерности развития и жизнедеятельности организма;

– строение клеток, тканей, органов и систем организма во взаимосвязи с их функцией в норме и патологии;

– основы регуляции физиологических функций, принципы обратной связи, механизм кодирования информации в центральной нервной системе;

– определение заболеваний;

- общие принципы классификации заболеваний;
- этиологию заболеваний;
- патогенез и патологическую анатомию заболеваний;
- клиническую картину заболеваний, особенности течения, осложнения у различных возрастных групп;
- методы клинического, лабораторного, инструментального обследования.

Обеспечение занятия.

1. Оборудование:

- фантомы, муляжи;
- методическое пособие для студентов по теме;
- презентация, учебный фильм по пальпации, перкуссии, аускультации.
- аппаратура, приборы, инструменты, необходимые для диагностики больных.

2. Технические средства обучения:

- компьютер;
- мультимедийный проектор;
- классная доска (меловая/маркерная);
- экран.

3. Наглядные пособия: учебно-методический материал, фантомы и оборудование для отработки практических манипуляций тесты, ситуационные задачи, иллюстрации.

Организационный момент

Преподаватель заполняет журнал, отмечает отсутствующих, проверяет готовность группы и аудитории к занятию. Определяется тема и учебные цели, проясняются вопросы, возникшие у студентов при подготовке к данному занятию.

Актуализация темы.

Острый гломерулонефрит – это острое иммунно-воспалительное заболевание, при котором поражается преимущественно клубочковый аппарат почек. Поражаются, как правило, обе почки, поэтому его называют диффузным гломерулонефритом.

Этиология острого гломерулонефрита: Бета-гемолитический стрептококк, нефритогенные штаммы группы А. Вирусы. НБС-антиген. Стафилококки, пневмококки. Пищевые, пыльцевые аллергены. Лекарственные препараты: Д-пеницилламин, сульфаниламиды, антибиотики, вакцины, сыворотки.

По клиническому течению выделяют следующие формы ОГН:

Развернутая форма - начинается бурно, характеризуется тяжелым течением, наличием гематурии, гипертонии, отеков, уменьшением диуреза. Однако, довольно быстро отмечается увеличение диуреза, сходжение отеков, понижение АД, улучшение анализов мочи. Как правило, заканчивается полным выздоровлением.

Нефротическая форма - проявляется постепенным развитием болезни, медленным нарастанием отеков (иногда вплоть до анасарки), массивной протеинурией, но малой выраженностью артериальной гипертонии и гематурии. Течение длительное до 6-12 месяцев, нередко переходит в хронический гломерулонефрит.

Малосимптомная форма (стертая форма) - характеризуется умеренным мочевым синдромом.

Быстро прогрессирующий злокачественный нефрит (подострый) начинается как обычный острый. Типичны упорные отеки типа анасарки, высокая протеинурия 10-30 г/л гипопропротеинемия, выраженная гематурия. Артериальное давление, как правило, высокое, может сопровождаться нарушениями зрения. Азотемия и анемия развиваются в первые недели заболевания и быстро прогрессируют. Злокачественный нефрит можно заподозрить, если через 4-6 недель от начала ОГН начинает понижаться относительная плотность мочи, повышается креатинин крови, а общее состояние больного остается тяжелым. Больные, как правило, умирают через 6-18 месяцев.

Предварительный контроль знаний

1. Дайте определение острого гломерулонефрита.
2. Этиология острого гломерулонефрита.
3. Патогенез острого гломерулонефрита.
4. Клиника острого гломерулонефрита.
5. Формы течения острого гломерулонефрита.
6. Осложнения острого гломерулонефрита.
7. Прогноз острого гломерулонефрита.
8. Дайте определение хронического гломерулонефрита.
9. Клинические формы хронического гломерулонефрита.
10. Лабораторная и инструментальная диагностика гломерулонефритов.
11. Осложнения хронического гломерулонефрита.

Самостоятельная работа. планировать обследование пациента;

- осуществлять сбор анамнеза;
- Провести расспрос с детализацией всех его разделов.
- Провести объективное обследование пациента и оценить данные, полученные при

обследовании.

- На основании полученного субъективного и объективного обследования обосновать предварительный диагноз.

- Составить план лабораторно-инструментального исследования больного.

- Оценить данные рентгенологического исследования.

- интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов диагностики;

- оформлять медицинскую документацию.

Составление схем индивидуальных планов обследования при остром и хроническом гломерулонефрите

Решить ситуационные задачи.

Студент выполняет практические манипуляции по алгоритму:

- Определение почечных отеков (явных и скрытых);

- Определение водного баланса;

- Сбор мочи по Зимницкому;

- Сбор мочи на общий анализ;

- Интерпретации результатов обследования лабораторных и инструментальных методов диагностики, постановки предварительного диагноза;

- Заполнение фрагментов историй болезни, медицинской документации (направлений на исследования)

Практическая подготовка №24 Пиелонефрит. МКБ

Цель занятия:

Изучить современные подходы к диагностике острого и хронического пиелонефритов.

Студент должен уметь:

- планировать обследование пациента;

- осуществлять сбор анамнеза;

- применять различные методы обследования пациента;

- формулировать предварительный диагноз в соответствии с современными классификациями;

- интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов диагностики;

- оформлять медицинскую документацию.

Студент должен знать:

- топографию органов и систем организма в различные возрастные периоды;

- биоэлектрические, биомеханические и биохимические процессы, происходящие в организме;
- основные закономерности развития и жизнедеятельности организма;
- строение клеток, тканей, органов и систем организма во взаимосвязи с их функцией в норме и патологии;
- основы регуляции физиологических функций, принципы обратной связи, механизм кодирования информации в центральной нервной системе;
- определение заболеваний;
- общие принципы классификации заболеваний;
- этиологию заболеваний;
- патогенез и патологическую анатомию заболеваний;
- клиническую картину заболеваний, особенности течения, осложнения у различных возрастных групп;
- методы клинического, лабораторного, инструментального обследования.

Обеспечение занятия.

1. Оборудование:

- фантомы, муляжи;
- методическое пособие для студентов по теме;
- презентация, учебный фильм по пальпации, перкуссии, аускультации.
- аппаратура, приборы, инструменты, необходимые для диагностики больных.

2. Технические средства обучения:

- компьютер;
- мультимедийный проектор;
- классная доска (меловая/маркерная);
- экран.

3. Наглядные пособия: учебно-методический материал, фантомы и оборудование для отработки практических манипуляций тесты, ситуационные задачи, иллюстрации.

Организационный момент

Преподаватель заполняет журнал, отмечает отсутствующих, проверяет готовность группы и аудитории к занятию. Определяется тема и учебные цели, проясняются вопросы, возникшие у студентов при подготовке к данному занятию.

Актуализация темы.

Пиелонефрит - неспецифический воспалительный процесс, в который вовлечены не только лоханка и чашечки почки, но и, главным образом, почечная паренхима с преимущественным поражением интерстициальной ее ткани.

Классификация пиелонефрита

- односторонний или двусторонний;
- первичный или вторичный;
- острый или хронический;
- серозный, гнойный или некротический папиллит;
- фаза активного воспаления, латентная, ремиссии;
- апостематозный пиелонефрит, карбункул почки, абсцесс почки, сморщивание почки, или пиелонефроз.

Предварительный контроль знаний

1. Дайте определение пиелонефрита.
2. Классификация пиелонефрита
3. Этиология и патогенез пиелонефрита.
4. Диагностика пиелонефрита.
5. Лабораторная диагностика пиелонефрита.
6. Инструментальная диагностика пиелонефрита.

Самостоятельная работа. планировать обследование пациента;

- осуществлять сбор анамнеза;
 - Провести расспрос с детализацией всех его разделов.
 - Провести объективное обследование пациента и оценить данные, полученные при обследовании.
 - На основании полученного субъективного и объективного обследования обосновать предварительный диагноз.
 - Составить план лабораторно-инструментального исследования больного.
 - Оценить данные рентгенологического исследования.
 - интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов диагностики;
 - оформлять медицинскую документацию.
- Составление схем индивидуальных планов обследования при остром и хроническом пиелонефрите
- Составление схем индивидуальных планов обследования при мочекаменной болезни.
- Решить ситуационные задачи.
- Студент выполняет практические манипуляции по алгоритму:
- трактовка анализов мочи при пиелонефрите;
 - подготовка пациентов для сбора мочи: на общий анализ, проба по Зимницкому, проба по Нечипоренко, микробиологическое исследование.
 - Интерпретации результатов обследования лабораторных и инструментальных методов диагностики, постановки предварительного диагноза;
 - Заполнение фрагментов историй болезни, медицинской документации (направлений на исследования)

Практическая подготовка №25 Хроническая почечная недостаточность

Хроническая почечная недостаточность (ХПН) — патологический синдром функциональной неполноценности почек со снижением (вплоть до полного прекращения) их деятельности по поддержанию внутренней среды организма, развивающийся при различных заболеваниях почек вследствие прогрессирующей гибели нефронов и почечных стромат

Диагностика:

ОАК – анемия

ОАМ – гипостенурия, протеинурия, цилиндрурия, микрогематурия.

Проба Зимницкого – изогипостенурия, никтурия.

БАК – высокие цифры креатинина и мочевины.

Лечение.

- Избегать переохлаждений, физических и эмоциональных перегрузок.
- Диета: ограничивается белок до 60-40-20 гр/сут в зависимости от стадии заболевания. Контролируется поступление поваренной соли в организм.
- В начальной стадии ХПН можно соли до 10 гр/сут а при наличии отеков и АГ соль снижают до 5 гр/сут.
- Контролируют поступление в организм жидкости. При сохранении водовыделительной функции почек и при отсутствии АГ показано обильное питье. В терминальной стадии количество жидкости регулируют по диурезу, т.е. диурез предыдущего дня + 300-500 мл.

Для выведения из организма токсинов принимают сорбенты: активированный уголь, энтеродез, полифепан.

Проводят коррекцию нарушений обмена электролитов: калий, кальций, натрий. При развитии ацидоза: содовые клизмы, в/в введение гидрокарбоната натрия. Проводят симптоматическое лечение:

- При АГ – гипотензивные препараты.

- При иотеках – мочегонные.
- При анемии – препараты железа и переливание крови.
- При геморрагическом синдроме – препараты кальция, аминокaproновая кислота.
- При развитии инфекционных осложнений – а/б.
- Витамины группы В, С, поливитамины.

Предварительный контроль знаний

1 Определение хронической почечной недостаточности (ХПН). Этиология, патогенез, классификация ХПН.

2 Хроническая болезнь почек (ХБП). Определение, классификация, диагностика ХБП.

3 Клиническая картина ХПН в консервативную и терминальные стадии.

4 Лабораторно-инструментальная диагностика ХПН.

5 Консервативное лечение ХПН.

6 Заместительная почечная терапия. Виды, принципы методов, показания.

Выберите один или несколько правильных вариантов ответа

ПОД ТЕРМИНАЛЬНОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПОНИМАЮТ

- 1) снижение диуреза менее 500 мл в сутки
- 2) снижение диуреза менее 300 мл в сутки
- 3) нефроангиосклероз
- 4) необратимое уменьшение массы действующих нефронов

НАИБОЛЬШУЮ ОПАСНОСТЬ ДЛЯ ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ СОЗДАЕТ

- 1) гиперфосфоремия
- 2) гиперкалиемия
- 3) гиперкальциемия
- 4) гипермагниемия

ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НЕФРОГЕННОЙ АНЕМИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) эритропоэтин
- 2) рибофлавин
- 3) фолиевая кислота
- 4) витамин В12
- 5) венофер

ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ МЕЖДУ ОСТРОЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ СЛЕДУЕТ ВЫПОЛНИТЬ

- 1) экскреторную урографию
- 2) исследование суточной протеинурии
- 3) УЗИ почек с оценкой их размеров
- 4) компьютерную томографию почек

К СТАНДАРТНЫМ МЕТОДАМ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ОТНОСЯТ

- 1) гемодиализ
- 2) плазмаферез
- 3) перитонеальный диализ
- 4) трансплантация почки

ОПТИМАЛЬНЫМ ВИДОМ ПОСТОЯННОГО СОСУДИСТОГО ДОСТУПА ДЛЯ ДИАЛИЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) сосудистый протез из синтетического материала
- 2) артериоло-венозная фистула
- 3) центральный венозный катетер

4) периферический венозный катетер
АНЕМИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ
СВЯЗАНА

- 1) с дефицитом железа
- 2) с дефицитом витамина В12 и фолиевой кислоты
- 3) с гемолизом
- 4) с уменьшением синтеза эритропоэтина

ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ПОЧЕЧНАЯ ТЕРАПИЯ ПОКАЗАНА ПРИ СНИЖЕНИИ
СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ НИЖЕ

- 1) 40 мл/мин
- 2) 30 мл/мин
- 3) 20 мл/мин
- 4) 15 мл/мин

Решить задачу:

№1

Больная А., 32 года, в течение ряда лет страдает латентным вариантом диффузного гломерулонефрита. Два года назад стала отмечать учащенное до 2-3 раз обильное мочеиспускание, жажду. На протяжении последнего года жалуется на головные боли, неприятный горький привкус во рту, потерю аппетита, похудание, тошноту, ежедневную рвоту, иногда поносы (3-4 раза в день жидкий стул), бессонницу по ночам, сонливость днем.

При поступлении общее состояние средней тяжести, питание понижено, кожные покровы бледные с буровато-грязным оттенком, экскориации, в локтевых сгибах и местах инъекций — массивные подкожные кровоизлияния, в носовых ходах — кровянистые корочки; легкие без физикальных изменений, периодически появляются глубокие дыхательные движения; мелодия сердца без особенностей, ритм правильный; АД= 130/80 мм рт. ст.; живот мягкий, безболезненный; печень и селезенка не увеличены; отеков и асцита нет.

В крови эритроцитов — $2,9 \cdot 10^{12}$, Hb — 82 г/л, лейкоцитов — $9,8 \cdot 10^9$, нейтрофилез с левым сдвигом. Мочевина сыворотки крови — 27 ммоль/л, креатинин — 0,8 ммоль/л.

Суточный диурез — 800 мл, удельный вес мочи — 1005-1008, белок мочи — 0,5-0,7 г/л, в осадке мочи единичные эритроциты и лейкоциты.

Вопрос:

Какая стадия ХПН у больной?

№2

Больной Д., 43 года, наблюдается по поводу хронического гломерулонефрита (вне обострения, ХПН), диурез 600 мл/сут., АД = 180/100 мм рт. ст., Hb — 120 г/л, креатинин — 0,8 ммоль/л, калий — 5,5 ммоль/л. Гемодиализ не доступен.

Вопрос:

Тактика ведения больного?

Практическая подготовка №26 Заболевания щитовидной железы

Цель занятия:

Изучить современные подходы к диагностике заболеваний щитовидной железы.

Студент должен уметь:

- планировать обследование пациента;
- осуществлять сбор анамнеза;
- применять различные методы обследования пациента;
- формулировать предварительный диагноз в соответствии с современными классификациями;
- интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов диагностики;
- оформлять медицинскую документацию.

Студент должен знать:

- топографию органов и систем организма в различные возрастные периоды;
- биоэлектрические, биомеханические и биохимические процессы, происходящие в организме;
- основные закономерности развития и жизнедеятельности организма;
- строение клеток, тканей, органов и систем организма во взаимосвязи с их функцией в норме и патологии;
- основы регуляции физиологических функций, принципы обратной связи, механизм кодирования информации в центральной нервной системе;
- определение заболеваний;
- общие принципы классификации заболеваний;
- этиологию заболеваний;
- патогенез и патологическую анатомию заболеваний;
- клиническую картину заболеваний, особенности течения, осложнения у различных возрастных групп;
- методы клинического, лабораторного, инструментального обследования.

Обеспечение занятия.

1. Оборудование:

- фантомы, муляжи;
- методическое пособие для студентов по теме;
- презентация, учебный фильм по пальпации, перкуссии, аускультации.
- аппаратура, приборы, инструменты, необходимые для диагностики больных.

2. Технические средства обучения:

- компьютер;
- мультимедийный проектор;
- классная доска (меловая/маркерная);
- экран.

3. Наглядные пособия: учебно-методический материал, фантомы и оборудование для отработки практических манипуляций тесты, ситуационные задачи, иллюстрации.

Организационный момент

Преподаватель заполняет журнал, отмечает отсутствующих, проверяет готовность группы и аудитории к занятию. Определяется тема и учебные цели, проясняются вопросы, возникшие у студентов при подготовке к данному занятию.

Актуализация темы.

Гормоны щитовидной железы. Тироксин и трийодтиронин регулируют:

- рост и развитие человека, а также эндокринную перестройку организма во время полового созревания, беременности и климакса. Тиреоидные гормоны крайне необходимы детскому организму, при их недостатке задерживается рост костей, зубов, физическое и умственное развитие. Горячая пора для щитовидной железы - так называемые периоды физиологического вытяжения, первый приходится на 6-7 лет, второй совпадает с началом переходного возраста - 12-14 лет. В это время железа увеличивается и наращивает выработку гормонов. То же самое происходит во время беременности. В подобные моменты проявите повышенную заботу об этой неутомимой труженице эндокринного фронта;

- деятельность нервной системы, сердца и других органов, а также сосудов, мышц, половых желез. Осуществляя столь широкие гормональные полномочия, щитовидная железа находится под постоянным контролем эндокринного мозга. К нему относят отделы центральной нервной системы, обладающие гормональной активностью гипоталамус и гипофиз. Чтобы «включить» щитовидную железу гипофиз вырабатывает так называемый тиреотропин (ТТГ). Уровень ТТГ в крови регулирует гипоталамус при помощи другого гормона – тиролиберина (ТРГ). Имеющий сравнительно простое химическое строение –

тиреолиберин по сути дела главный ключ от щитовидной железы. С током крови он попадает в гипофиз и открывает биохимические «кладовые» особые клетки мозга, в которых хранится ТТГ;

- интенсивность окислительных реакций в клетках, приводящих к выделению тепла. За то, что лютая стужа нам нипочем, персональная благодарность им, гормонам – кочегарам, с чьей помощью щитовидная железа в холодное время года включает «центральное отопление организма»;

- все виды обмена веществ и, в частности жировой. Щитовидной железе с древнейших времен приписывали способность поддерживать телесное равновесие. Новейшие исследования подтвердили этот факт. От состояния и активности гормонов щитовидной железы зависят параметры фигуры, настроение и самочувствие.

Предварительный контроль знаний

1. Назовите гормоны щитовидной железы. Какова их функция?
2. Дайте определение заболеванию эндемический зоб. Предрасполагающие факторы эндемического зоба.
3. Классификация эндемического зоба.
4. Дайте определение заболеванию аутоиммунный тиреоидит.
5. Этиология аутоиммунного тиреоидита
6. Патогенез аутоиммунного тиреоидита
7. Факторы риска аутоиммунного тиреоидита.
8. Клиника аутоиммунного тиреоидита
9. Дайте определение диффузного токсического зоба и расскажите о клинических проявлениях этого заболевания.

Самостоятельная работа. планировать обследование пациента;

- осуществлять сбор анамнеза;
- Провести расспрос с детализацией всех его разделов.
- Провести объективное обследование пациента и оценить данные, полученные при обследовании.
- На основании полученного субъективного и объективного обследования обосновать предварительный диагноз.
- Составить план лабораторно-инструментального исследования больного.
- Определить наличие заболевания.
- Оценить данные рентгенологического исследования.
- интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов диагностики;
- оформлять медицинскую документацию.

Составление схем индивидуальных планов обследования при эндемическом зобе

Составление схем индивидуальных планов обследования при гипотиреозе, диффузном токсическом зобе

Составление схем индивидуальных планов обследования при болезни Иценко-Кушинга

Решить ситуационные задачи.

Студент выполняет практические манипуляции по алгоритму:

- осмотр общий и области голова-шея;
- определение пульса и его характеристика;
- определение индекса массы тела;
- измерение АД и его трактовка;
- измерение температуры тела и ее графическое отображение в температурном листе;
- Интерпретации результатов обследования лабораторных и инструментальных методов диагностики, постановки предварительного диагноза;

- Заполнение фрагментов историй болезни, медицинской документации (направлений на исследования)

Практическая подготовка №27 Сахарный диабет. Осложнения сахарного диабета

Цель занятия:

Изучить современные подходы к диагностике сахарного диабета.

Студент должен уметь:

- планировать обследование пациента;
- осуществлять сбор анамнеза;
- применять различные методы обследования пациента;
- формулировать предварительный диагноз в соответствии с современными классификациями;
- интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов диагностики;
- оформлять медицинскую документацию.

Студент должен знать:

- топографию органов и систем организма в различные возрастные периоды;
- биоэлектрические, биомеханические и биохимические процессы, происходящие в организме;
- основные закономерности развития и жизнедеятельности организма;
- строение клеток, тканей, органов и систем организма во взаимосвязи с их функцией в норме и патологии;
- основы регуляции физиологических функций, принципы обратной связи, механизм кодирования информации в центральной нервной системе;
- определение заболеваний;
- общие принципы классификации заболеваний;
- этиологию заболеваний;
- патогенез и патологическую анатомию заболеваний;
- клиническую картину заболеваний, особенности течения, осложнения у различных возрастных групп;
- методы клинического, лабораторного, инструментального обследования.

Обеспечение занятия.

1. Оборудование:

- фантомы, муляжи;
- методическое пособие для студентов по теме;
- презентация, учебный фильм по пальпации, перкуссии, аускультации.
- аппаратура, приборы, инструменты, необходимые для диагностики больных.

2. Технические средства обучения:

- компьютер;
- мультимедийный проектор;
- классная доска (меловая/маркерная);
- экран.

3. Наглядные пособия: учебно-методический материал, фантомы и оборудование для отработки практических манипуляций тесты, ситуационные задачи, иллюстрации.

Организационный момент

Преподаватель заполняет журнал, отмечает отсутствующих, проверяет готовность группы и аудитории к занятию. Определяется тема и учебные цели, проясняются вопросы, возникшие у студентов при подготовке к данному занятию.

Актуализация темы.

Сахарный диабет – это группа метаболических (обменных) заболеваний, характеризующихся гипергликемией, которая является результатом нарушения секреции инсулина, действия инсулина или обоих этих факторов. СД – системное гетерогенное заболевание, обусловленное абсолютным (1 тип) или относительным (2 тип) дефицитом инсулина, который вначале вызывает нарушение углеводного обмена, а затем всех видов обмена веществ, что в конечном итоге приводит к поражению всех функциональных систем организма. СД 1 типа – аутоиммунное заболевание. У больных обнаруживаются антитела к островковым клеткам поджелудочной железы. Изменения антигенных свойств бета-клеток может быть вызвано различными факторами (вирусная инфекция: вирус краснухи, паротита, энцефаломиелита и др.). Предрасполагающими факторами является генетический фактор, питание, стрессовые ситуации, операции. СД 2 типа обусловлен прежде всего ожирением. Встречается в 10-20 раз чаще, чем 1 тип. Занимает 3 место в причине летальности после сердечнососудистой и онкопатологии. По современным представлениям характеризуется двумя основными поломками: 1) снижением чувствительности к инсулину или резистентностью и 2) нарушением секреции инсулина.

Предварительный контроль знаний

1. Определение «Сахарный диабет».
2. Классификация сахарного диабета.
3. Эндокринная функция поджелудочной железы.
4. Этиология и патогенез сахарного диабета 1-го типа.
5. Клинические симптомы сахарного диабета 1-го типа.
6. Этиология и патогенез сахарного диабета 2-го типа.
7. Клинические симптомы сахарного диабета 2-го типа.
8. Диагностика сахарного диабета.
9. Правила проведения орального глюкозотолерантного теста.
10. Острые осложнения сахарного диабета.
11. Хронические осложнения СД.

Самостоятельная работа. планировать обследование пациента;

- осуществлять сбор анамнеза;
- Провести расспрос с детализацией всех его разделов.
- Провести объективное обследование пациента и оценить данные, полученные при

обследовании.

• На основании полученного субъективного и объективного обследования обосновать предварительный диагноз.

- Составить план лабораторно-инструментального исследования больного.
- Оценить данные рентгенологического исследования.
- интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов диагностики;
- оформлять медицинскую документацию.

Составить сравнительную таблицу диагностики инсулинзависимого и инсулиннезависимого сахарного диабета.

Составление схем индивидуальных планов обследования при сахарном диабете

Решить ситуационные задачи.

Студент выполняет практические манипуляции по алгоритму:

- провести осмотр кожи и слизистых оболочек, стоп;
- определение пульса на периферических артериях обеих ног;
- определение индекса массы тела;
- собрать мочу на сахар;
- определить экспресс методом уровень сахара в крови;
- Интерпретации результатов обследования лабораторных и инструментальных методов диагностики, постановки предварительного диагноза;

- Заполнение фрагментов историй болезни, медицинской документации (направлений на исследования)

Практическая подготовка №28 Заболевания гипофиза и надпочечников

Болезнь Иценко - Кушинга – заболевание, обусловленное первичным поражением подкорковых и стволовых образований (гипоталамус, таламус и ретикулярная формация) с последующим включением в патологический процесс гипофиза и коры надпочечников. Заболевание возникает чаще у женщин. Большинство составляют больные в возрасте 20-40 лет.

Болезнь Аддисона (бронзовая болезнь, хроническая недостаточность коры надпочечников) — хроническая недостаточность коры надпочечников, возникающая при их двустороннем поражении, приводящем к уменьшению (или полному прекращению) секреции ГК и минералокортикоидов. Болезнь Аддисона возникает при поражении более 90% ткани надпочечников.

Студент должен знать:

1. Клиническую картину болезни и синдрома Иценко-Кушинга и методы подтверждения диагноза.
2. Методы лечения болезни и синдрома Иценко-Кушинга.
3. Признаки острой надпочечниковой недостаточности.
4. Эндокринная система. Роль гормонов в жизнедеятельности организма. Химическая структура гормонов и механизмы их действия.
5. Патология гипоталамо-гипофизарной системы. Заболевания, связанные с поражением гипоталамуса.
6. Патология аденогипофиза. Гиперфункция аденогипофиза. Заболевания, обусловленные нарушением образования соматотропного гормона.
7. Несахарный диабет. Причины, основные нарушения и симптомы.
8. Патология надпочечников. Гипофункция коры надпочечников. Острая надпочечниковая недостаточность. Причины, патогенез, симптомы.
9. Хроническая надпочечниковая недостаточность. Болезнь Аддисона. Причины, патогенез, симптомы.
10. Гиперфункция коры надпочечников. Первичный и вторичный альдостеронизм. Причины, патогенез, симптомы.
11. Болезнь и синдром Иценко-Кушинга. Причины, патогенез, симптомы.
12. Феохромоцитома. Причины, патогенез, симптомы.

Выполнить задание:

№ 1. На прием к врачу общей практики обратилась пациентка 34 лет с жалобами на головные боли, раздражительность, жажду. В анамнезе — бесплодие. Объективное физикальное обследование выявило индекс массы тела 30, гипертрихоз, стрии на животе и спине, АД 164/98 мм рт. ст. Дополнительными исследованиями в офисе была диагностирована битемпоральная гемианопсия, глюкоза в плазме 7,8 ммоль/л. Совокупность данных заставляет подумать в первую очередь о

- а) синдроме Штейна—Левенталя
- б) сахарном диабете
- в) аденоме гипофиза
- г) гипертонической болезни II стадии
- д) ожирении II-й степени с осложнениями

№ 2. У больной 17 лет отмечается полиурия с низким удельным весом мочи. После проведения теста с ограничением жидкости величина удельного веса мочи не изменилась. Наиболее вероятно, что у больной

- а) психогенная полидипсия
- б) несахарный диабет

- в) сахарный диабет
- г) хронический пиелонефрит
- д) нет правильного ответа

№ 3. Больная Ж., 32 года, обратилась к врачу с жалобами на общую слабость, утомляемость, потерю веса (20 кг за полгода), отсутствие аппетита, тошноту. Объективно: кожа сухая, обычного цвета. АД - 90/60 мм рт. ст. Лабораторно: гликемия - 3,5 ммоль/л, калий плазмы - 5,2 ммоль/л, уровень адренкортикотропного гормона в крови понижен. Какой наиболее вероятный диагноз?

- А. Хронический гастрит
- В. Нейрогенная анорексия
- С. Гипофизарная недостаточность
- Д. Хроническая вторичная надпочечниковая недостаточность
- Е. Хроническая первичная надпочечниковая недостаточность

№ 4. Больной Ф., 29 лет., жалуется на сонливость, слабость, головную боль, одышку при незначительной физической нагрузке, снижение потенции, увеличение веса. Болеет 3 года, начало заболевания ни с чем не связывает. Объективно: рост 172 см, вес 106 кг. Откладывание жира больше на шее, плечах, груди, животе. На плечах, бедрах наблюдаются стрии, тоны сердца приглушены, акцент II тона над аортой. АД 160/110 мм рт. ст., пульс 84 на мин, печень на 2 см выступает из-под реберной дуги. Глюкоза крови 7,2 ммоль/л. Предыдущий диагноз?

- А. Алиментарно-конституционное ожирение
- В. Синдром Кона
- С. Синдром Иценко - Кушинга
- Д. Гипертоническая болезнь
- Е. Ни один из перечисленных

№ 5. Больной Н. жалуется на большую массу тела, головную боль, быструю утомляемость. Значительное увеличение массы тела произошло в 14 лет. Вес 90 кг, рост 160 см. Распределение жировой клетчатки равномерное. На бедрах, животе розовые тонкие стрии. АД – 145/90 мм. рт. ст. Ваш диагноз?

- А Вегето-сосудистая дистония
- В Алиментарно-конституционное ожирение
- С Пубертатно-юношеский диспитуитаризм
- Д Болезнь Иценко-Кушинга
- Е Синдром Иценко-Кушинга

№ 6. У больного В. 18 лет при осмотре: рост 175 см, вес 105 кг, распределение жировой ткани относительно равномерное, с преобладанием на лице, животе, конечностях. Двусторонняя гинекомастия. На коже большое количество бледно-розовых полосок растяжения. ЧСС- 78 за мин., АД- 155/90 мм рт. ст. внутренние органы без изменений. На рентгенограмме турецкого седла - без деструктивных изменений. Пролактин, кортизол, ЛГ, ФСГ, тестостерон в норме. Какая причина ожирения у больного?

- А Адипозо-генитальная дистрофия
- В Пролактинома
- С Болезнь Кушинга
- Д Алиментарно-конституционный тип
- Е Гипоталамический синдром

Ситуационные задачи

№ 1. Больная А., 38 лет, работает продавцом в продуктовом магазине. В течение последних 3 лет отмечает периодически (после подъема тяжестей и особенно после частых наклонов туловища вниз) ухудшение самочувствия: появление пульсирующей головной боли, сопровождающиеся чувством сдавления головы, сердцебиением, потливостью в верхней половине тела.

При амбулаторном осмотре АД - 120/80 мм рт.ст. ЧСС - 78 в минуту. За последние 6 месяцев отмечает похудание на 4 кг, учащение приступов головной боли и сердцебиения, особенно после переедания.

При очередном ухудшении самочувствия вызван врач «Скорой помощи». При осмотре выявлено: АД - 220/130 мм рт.ст. ЧСС - 180 в минуту. Температура тела - 37,8 С, бледность кожных покровов, тремор, похолодание кистей рук, светобоязнь. Отмечалось кратковременное синкопальное состояние.

Проведенная гипотензивная терапия (верапамил в\в, лазикс в\в) эффекта не дали. Больная госпитализирована в кардиологическое отделение. При обследовании больной выявлено: в анализе крови: лейкоциты - 10×10^9 /л, лимфоцитов - 16%, эозинофилов - 6%. Сахар крови натощак - 7,2 ммоль/л, К - 6,2 ммоль/л, Na - 138 ммоль/л. В моче: белок - 0,66%, эритроциты - 6-8-10 в поле зрения, сахар 0,5%. На ЭКГ - синусовая тахикардия, неполная блокада левой ножки пучка Гиса. Заключение окулиста: нейроретинопатия. При суточном мониторинговании АД - 120/80 - 126/75 мм рт.ст.

- 1 Установить предварительный диагноз.
- 2 Наметить план дополнительного обследования.
- 3 Провести дифференциальную диагностику.
- 4 Определить тактику лечения.

№ 2. Больная И., 25 лет, доставлена в стационар в тяжелом состоянии. Сознание заторможено, выражена адинамия. Кожные покровы очень смуглые, сухие. Отмечается выраженная пигментация в области послеоперационных рубцов (аппендэктомия, внематочная беременность), шеи, сосков молочных желез. ЧСС - 90 в минуту. АД - 60/35 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Над легкими легочный звук, дыхание везикулярное, 18 в минуту. Частая рвота. Живот мягкий, нерезко выраженная болезненность в эпигастральной области, печень, селезенка не увеличены. Дважды за сутки жидкий стул, температура тела - 35,5 С.

В анамнезе - туберкулез легких, хронический тонзиллит. В течение последнего года отмечает нарастающую слабость, головные боли, быструю утомляемость, похудание на 8 кг. Состояние ухудшалось после психотравмы. При поступлении проведены дополнительные обследования.

- 1 Установить предварительный диагноз.
- 2 Наметить план дополнительного обследования.
- 3 Провести дифференциальную диагностику.
- 4 Определить тактику лечения.

№ 3. Больная 35 лет жалуется на прибавку в весе, жажду, головные боли, боли в пояснице. Считает себя больной 2 года после родов. Лечилась по поводу гипертонической болезни.

Объективно: диспластическое ожирение, на коже живота розово-синюшные стрии. АД 160/100. Тоны сердца приглушены. Гликемия натощак 8 ммоль/л, сахар в моче 1%. При рентгенографии выявлен остеопороз позвонков.

1. Предварительный диагноз?
2. Укажите патогенез основных симптомов?
3. С каким заболеванием необходимо дифференцировать и какие дополнительные исследования необходимо провести?
4. Какое лечение должно быть проведено после уточнения диагноза?
5. Реабилитация данного пациента.

Практические занятия №4 Анемии: железodefицитная, В12-фолиеводефицитная

Цель занятия:

Изучить современные подходы к диагностике анемий. Железодефицитные анемии. В-12-дефицитная анемия.

Студент должен уметь:

- планировать обследование пациента;
- осуществлять сбор анамнеза;
- применять различные методы обследования пациента;
- формулировать предварительный диагноз в соответствии с современными классификациями;
- интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов диагностики;
- оформлять медицинскую документацию.

Студент должен знать:

- топографию органов и систем организма в различные возрастные периоды;
- биоэлектрические, биомеханические и биохимические процессы, происходящие в организме;
- основные закономерности развития и жизнедеятельности организма;
- строение клеток, тканей, органов и систем организма во взаимосвязи с их функцией в норме и патологии;
- основы регуляции физиологических функций, принципы обратной связи, механизм кодирования информации в центральной нервной системе;
- определение заболеваний;
- общие принципы классификации заболеваний;
- этиологию заболеваний;
- патогенез и патологическую анатомию заболеваний;
- клиническую картину заболеваний, особенности течения, осложнения у различных возрастных групп;
- методы клинического, лабораторного, инструментального обследования.

Обеспечение занятия.

1. Оборудование:

- фантомы, муляжи;
- методическое пособие для студентов по теме;
- презентация, учебный фильм по пальпации, перкуссии, аускультации.
- аппаратура, приборы, инструменты, необходимые для диагностики больных.

2. Технические средства обучения:

- компьютер;
- мультимедийный проектор;
- классная доска (меловая/маркерная);
- экран.

3. Наглядные пособия: учебно-методический материал, фантомы и оборудование для отработки практических манипуляций тесты, ситуационные задачи, иллюстрации.

Организационный момент

Преподаватель заполняет журнал, отмечает отсутствующих, проверяет готовность группы и аудитории к занятию. Определяется тема и учебные цели, проясняются вопросы, возникшие у студентов при подготовке к данному занятию.

Актуализация темы.

Анемия - патологическое состояние, характеризующееся снижением гемоглобина в единице объема крови у женщин ниже 120-117 г/л и гематокрита ниже 35% и у мужчин ниже 140-137 г/л и 40%.

Выделяют несколько принципов классификации анемий:

- 1) по механизму развития (патогенетическая классификация анемий),
- 2) по морфологии эритроцитов,

- 3) по степени тяжести,
- 4) по степени насыщения эритроцитов гемоглобином,
- 5) по степени регенерации.

Железодефицитная анемия – самая распространенная форма анемий, её признаки:

- высокая распространенность среди лиц всех возрастов с преобладанием у женщин детородного возраста,
- связь с хронической кровопотерей,
- наличие в клинике циркуляторно-гипоксического и сидеропенического синдромов, сопровождающихся трофическими нарушениями.
- по данным полного анализа крови это гипохромная, нормо- микроцитарная анемия, гипорегенераторная (до начала терапии препаратами железа), различной степени тяжести. Характерен гипертромбоцитоз до $600,0 \times 10^9/\text{л}$, но иногда, напротив, может быть незначительная тромбоцитопения. Характерных изменений со стороны лейкоцитов не отмечено.

В12 дефицитная анемия - занимает второе место среди дефицитных анемий, ее отличительными чертами являются:

- наибольшая частота у пожилых пациентов,
- появление в костном мозге мегалобластов,
- внутрикостномозговое разрушение эритрокариоцитов,
- панцитопения в периферической крови,
- гиперхромия эритроцитов,
- атрофические изменения слизистой желудочно-кишечного тракта,
- изменения нервной системы по типу фуникулярного миелоза.

Фолиеводефицитная анемия - мегалобластная анемия, обусловленная дефицитом фолиевой кислоты, характеризуется:

- появлением в костном мозге мегалобластов,
- внутри костномозговым разрушением эритрокариоцитов,
- панцитопенией в периферической крови,
- гиперхромией эритроцитов,
- атрофическими изменениями слизистой желудочно-кишечного тракта.

Предварительный контроль знаний

1. Определение анемии.
2. Патогенетическая классификация анемий.
3. Классификация анемий по степени тяжести анемии.
4. Железодефицитная анемия.
5. Причины дефицита железа в организме.
6. Клинические проявления железодефицитной анемии.
7. Критерии диагноза железодефицитной анемии.
8. В12 дефицитная анемия.
9. Причины дефицита витамина В12.
10. Клинические проявления В12 дефицитной анемии.
11. Критерии диагноза В12 дефицитной анемии.
12. Фолиеводефицитная анемия, причины, клинические проявления.

Самостоятельная работа. планировать обследование пациента;

- осуществлять сбор анамнеза;
- Провести расспрос с детализацией всех его разделов.
- Провести объективное обследование пациента и оценить данные, полученные при обследовании.

• На основании полученного субъективного и объективного обследования обосновать предварительный диагноз.

- Составить план лабораторно-инструментального исследования больного.

- Оценить данные рентгенологического исследования.
 - интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов диагностики;
 - оформлять медицинскую документацию.
- Составление схем индивидуальных планов обследования при железодефицитной анемии и В-12-дефицитной анемии
- Решить ситуационные задачи.
- Студент выполняет практические манипуляции по алгоритму:
- осмотр состояние кожи и видимых слизистых оболочек;
 - пальпация кожи и ее характеристика;
 - Перкуссия и пальпация печени, селезенки, лимфатических узлов
 - подсчет пульса и его характеристика; измерение АД и его оценка;
 - чтение и трактовка общего анализа крови.
 - Интерпретации результатов обследования лабораторных и инструментальных методов диагностики, постановки предварительного диагноза;
 - Заполнение фрагментов историй болезни, медицинской документации (направлений на исследования)

Практическая подготовка №29 Анемии: гемолитическая, апластическая

Студент должен знать:

- 1 Нормальные показатели анализа крови.
- 2 Нормальные показатели миелограммы.
- 3 Классификацию анемий.
- 4 Причины развития анемий (острая постгеморрагическая, железодефицитная, витамин В12-дефицитная, фолиеводефицитная, гемолитические, апластические, анемия хронических заболеваний).
- 5 Клинические симптомы при острой и хронической постгеморрагической анемии, при витамин В12-дефицитной анемии, фолиеводефицитной, гемолитических, апластических анемиях и анемии хронических заболеваний.

Студент должен уметь:

- 1 Оценить симптомы при различных анемиях.
- 2 Интерпретировать клинические данные и результаты лабораторных и инструментальных исследований и установить вид анемии.
- 3 Диагностировать анемии.
- 4 Провести дифференциальный диагноз при анемиях.
- 5 Назначить лечение при различных анемиях.

Гемолитической называют любую анемию, при которой разрушение эритроцитов происходит быстрее, чем их выработка костным мозгом.

Процесс разрушения эритроцитов называется гемолизом.

Классификация. Различают наследственные и приобретенные гемолитические анемии.

Общие признаки гемолиза:

- 1 Анемия нормохромная (за исключением талассемий и эритропоэтической порфирии).
- 2 Ретикулоцитоз в мазке периферической крови.
- 3 Увеличение содержания непрямого билирубина (при внутриклеточном гемолизе).
- 4 Раздражение эритроидного ростка в стерильном пунктате.
- 5 Гемоглобинурия и гемосидеринурия (при внутрисосудистом гемолизе).
- 6 Спленомегалия (при внутриклеточном гемолизе).

Апластическая анемия (АА) – заболевание, характеризующееся глубокой панцитопенией и недостаточностью костномозгового кроветворения, обусловленной развитием аплазии костного мозга.

Основные вопросы темы:

1. Определение гемолитической и апластической анемии.
2. Этиология гемолитической гемолитической и апластической анемий.
3. Патогенез гемолитической гемолитической и апластической анемий.
4. Классификация гемолитической гемолитической и апластической анемий.
5. Диагностические признаки гемолитической гемолитической и апластической анемий: 1) клинические, 2) лабораторно-инструментальные.
6. Дифференциальный диагноз.

Тесты выходного уровня знаний

1 Больной, 37 лет, ликвидатор чернобыльской аварии, жалуется на общую слабость, наличие единичных синяков на коже. В крови: Эр. - $2,5 \times 10^{12}$ / л, рет. - 0,1%, ЦП - 1,0, Л. - $2,2 \times 10^9$ / л, Тр. - 10×10^9 / л. В костном мозге определяются явления гипоплазии. Какой наиболее вероятный диагноз?

- A. Гипопластическая анемия.
- B. Острый лейкоз.
- C. Хроническая лучевая болезнь.
- D. Агранулоцитоз.
- E. В12 - дефицитная анемия.

2 У мужчины, 52 лет, болеет эрозивным гастритом, прогрессирует общая слабость, сердцебиение, головокружение. Объективно: бледность и сухость кожи и слизистых оболочек, ангикулярный стоматит. Пульс - 104/мин. Тоны сердца приглушены, систолический шум у верхушки и основания сердца. АД - 130/75 мм. рт. ст. Печень и селезенка не пальпируются. В крови выраженная гипохромная анемия. Какой патогенетический фактор может быть важнейшим в развитии анемии в данном случае?

- A. Дефицит витамина В12.
- B. Кровопотеря.
- C. Интоксикация.
- D. Гемолиз эритроцитов.
- E. Дефицит фолиевой кислоты.

3 Больной язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки жалуется на общую слабость, одышку при незначительной нагрузке, желание есть мел. Объективно: больной бледен, выявляются трофические изменения кожи. Анализ крови: Эр. - $3,3 \times 10^9$ / л; НЬ - 90 г / л; ЦП - 0,75; рет. - 2%; железо крови - 5,6 мкмоль / л. Какое осложнение развилось у больного?

- A. Гемолитическая анемия.
- B. Железодефицитная анемия.
- C. Эритремия.
- D. Апластическая анемия.
- E. В12 - фолиеводефицитная анемия.

4 Мужчина, 65 лет, после обследования установлен диагноз В12 –дефицитной анемии, назначено лечение. Через неделю был взят контрольный анализ крови. Что будет ранним критерием эффективности проводимой терапии?

- A. Увеличение количества лейкоцитов.
- B. Повышение уровня гемоглобина.
- C. Снижение ЦП крови.
- D. Нормобластическое кроветворение.
- E. Увеличение количества ретикулоцитов.

5 Женщина 60 лет жалуется на общую слабость, ощущение тяжести в эпигастральном участке, «отрыжку» после еды. Объективно: температура тела $36,6^{\circ}$ С; ЧДД - 20/мин.; пульс - 96/хв.; АД - 115/70 мм. рт. ст. Кожа и видимые слизистые оболочки бледные. Анализ крови: Эр. - $2,0 \times 10^9$ / л; НЬ - 100 г / л; ЦП - 1,5; СОЭ - 28 мм / час. Выявлены

антитела к париетальным клеткам желудка. Какая наиболее предпочтительна тактика лечения анемического синдрома у больной?

- А. Назначить препараты железа внутрь.
- В. Назначить препараты соляной кислоты.
- С. Назначить витамин В12.
- Д. Назначить препараты железа парентерально.
- Е. Назначить переливание эритроцитарной массы.

Типовая задача

Больная Т, 54 лет, при поступлении в клинику предъявляла жалобы на общую слабость, одышку при незначительной физической нагрузке, учащенное сердцебиение, головную боль, шум в ушах и потемнение в глазах при перемене положения тела, кровоизлияния на коже ног, груди, живота, боли в мышцах и суставах.

Два месяца назад без видимых причин стала нарастать общая слабость, бледность, появились кровоподтеки на коже ног. Обратилась к врачу, произведен анализ крови, после чего больная госпитализирована в гематологическое отделение.

Объективно: больная среднего роста, хорошо упитана. Выраженная бледность кожных покровов и слизистых. На коже груди, живота и нижних конечностей кровоизлияния различной степени величины и цвета. Симптом Кончаловского-Румпель-Лиде резко положительный. Лимфатические узлы не увеличены. Живот в размере не увеличен. Край печени у реберной дуги, чувствительный при пальпации. Селезенка не пальпируется. Патологии со стороны легких и сердца не выявлено. Пульс 94 удара в мин., АД 140/60 мм рт.ст.

Общий анализ крови: эр. – $1,0 \times 10^{12}/л$, Нв – 36 г/л, ц.п. – 1,0, ретикулоциты – 0,5%, тромбоциты – $170 \times 10^9/л$, лейкоц. – $1,7 \times 10^9/л$, п – 1%, с – 22%, эозин. – 3%, базоф. – 3%, лимф. – 70%, моноц. – 1%, СОЭ – 35 мм/час.

В костномозговом пунктате – в большом количестве жировые клетки, мало мегакариоцитов и эритрокариоцитов.

ВОПРОСЫ:

1. Перечислите основные синдромы
2. Дайте трактовку анализа крови и стернального пунктата
3. Ваш диагноз
4. Основные принципы лечения больного

Практическая подготовка №30 Лейкозы

Цель занятия:

Изучить современные подходы к диагностике лейкозов.

Студент должен уметь:

- планировать обследование пациента;
- осуществлять сбор анамнеза;
- применять различные методы обследования пациента;
- формулировать предварительный диагноз в соответствии с современными классификациями;
- интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов диагностики;
- оформлять медицинскую документацию.

Студент должен знать:

- топографию органов и систем организма в различные возрастные периоды;
- биоэлектрические, биомеханические и биохимические процессы, происходящие в организме;
- основные закономерности развития и жизнедеятельности организма;

- строение клеток, тканей, органов и систем организма во взаимосвязи с их функцией в норме и патологии;
- основы регуляции физиологических функций, принципы обратной связи, механизм кодирования информации в центральной нервной системе;
- определение заболеваний;
- общие принципы классификации заболеваний;
- этиологию заболеваний;
- патогенез и патологическую анатомию заболеваний;
- клиническую картину заболеваний, особенности течения, осложнения у различных возрастных групп;
- методы клинического, лабораторного, инструментального обследования.

Обеспечение занятия.

1. Оборудование:

- фантомы, муляжи;
- методическое пособие для студентов по теме;
- презентация, учебный фильм по пальпации, перкуссии, аускультации.
- аппаратура, приборы, инструменты, необходимые для диагностики больных.

2. Технические средства обучения:

- компьютер;
- мультимедийный проектор;
- классная доска (меловая/маркерная);
- экран.

3. Наглядные пособия: учебно-методический материал, фантомы и оборудование для отработки практических манипуляций тесты, ситуационные задачи, иллюстрации.

Организационный момент

Преподаватель заполняет журнал, отмечает отсутствующих, проверяет готовность группы и аудитории к занятию. Определяется тема и учебные цели, проясняются вопросы, возникшие у студентов при подготовке к данному занятию.

Актуализация темы.

Лейкозы - это опухоли из кроветворных клеток с первичной локализацией в костном мозге. Они подразделяются на острые и хронические. Причем в основе этого деления лежит не только особенности течения заболевания, но и морфологическая основа опухолевых клеток крови.

Острый лейкоз

Клиника. Острый лейкоз может возникать в любом возрасте. Начинаться заболевание может по-разному - постепенно или остро. Чаще наблюдается острое начало заболевания.

Развернутая клиническая картина заболевания характеризуется следующими 5 клиническими синдромами: 1) лихорадочным; 2) инфекционно-воспалительным и язвенно-некротическим; 3) геморрагическим; 4) анемическим; 5) синдромом внекостномозговых локализаций.

Хронический миелолейкоз – злокачественная опухоль кроветворной ткани, исходящая из клеток-предшественниц миелопоэза.

Хронический лимфолейкоз представляет собой опухолевое заболевание лимфоидной ткани. Основным его морфологическим субстратом являются зрелые лимфоциты, которые разрастаются и накапливаются в костном мозге, печени, селезенке и лимфатических узлах.

Предварительный контроль знаний

1. Классификация миелоидных опухолей.
2. Хронический миелолейкоз: определение, клиническая картина, диагностика.
3. Фаза акселерации хронического миелолейкоза.

4. Идиопатический миелофиброз: определение, клиническая картина, диагностика.
5. Истинная полицитемия: определение, клиническая картина, диагностика.
6. Эссенциальная тромбоцитемия: определение, клиническая картина, диагностика.
7. Острые миелоидные лейкозы: определение, клиническая картина, диагностика.
8. Острый лимфобластный лейкоз: определение, клиническая картина, диагностика.
9. В-клеточный хронический лимфолейкоз: определение, клиническая картина, диагностика.
10. Диагностические критерии хронического лимфолейкоза.
11. Болезнь Ходжкина: определение, клиническая картина, диагностика.

Практическая часть.

- выполнения назначений врача и оценки результатов сестринских вмешательств;
- организации сестринского ухода за пациентами при лейкозах.

Самостоятельная работа. планировать обследование пациента;

- осуществлять сбор анамнеза;
- Провести расспрос с детализацией всех его разделов.
- Провести объективное обследование пациента и оценить данные, полученные при обследовании.

обследовании.

• На основании полученного субъективного и объективного обследования обосновать предварительный диагноз.

- Составить план лабораторно-инструментального исследования больного.
- Оценить данные рентгенологического исследования.

• интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов диагностики;

- оформлять медицинскую документацию.

Составление схем индивидуальных планов обследования при острых и хронических лейкозах.

Решить ситуационные задачи.

Студент выполняет практические манипуляции по алгоритму:

- осмотр состояние кожи и видимых слизистых оболочек;
- пальпация кожи и ее характеристика;
- Перкуссия и пальпация печени, селезенки, лимфатических узлов
- Подготовка пациента к стерильной пункции
- чтение и трактовка общего анализа крови.
- Интерпретации результатов обследования лабораторных и инструментальных методов диагностики, постановки предварительного диагноза;
- Заполнение фрагментов истории болезни, медицинской документации (направлений на исследования)

Практическая подготовка №31 Геморрагические диатезы

Цель занятия:

Изучить современные подходы к диагностике геморрагических диатезов.

Студент должен уметь:

- планировать обследование пациента;
- осуществлять сбор анамнеза;
- применять различные методы обследования пациента;

- формулировать предварительный диагноз в соответствии с современными классификациями;
- интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов диагностики;
- оформлять медицинскую документацию.

Студент должен знать:

- топографию органов и систем организма в различные возрастные периоды;
- биоэлектрические, биомеханические и биохимические процессы, происходящие в организме;
- основные закономерности развития и жизнедеятельности организма;
- строение клеток, тканей, органов и систем организма во взаимосвязи с их функцией в норме и патологии;
- основы регуляции физиологических функций, принципы обратной связи, механизм кодирования информации в центральной нервной системе;
- определение заболеваний;
- общие принципы классификации заболеваний;
- этиологию заболеваний;
- патогенез и патологическую анатомию заболеваний;
- клиническую картину заболеваний, особенности течения, осложнения у различных возрастных групп;
- методы клинического, лабораторного, инструментального обследования.

Обеспечение занятия.

1. Оборудование:

- фантомы, муляжи;
- методическое пособие для студентов по теме;
- презентация, учебный фильм по пальпации, перкуссии, аускультации.
- аппаратура, приборы, инструменты, необходимые для диагностики больных.

2. Технические средства обучения:

- компьютер;
- мультимедийный проектор;
- классная доска (меловая/маркерная);
- экран.

3. Наглядные пособия: учебно-методический материал, фантомы и оборудование для отработки практических манипуляций тесты, ситуационные задачи, иллюстрации.

Организационный момент

Преподаватель заполняет журнал, отмечает отсутствующих, проверяет готовность группы и аудитории к занятию. Определяется тема и учебные цели, проясняются вопросы, возникшие у студентов при подготовке к данному занятию.

Актуализация темы.

Геморрагические диатезы объединяет большую группу заболеваний, протекающих с геморрагическим синдромом.

Выделяют три группы геморрагических диатезов:

1) Тромбоцитопении и тромбоцитопатии – заболевания, обусловленные изменением количества или качественных свойств тромбоцитов. К ним относится прежде всего идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура (ИТП) и тромбоцитопатии различного типа.

2) Вазопатии – процессы, связанные с дефектом сосудистой стенки. В эту группу входят различные по механизму возникновения заболевания: геморрагический васкулит, болезнь Рандю-Ослера, инфекционно токсическое повреждение сосудов (бактериальный эндокардит), авитаминоз С.

3) Коагулопатии – очень большая группа заболеваний, обусловленных дефицитом или молекулярными дефектами плазменных факторов свертывания. Наиболее частыми формами из группы наследственных коагулопатий являются гемофилия А (составляет 68-78%), болезнь Виллебранда (9-18%) и гемофилия В (6-13%). Приобретенные коагулопатии могут возникать в результате нарушения синтеза факторов свертывания в печени, или их повышенного разрушения (аутоиммунная гемофилия А), или при возросшем потреблении (ДВС-синдром).

Вопросы для фронтального опроса

1. Геморрагические диатезы, определение.
2. Гемофилия А: определение, клиника, диагностика.
3. Гемофилия В: определение, клиника, диагностика.
4. Болезнь Виллебранда: определение, клиника, диагностика.
5. Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура: определение, клиника, диагностика.
6. Тромботическая тромбоцитопеническая пурпура: определение, клиника, диагностика.
7. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания: определение, клиника, диагностика.
8. Диагностические критерии острого ДВС-синдрома
9. Диагностические критерии ДВС-синдрома

Практическая часть.

- планировать обследование пациента;

- осуществлять сбор анамнеза;
- Провести расспрос с детализацией всех его разделов.
- Провести объективное обследование пациента и оценить данные, полученные при обследовании.

• На основании полученного субъективного и объективного обследования обосновать предварительный диагноз.

- Составить план лабораторно-инструментального исследования больного.
- Оценить данные рентгенологического исследования.
- интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов диагностики;
- оформлять медицинскую документацию.

Самостоятельная работа. планировать обследование пациента;

- осуществлять сбор анамнеза;
- Провести расспрос с детализацией всех его разделов.
- Провести объективное обследование пациента и оценить данные, полученные при обследовании.

• На основании полученного субъективного и объективного обследования обосновать предварительный диагноз.

- Составить план лабораторно-инструментального исследования больного.
- Оценить данные рентгенологического исследования.
- интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов диагностики;
- оформлять медицинскую документацию.

Составление схем индивидуальных планов обследования при геморрагических диатезах

Решить ситуационные задачи.

Студент выполняет практические манипуляции по алгоритму:

- осмотр состояние кожи и видимых слизистых оболочек;
- пальпация кожи и ее характеристика;

- Перкуссия и пальпация печени, селезенки, лимфатических узлов
- Забор крови на биохимическое исследование
- чтение и трактовка общего анализа крови.
- Интерпретации результатов обследования лабораторных и инструментальных методов диагностики, постановки предварительного диагноза;
- Заполнение фрагментов историй болезни, медицинской документации (направлений на исследования)

Практическая подготовка №32 Ревматоидный артрит. Деформирующий остеоартроз

Ревматоидный артрит — хроническое системное аутоиммунное заболевание соединительной ткани, сопровождающееся преимущественным поражением периферических суставов с развитием в них эрозивно-деструктивных изменений и анкилозирования.

Лечение. Цель лечения — уменьшение или устранение симптомов артрита и внесуставных проявлений, контроль над воспалительной активностью, предотвращение прогрессирования костно-суставной деструкции, сохранение и существенное улучшение качества жизни, увеличение продолжительности жизни до среднего уровня в популяции.

Базисная терапия. Базисные противовоспалительные препараты - главный компонент лечения ревматоидного артрита (Метотрексат, Лефлуномид (Арава)).

Биологическая терапия. Введение генно-инженерных биологических препаратов стало главным прорывом в лечении ревматических заболеваний.

Данные лекарственные средства представляют собой искусственные антитела (белки из группы иммуноглобулинов).

Симптоматическая терапия. Применяют нестероидные противовоспалительные препараты. Их особенность — быстрое наступление терапевтического эффекта, активное подавление боли и воспаления.

Деформирующий остеоартроз – прогрессирующее дистрофическое изменение костных суставов с первичным повреждением хрящевых тканей и последующей дегенерацией всего комплекса костно-суставного аппарата. Деформирующий остеоартроз характеризуется артралгией, функциональной недостаточностью суставов и выраженными изменениями их формы. Фармакотерапия деформирующего остеоартроза направлена на замедление прогрессирования дегенеративных процессов, уменьшение боли и улучшение функционирования суставов; в некоторых случаях показано эндопротезирование суставов. Течение деформирующего остеоартроза медленно прогрессирующее с развитием анкилоза или патологической нестабильности сустава.

В ходе диагностики деформирующего остеоартроза пациент проходит консультацию ревматолога и исследования, позволяющие определить состояние и степень функциональной полноценности сустава по характерным клиническим критериям. Основными являются данные рентгенодиагностики, показывающие сужение суставных щелей, разрастание остеофитов, деформацию суставных участков кости: наличие кист, субхондрального остеосклероза. Для более детальной оценки изменений хряща при деформирующем остеоартрозе дополнительно проводят УЗИ, КТ позвоночника и МРТ больного сустава.

По показаниям выполняют пункцию сустава. В сложных случаях выполняют артроскопию с прицельным забором материала и морфологическим изучением биоптатов синовиальной оболочки, суставной жидкости, хрящевой ткани, выявляющим дистрофические и дегенеративные изменения сустава.

Терапия деформирующего остеоартроза включает комплексный подход с учетом этиологических обстоятельств, систематичность и длительность лечения. В первую очередь требуется разгрузить больной сустав (особенно опорный), снизить двигательную

активность, избегать длительной ходьбы, фиксированных поз и ношения тяжестей, при ходьбе пользоваться тростью.

Вопросы для самоподготовки

1. Что такое ревматоидный артрит; деформирующий остеоартроз
2. Перечислите и охарактеризуйте основные причины возникновения и развития деформирующего остеоартроза
3. Назовите внешние факторы способствующие развитию остеоартроза
4. Опишите клиническую картину деформирующего остеоартроза
5. Перечислите и опишите стадии заболевания
6. Перечислите основные принципы лечения деформирующего остеоартроза
7. Назовите основные направления профилактики заболевания
8. Этиология ревматоидного артрита
9. Охарактеризуйте стадии течения ревматоидного артрита
10. Опишите клиническую картину данного заболевания
11. Перечислите основные принципы лечения ревматоидного артрита
12. Перечислите основные принципы лечения ревматоидного артрита, деформирующего остеоартроза
13. Назовите основные направления профилактики заболевания
14. Опишите методики тренировки пораженных суставов
15. Особенности ухода за этими больными
16. Самоуход при развитии ограничения движений и полной неподвижности в суставах.

Решить тесты:

Вариант № 1

Выбери один правильный ответ

1. Основными факторами развития ревматоидного артрита являются
 - а) хронические кровопотери, избыточное употребление углеводов
 - б) наследственность, переохлаждение, вирусная инфекция
 - в) наследственность, избыточное употребление углеводов
 - г) стресс, гиповитаминоз, переутомление
2. Пациент, страдающий ревматоидным полиартритом, получает нестероидные противовоспалительные препараты. С целью профилактики побочного действия этих препаратов медсестра объяснила правила их приёма
 - а) до еды, запивать молоком
 - б) на ночь
 - в) после еды
 - г) до еды, запивать минеральной водой
3. При сборе информации у пациента с жалобами на боли в суставах медсестре следует спросить о
 - а) наличии скованности в суставах по утрам
 - б) наличии отёков на лице
 - в) количестве употребляемой жидкости
 - г) наличии вредных привычек
4. При объективном обследовании пациента с ревматоидным полиартритом медсестре следует обратить внимание на
 - а) чистоту кожных покровов
 - б) конфигурацию суставов
 - в) наличие сколиоза
 - г) увеличение лимфатических узлов
5. Потенциальная проблема пациента, длительно страдающего ревматоидным полиартритом
 - а) слабость

- б) длительный кашель
- в) утрата способности к самообслуживанию
- г) запор

6. При ревматоидном артрите преимущественно поражаются суставы

- а) коленные
- б) плечевые
- в) тазобедренные
- г) пястнофаланговые

7. Наиболее часто побочным действием при применении НПВП является развитие

- а) гепатита
- б) диспепсических нарушений
- в) крапивницы
- г) анемии

8. Для уменьшения побочного действия НПВП необходимо применение

- а) омепразола
- б) преднизолона
- в) сульфазалазина
- г) делагила

9. Пациентам, страдающим ревматоидным артритом, при первой стадии показана

трудотерапия в виде

- а) плетения, вязания, лепки
- б) работы с марлей, ватой, раскрой одежды
- в) обучение приемам самообслуживания
- г) трудотерапия не показана

10. У пациентов, длительно страдающих ревматоидным артритом, характерно

возникновение

- а) желтухи
- б) запора
- в) влажного кашля
- г) деформации суставов

Вариант № 2

Выбери один правильный ответ

1. Внешними факторами возникновения первичного остеоартроза являются

- а) профессиональные нагрузки на сустав, вирусная инфекция
- б) дисплазия суставных поверхностей
- в) сколиоз позвоночника
- г) нарушение кровоснабжения суставов

2. Характерные симптомы деформирующего остеоартроза

- а) боль в суставе в покое
- б) боль при длительном сидении
- в) боль в суставе после движения
- г) мышечные боли в покое

3. Для остеоартроза тазобедренного сустава характерно

- а) изменение походки, ограничение подвижности в суставе
- б) возникновение O-образной формы ног
- в) возникновение X-образной формы ног
- г) боли в нижней части спины

4. Для остеоартроза суставов позвоночника шейного отдела характерно

- а) возникновение O-образной формы ног
- б) головокружение, тошнота, рвота
- в) вынужденное положение с наклоном вперед и в стороны
- г) изменение походки

5. Пациентам страдающим деформирующим остеоартрозом нежелательно

- а) выполнение стереотипных движений
- б) длительное стояние на ногах
- в) выполнение движений через боль
- г) все вышеперечисленное

6. При деформирующем остеоартрозе чаще поражаются суставы

- а) локтевые
- б) плечевые
- в) тазобедренные, коленные
- г) пястнофаланговые

7.

Потенциальная проблема пациента при деформирующем остеоартрозе тазобедренного сустава

- а) боль при ходьбе
- б) развитие хромоты
- в) головокружение, обмороки
- г) вынужденное положение тела

8. Настоящая проблема пациента при деформирующем остеоартрозе коленного сустава

- а) боль в нижней части спины
- б) боль при ходьбе по лестнице
- в) боль, возникающая в покое
- г) боли в области сердца, при подъеме руки

9. Основные направления профилактики возникновения, деформирующего остеоартроза коленного сустава

- а) снижение массы тела до нормальных величин
- б) исключение стрессов
- в) исключение занятий физкультурой
- г) увеличение в питании продуктов содержащих белок

10. Приоритетная проблема пациента при деформирующем остеоартрозе тазобедренного сустава

- а) боль в суставе, возникающая в покое
- б) боль в суставе, возникающая после движения
- в) боль в суставе, уменьшающаяся после движения
- г) боль в суставе не зависящая от нагрузки

Решить задачу:

Больная 65 лет, жалуется на постоянные ноющие боли в мелких суставах кистей, усиливающиеся после работы, к концу дня, ограничение движений пальцев рук. Утром скованность в пределах 10-15 минут. Периодически использует НПВС мази с кратковременным положительным эффектом. При осмотре кисти слегка пастозные, пальцы деформированы, прослеживаются узелки Гебердена. На рентгенограммах кистей сужение суставных щелей межфаланговых суставов, субхондральный остеосклероз.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какие лабораторные и рентгенологические изменения характерны для данной патологии.
3. С каким заболеванием следует проводить дифференциальную диагностику.
4. Какие методы лечения возможно использовать при данном заболевании.

Практическая подготовка №33 Остеопороз. Болезнь Бехтерева

Анкилозирующий спондилит (АС) — хроническое системное воспалительное заболевание, характеризующееся преимущественным поражением крестцово-подвздошных сочленений и позвоночника.

АС относится к группе серонегативных спондилоартритов, куда включены также реактивные артриты, псориатический артрит, спондилоартриты при неспецифическом язвенном колите и болезни Крона, а также недифференцированные спондилоартриты. Этим заболеваниям свойственны следующие общие черты: несимметричный олигоартрит преимущественно нижних конечностей, энтезиты, сакроилеит и поражение других отделов позвоночника, а также передний увеит, аортит, наследственная предрасположенность, частое наличие HLA-B27 и отсутствие РФ в сыворотке крови.

Клинические признаки

1. Боли в нижней части спины, длящиеся не менее 3 мес, уменьшающиеся после физических упражнений и не стихающие в покое.
2. Ограничения движений в поясничном отделе позвоночника в сагиттальной и фронтальной плоскости.
3. Уменьшение дыхательной экскурсии грудной клетки в сравнении с нормальными значениями (для пола и возраста).

· Рентгенологические признаки

1. Двухсторонний сакроилеит (стадии 2-4).
2. Односторонний сакроилеит (стадии 2-4).

Цели терапии

- Уменьшение выраженности боли в позвоночнике, периферических суставах и энтезисах, поддержание подвижности позвоночника.

- Купирование увеита.

- Возможность замедления прогрессирования болезни не доказана.

Общие рекомендации

· Мультидисциплинарный подход, основанный на использовании нефармакологических и фармакологических методов.

· Информирование больных о характере заболевания, побочных эффектах применяемых ЛС.

· Избегать факторов, которые могут провоцировать обострение или прогрессирование заболевания:

- рациональная организация рабочего места, сиденья в автомобиле (поддержание правильной осанки) и устройства постели (жёсткое основание и подушка небольших размеров)

- избегать тяжёлой физической нагрузки на суставы

- не применять ортезы, корсеты и другие приспособления (неэффективны при АС)

- отказ от курения (модифицируемый фактор риска неблагоприятного функционального исхода)

- проведение ежегодной вакцинации от гриппа.

Студент должен знать:

1 Рассмотреть классификацию и этиопатогенез остеопороза.

2 Рассмотреть вопросы диагностики остеопороза и дифференциальной диагностики заболеваний, сопровождающихся остеопорозом или костной деструкцией.

3 Рассмотреть принципы диагностики переломов на фоне остеопороза, особенности клинической и рентгенологической картины.

4 Рассмотреть вопросы профилактики остеопороза, профилактики переломов при остеопорозе.

5 Выбор метода лечения переломов при различных вариантах остеопороза: показания и противопоказания к консервативному и оперативному лечению.

6 Рассмотреть принципы реабилитации пациентов с переломами на фоне остеопороза.

7 Рассмотреть принципы лечения остеопороза у пациентов с остеопоротическими переломами.

Решить тесты:

1 Остеопороз характеризуется всеми перечисленными признаками, кроме:

- а) снижением минеральной плотности кости
- б) болями в позвоночнике
- в) нарушением качества (архитектоники) костной ткани
- г) хрупкостью костей
- д) болями в стопах

2 Остеопороз – это:

- а) вторичный признак эндокринных заболеваний
- б) воспалительное заболевание позвоночника
- в) аутоиммунное заболевание
- г) воспалительное заболевание суставов
- д) системное заболевание скелета

3 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

4 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

5 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

6 Какие мероприятия из перечисленных являются первичной профилактикой остеопороза:

- а) физкультура и спорт
- б) пропаганда здорового образа жизни
- в) прием препаратов кальция и витамина Д3
- г) своевременное выявление лиц с повышенным риском развития остеопороза
- д) все перечисленное верно

7 Какие мероприятия из перечисленных не являются профилактикой падений у лиц пожилого и старческого возраста:

- а) использование трости
- б) своевременное хирургическое лечение заболеваний глаз
- в) своевременное лечение ХЦВН
- г) ежедневная длительная ходьба
- д) регулярная ЛФК

8 Какие мероприятия из перечисленных являются профилактикой прогрессирования остеопороза у пациентов пожилого и старческого возраста:

- а) отказ от табакокурения
- б) здоровый образ жизни
- в) прием препаратов кальция и витамина Д3
- г) ежедневные занятия физкультурой

д) все перечисленное верно

9 Профилактике перелома шейки бедра у лиц пожилого и старческого возраста способствуют все факторы, кроме:

- а) лечение системного остеопороза
- б) использование трости при ходьбе
- в) ограничение физической активности
- г) лечебная физкультура
- д) контроль артериального давления

10 Какие переломы не являются типичными для остеопороза:

- а) переломы проксимального отдела бедренной кости
- б) переломы тел позвонков
- в) переломы лонной и седалищной кости
- г) переломы дистального отдела лучевой кости
- д) переломы проксимального отдела плечевой кости

11 Какие факторы риска остеопороза относятся к модифицируемым:

- а) системный прием глюкокортикоидов более трех месяцев
- б) табакокурение
- в) недостаточное потребление кальция
- г) дефицит витамина D
- д) все перечисленное

12 Какой из клинических признаков не характерен для остеопороза:

- а) постоянная боль в суставах
- б) вертеброгенный болевой синдром
- в) усиление грудного кифоза
- г) снижение роста
- д) острая боль в спине при переломе позвонков

13 Какие переломы наиболее часто встречаются при остеопорозе:

- а) перелом шейки бедра
- б) переломы тел позвонков
- в) перелом хирургической шейки плеча
- г) перелом лучевой кости в типичном месте
- д) правильно а) и б)

14 При какой локализации остеопоротических переломов наиболее высока летальность:

- а) переломы лучевой кости
- б) переломы грудных позвонков
- в) переломы проксимального отдела бедренной кости
- г) переломы проксимального отдела плечевой кости
- д) переломы поясничных позвонков

Ситуационные задачи:

1 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.

Вопросы:

- 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.

Тестовые задания исходного уровня знаний

1. 33-летний мужчина обратился с жалобами на боли и скованность в шейном, грудном и поясничном отделах позвоночника, боли в ягодицах, усиливающиеся по ночам. При объективном исследовании обнаружен кифоз шейного отдела позвоночника; паравerteбральные мышцы напряжены. Периферические суставы не изменены. Общий анализ крови: Hb 126 г/л, лейкоциты $6 \cdot 10^9$ /л, СОЭ 38 мм/ч. Общий анализ мочи без патологии. На обзорной рентгенограмме костей таза: суставные щели подвздошных суставов с обеих сторон сужены, эрозивны со стороны подвздошных костей.

Вопросы:

Предполагаемый диагноз?

1. ревматоидный артрит
2. Болезнь Бехтерева
3. Остеоартроз
4. Псориатический артрит
5. Подагра

Выберите препарат для длительного приема в данной ситуации:

1. преднизолон
2. индометацин
3. тетрациклин
4. аллопуринол

2. 25-летний больной с анкилозирующим спондилоартритом записался на прием по телефону, забыв назвать свою фамилию. По какому внешнему признаку можно узнать этого пациента, когда он входит в кабинет?

1. Шагает, высоко поднимая «шлепающую» стопу
2. Рукой «просит», ногой «косит»
3. Утиная походка вперевалочку
4. Голова фиксирована в положении почтительного наклона
5. С трудом сохраняет равновесие.

3. У мужчины 27 лет боли локализуются в поясничном отделе позвоночника и ягодичных областях, тазобедренных и плечевых суставах. Утренняя скованность длится около 1 часа. На коже высыпаний нет. Явления ахиллобурсита. Общий анализ крови: Hb 123 г/л, лейкоциты $6.2 \cdot 10^9$ /л, лейкоцитарная формула не изменена, СОЭ 34 мм/ч. Общий анализ мочи без патологии. При рентгенологическом исследовании крестцово-подвздошных суставов обнаружено симметричное эрозивное поражение суставных поверхностей, сужение суставных щелей. В поясничном отделе позвоночника – тонкие линейные синдесмофиты.

Выберите вариант, соответствующий следующим клиническим ситуациям:

1. Псориатический артрит
2. Анкилозирующий спондилоартрит
3. Реактивный артрит
4. Спондилоартрит на фоне неспецифического язвенного колита
5. Болезнь Бехчета.

4. Мужчина 29 лет жалуется на боль в поясничном отделе позвоночника, боли в дистальных и проксимальных межфаланговых суставах кистей рук. На коже – розовые

бляшки с элементами шелушения. Явления ахиллобурсита. Общий анализ крови: Нб 123 г/л, лейкоциты $5.6 \cdot 10^9$ /л, лейкоцитарная формула не изменена, СОЭ 32 мм/ч. Общий анализ мочи без патологии. При рентгенологическом исследовании крестцово-подвздошных суставов обнаружено эрозирование суставных поверхностей и сужение суставной щели слева. В поясничном отделе позвоночника – грубые паравертебральные оссификаты, не связанные с позвонками.

Выберите вариант серонегативной спондилоартропатии, соответствующий следующим клиническим ситуациям:

1. Псориатический артрит
2. Анкилозирующий спондилоартрит
3. Реактивный артрит
4. Спондилоартрит на фоне неспецифического язвенного колита
5. Болезнь Бехчета.

Укажите ошибку

5. У больного, 39 лет, прогрессирующий вариант болезни Бехтерева с поражением позвоночника, периферических суставов. Рентгенологически – анкилозирующий спондилит. СОЭ 34 мм/ч, СРБ ++. Метод лечения?

1. противовоспалительные нестероидные средства
2. физиотерапия
3. ЛФК, массаж
4. глюкокортикостероиды
5. санаторно-курортное лечение.

Укажите ошибку

6. Для анкилозирующего спондилоартрита характерно:

1. ограничение подвижности позвоночника
2. напряжение прямых мышц спины
3. двусторонний эрозивный сакроилеит при рентгенографии
4. сглаженность изгибов позвоночника
5. утренняя скованность позвоночника.

Практическая подготовка №34 Подагра

Подагра - хроническое заболевание, связанное с нарушением мочекишечного обмена - повышением содержания в крови мочевой кислоты и отложением в тканях кристаллов натриевой соли мочевой кислоты (уратов), что клинически проявляется рецидивирующим острым артритом и образованием подагрических узлов (тофусов).

Этиология и патогенез.

- длительная гиперурикемия

-увеличение содержания уратов:

-Избыточное потребление пищи, богатой пуринами, алкоголя, фруктозы:

-Гематологические: эссенциальная полицитемия, хронический миелолейкоз, гемолитическая анемия, миеломная болезнь (распад клеточных ядер и усиленного катаболизма клеточных нуклеотидов)

•ЛС: этанол, цитотоксические, витамин В12

•Другие: ожирение, псориаз, гипертриглицеридемия

- снижение почечной экскреции уратов.

•ЛС: циклоспорин, инсулин, тиазидные диуретики, фуросемид и другие петлевые диуретики, этамбутол, пиперазинид, аспирин (в низких дозах), леводопа, никотиновая кислота

•Алкоголь

•Почечные: гипертензия, поликистоз почек, хр. почечная недостаточность любой этиологии

- Метаболические/эндокринные: дегидратация, ацидоз, кетоз, гипотиреоз, гиперпаратиреоз

- Другие: ожирение, саркоидоз, токсикоз беременных

Первичная гиперурикемия - конституциональный диспуринизм или семейногенетическая аномалия пуринового обмена, детерминированная несколькими генами.

Фронтальный опрос:

1. Дайте определение «подагрические тофусы»
2. Провоцирующими факторами при подагре являются?
3. Какое первичное проявление подагры?
4. Назовите стадии подагры
5. Что такое подагрические тофусы?
6. Какое лечение рекомендовано при формировании крупных тофусов?
7. Назовите группу препаратов применяемых для достижения стойкого снижения мочевой кислоты
8. Что включает в себя комплексное лечение подагры?

Решить тесты:

1. Какой из признаков более характерен для артрита в отличие от артроза?
 - а) боли при движении
 - б) хруст в суставе
 - в) разрастание кости
 - г) опухание и повышение кожной температуры
 - д) ограничение подвижности
2. При остеоартрозе наблюдается:
 - а) синдром Рейно
 - б) наличие паннуса
 - в) развитие амилоидоза почек
 - г) наличие остеофитов
 - д) ничего из приведенного
3. Для подагры характерно поражение почек, кроме:
 - а) мочекаменной болезни
 - б) хронического нефрита
 - в) интерстициального нефрита
 - г) амилоидоза.
4. Какое лечение наиболее целесообразно при остром приступе подагры?
 - а) аллопуринол
 - б) нестероидные противовоспалительные средства
 - в) кортикостероиды
 - г) иммобилизация пораженных суставов
 - д) холод на стопы
5. При подагре наблюдается все, кроме:
 - а) "штампованные" дефекты эпифизов костей
 - б) в области пораженных суставов аннулярная эритема
 - в) гиперурикемия
 - г) развитие интерстициального нефрита
 - д) мочекаменная болезнь
6. Может ли серонегативный моноартрит коленного сустава, длящийся 6 мес., быть расценен как ревматоидный?
 - а) да
 - б) нет
7. Больная К.. 39 лет. жалуется на боли и припухлость в пястно-фаланговых, лучезапястных, коленных суставах: отмечает утреннюю скованность в течение 1 ч,

повышение температуры тела до 38 С, появление язвы на передней поверхности средней трети левой голени. При объективном исследовании лёгких, сердечнососудистой системы, органов брюшной полости изменений не выявлено. Ревматоидный фактор 1:640. Антиядерные АТ отсутствуют. Глюкоза крови 4.7 ммоль/л. НВsAgHe обнаружен. Какое поражение сосудов имеется у больной?

- а) диабетическая ангиопатия.
- б) волчаночный васкулит.
- в) узелковый периартериит.
- г) микроскопический полиартериит.
- д) ревматоидный васкулит.

Вопросы 8-10. Женщина 24 лет, официантка по профессии, обратилась с жалобами на боли в коленных суставах, I плюснефаланговом, проксимальных и дистальных межфаланговых суставах кистей. Боли возникают остро, часто на фоне приёма алкоголя: суставная атака развивается быстро, в течение дня, возникают отёк и гиперемия указанных суставов. Вне суставного обострения выявляются только узелки *Гебердена*. В анамнезе мочекаменная болезнь. Мать больной страдала аналогичным заболеванием

8. Выберите правильный диагноз.

- а) остеоартроз.
- б) ревматоидный артрит.
- в) реактивный артрит.
- г) подагра.

9. Выберите базисный препарат для лечения больной.

- а) аллопуринол.
- б) ауранофин.
- в) румалон.
- г) пробенецид.
- д) колхицин.

10. Для лечения артрита в указанной ситуации может быть выбран любой НПВС, кроме:

- а) индометацина:
- б) диклофенака:
- в) ибупрофена:
- г) ацетилсалициловой кислоты.

11. Больная первичным остеоартрозом жалуется на внезапно возникшую полную невозможность движения в правом коленном суставе. Больна остеоартрозом в течение 15 лет. Травмы в анамнезе отрицает. Назовите наиболее вероятную причину блокады сустава.

- а) реактивный синовит
- б) внутрисуставной перелом
- в) «суставная мышь»

11. Больной 26 лет жалуется на боли в левом коленном суставе и повышение температуры тела до 39 °С. Объективно: в левом коленном суставе определяется симптом баллотирования надколенника. Кожа над суставом красная, горячая. Движения резко болезненны. Увеличены паховые лимфатические узлы. Со стороны лёгких, сердца и органов живота патологии не выявлено. Общий анализ крови: НЬ 126 г/л, лейкоцитов $12.6 \cdot 10^9$ /л, в лейкоцитарной формуле 70% нейтрофилов, СОЭ 44 мм/ч. Общий анализ мочи: следы белка, лейкоцитов 12-15 в поле зрения. Анализ синовиальной жидкости: мутная, лейкоцитов $50 \cdot 10^9$ /л, нейтрофилов 76%.

Ситуационные задачи по теме

Задача №1

После длительной ходьбы у больного 47 лет с избыточным весом тела появились боли в коленных суставах, боли носят постоянный характер, усиливающиеся при нагрузке. Коленные суставы отечны, горячие наощупь, гиперемии нет. Температура тела нормальная, показатели крови не изменены. На рентгенограмме коленных суставов подхрящевой остеосклероз, межсуставная щель сужена умеренно.

- 1) Ваш диагноз?
- 2) С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
- 3) Назовите факторы риска остеоартроза у пациента.
- 4) Как купировать явления синовита?
- 5) Базисная терапия остеоартроза?

Задача №2

Больную 62 лет последние 2 года беспокоят боли в коленных суставах, больше в правом, возникающие при ходьбе, усиливающиеся при спуске по лестнице. При осмотре правый коленный сустав несколько увеличен в размере за счет выпота. Кожа над ним теплее, чем над левым суставом.

- 1) Поставьте диагноз.
- 2) Назначьте дополнительные исследования
- 3) Какая боль характерна для остеоартроза.
- 4) Какие изменения можно ожидать на рентгенограмме.
- 5) Выпишите рецепт на целекоксиб

Задача №3

Больная 68 лет жалуется на боли преимущественно в межфаланговых суставах рук, коленных, особенно при изменении атмосферного давления и после нагрузки, периодически бывает небольшая припухлость этих суставов. Заболела 10 лет назад, температура всегда была нормальная. У матери болели суставы в пожилом возрасте. Объективно: тучная женщина. Межфаланговые суставы рук деформированы за счет костных образований, болезненны при движении. Хруст при движении в коленных суставах, по медиальной поверхности левого коленного сустава - гиперемия и болезненность при пальпации. Рентгенография коленных суставов: сужение суставной щели, выраженные остеофиты. Анализ крови: Л- $6,2 \cdot 10^9/\text{л}$, СОЭ 12 мм/ч, СРБ +, РФ отр.

- 1) Ваш диагноз?
- 2) Как называются описанные изменения в межфаланговых суставах кистей?
- 3) С чем следует провести дифференциальный диагноз?
- 4) Факторы риска заболевания у данной больной?
- 5) Выпишите рецепт на мелоксикам.

Практические занятия №5 Крапивница. Отек Квинке

Цель занятия:

Изучить современные подходы к диагностике аллергических заболеваний.

Студент должен уметь:

- планировать обследование пациента;
- осуществлять сбор анамнеза;
- применять различные методы обследования пациента;
- формулировать предварительный диагноз в соответствии с современными классификациями;
- интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов диагностики;
- оформлять медицинскую документацию.

Студент должен знать:

- топографию органов и систем организма в различные возрастные периоды;

- биоэлектрические, биомеханические и биохимические процессы, происходящие в организме;
- основные закономерности развития и жизнедеятельности организма;
- строение клеток, тканей, органов и систем организма во взаимосвязи с их функцией в норме и патологии;
- основы регуляции физиологических функций, принципы обратной связи, механизм кодирования информации в центральной нервной системе;
- определение заболеваний;
- общие принципы классификации заболеваний;
- этиологию заболеваний;
- патогенез и патологическую анатомию заболеваний;
- клиническую картину заболеваний, особенности течения, осложнения у различных возрастных групп;
- методы клинического, лабораторного, инструментального обследования.

Обеспечение занятия.

1. Оборудование:

- фантомы, муляжи;
- методическое пособие для студентов по теме;
- презентация, учебный фильм по пальпации, перкуссии, аускультации.
- аппаратура, приборы, инструменты, необходимые для диагностики больных.

2. Технические средства обучения:

- компьютер;
- мультимедийный проектор;
- классная доска (меловая/маркерная);
- экран.

3. Наглядные пособия: учебно-методический материал, фантомы и оборудование для отработки практических манипуляций тесты, ситуационные задачи, иллюстрации.

Организационный момент

Преподаватель заполняет журнал, отмечает отсутствующих, проверяет готовность группы и аудитории к занятию. Определяется тема и учебные цели, проясняются вопросы, возникшие у студентов при подготовке к данному занятию.

Актуализация темы.

Аллергозы - заболевания, при которых главным в патогенезе являются аллергические реакции.

К аллергозам относят:

- экзогенную бронхиальную астму,
- контактный и атопический дерматит,
- крапивницу,
- отёк Квинке,
- анафилактический шок,
- реакцию на ужаление насекомых,
- поллиноз (сенная лихорадка – реакция на пыльцу растений),
- сывороточную болезнь,
- пищевую и лекарственную аллергию,
- аллергический (атопический) ринит (сезонный катар) и
- альвеолит.

Аллергозы вызываются различными аллергенами.

Крапивница (уртикария) - самое частое аллергическое заболевание. Каждый третий человек хотя бы раз в жизни болел крапивницей.

Отёк Квинке (синоним: ангионевротический отёк) - острый, внезапно развившийся, ограниченный отёк кожи и подкожной клетчатки и (или) слизистых оболочек. Отёк Квинке

- бледный плотный не зудящийся инфильтрат, при надавливании на который не остаётся ямки. Чаше он появляется в местах с рыхлой подкожной клетчаткой: губах, веках, мошонке, слизистой оболочке рта, мочке уха.

Предварительный контроль знаний

1. Аллергические реакции немедленного типа.
2. Цитотоксические аллергические реакции.
3. Иммунокомплексные аллергические реакции.
4. Аллергические реакции замедленного типа (повышенная чувствительность замедленного типа).

5. Иммунологическая стимуляция.

6. Антителозависимая клеточная цитотоксичность.

7. Аллергозы : определение.

8. Классификация аллергенов.

9. Крапивница: причины, клиника, диагностика.

10. Отёк Квинке: причины, клиника, диагностика.

11. Сывороточная болезнь: причины, клиника, диагностика.

Самостоятельная работа. планировать обследование пациента;

- осуществлять сбор анамнеза;

- Провести расспрос с детализацией всех его разделов.

- Провести объективное обследование пациента и оценить данные, полученные при обследовании.

- На основании полученного субъективного и объективного обследования обосновать предварительный диагноз.

- Составить план лабораторно-инструментального исследования больного.

- Оценить данные рентгенологического исследования.

- интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов диагностики;

- оформлять медицинскую документацию.

Составление схем индивидуальных планов обследования при аллергозах.

Работа с лекционным материалом, учебниками, справочниками и другими источниками информации по теме занятия

Решить ситуационные задачи.

Студент выполняет практические манипуляции по алгоритму:

- Подсчёт и характеристика пульса.

- Измерение АД и его оценка.

- Аускультация сердца.

- Аускультация лёгких.

- Взятие крови на биохимическое исследование

- Забор крови на биохимическое исследование

- Интерпретации результатов обследования лабораторных и инструментальных методов диагностики, постановки предварительного диагноза;

- Заполнение фрагментов историй болезни, медицинской документации (направлений на исследования)

Практическая подготовка №35 Анафилактический шок

Анафилактический шок – самое грозное проявление аллергической реакции I типа. Чаще всего аллергеном являются лекарственные средства. Реакция возникает при любом способе введения, но самым опасным является в/в. Частой причиной шока являются яды насекомых, поступающих в организм при ужалении. Особенно опасно ужаление в голову, шею.

Клиника анафилактического шока

Тяжесть течения анафилактического шока зависит от индивидуальной чувствительности пациента и от способа внедрения аллергена (ингаляционного, внутривенного, перорального, контактного или др.).

Так, при вдыхании аллергена или его употреблении с пищей, первые признаки анафилактического шока начинают ощущаться от 3-5 мин, до нескольких часов, при внутривенном попадании аллергена развитие симптоматики происходит практически мгновенно «на конце иглы».

Начальные симптомы шокового состояния обычно проявляются беспокойством, головокружением вследствие гипотензии, головной болью, беспричинным страхом.

Выделяют следующие варианты анафилактического шока, в зависимости от ведущего клинического симптома:

- 1.типичный;
- 2.гемодинамический;
- 3.асфиктический;
- 4.церебральный;
- 5.абдоминальный.

Все варианты клинического течения анафилактического шока протекают на фоне нарушения гемодинамики, также могут сопровождаться кожными проявлениями.

Анафилактический шок любой степени тяжести это абсолютное показание к госпитализации и лечению пациента в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ).

Неотложная помощь при анафилактическом шоке основывается на 3-х принципах:

- 1.максимально быстрое оказание помощи;
- 2.воздействие на все звенья патогенеза;
- 3.непрерывный мониторинг деятельности сердечно - сосудистой, дыхательной, нервной систем.

Основные направления:

- купирование сердечной недостаточности;
- терапия, направленная на снятие симптомов бронхоспазма;
- профилактика осложнений со стороны желудочно-кишечной и выделительной систем.

Контрольные вопросы:

- 1.Дайте понятие, что такое анафилаксия?
- 2.Что такое эндоаллергены?
- 3.Что такое экзоаллергены?
- 4.Перечислите какие препараты относятся к медикаментозным аллергенам?
- 5.Перечислите стадии аллергической реакции?
6. Дайте характеристику иммунологической стадии?
7. Дайте характеристику биохимической стадии?
- 8.Охарактеризуйте стадию клинических проявлений?
- 9.Какие знаете варианты течения анафилактического шока?
- 10.Клиника типичного варианта анафилактического шока?
11. Клиника гемодинамического варианта анафилактического шока?
12. Клиника асфиктического варианта анафилактического шока?
13. Клиника церебрального варианта анафилактического шока?
14. Клиника абдоминального варианта анафилактического шока?
- 15.Перечислите возможные осложнения анафилактического шока?
- 16.Диагностика анафилактического шока?
- 17.С какими заболеваниями необходимо дифференцировать анафилактический шок?
- 18.Первая доврачебная помощь при анафилактическом шоке?

19. Медикаментозная помощь при анафилактическом шоке, перечислите лекарственные препараты?

21.Профилактика аллергических заболеваний, вызывающих анафилактический шок?

22.Действия сестринского персонала для профилактики анафилактического шока?

Определи синдром

1. Каждую весну во время цветения сирени у пациентки появляются обильный насморк,чихание, слезотечение, зуд в области глаз и носа, головная боль, субфебрильная температура.

2. После употребления в пищу яиц у пациента появились на, коже рук, груди, на лице обильные ярко красные сильно зудящие высыпания.

3. У молодой девушки после применения новомодного крема появилась отечность лиц особенно выраженная в области глаз, быстро нарастающая и распространяющаяся на ушные раковины и другие участки тела.

Задание – Знающий фельдшер

1. Перечислите основные вопросы которые вы зададите пациенту с аллергозом при сборе анамнеза

2. Назовите методы диагностики аллергозов.

3.Расскажите о лечении острых аллергозов,

3. Перечислите меры профилактики острых аллергозов.

Задание - Продемонстрируй умения

1. Продемонстрировать технику внутривенного капельного введения лс

2. Продемонстрируйте внутривенное введение лекарственного средства

3. Продемонстрируйте технику внутримышечной инъекции на фантоме.

Разбор ситуационных задач

Задача 1.

Вы фельдшер здравпункта завода. К Вам обратился мужчина 32 лет, с жалобами на сильный кожный зуд, появление волдырей по всему телу. Заболевание связывает с употреблением рыбы. Болен 2-й день.

Объективно: температура 37,1° С. Состояние удовлетворительное. Кожа гиперемированная, по всей поверхности тела определяется волдырная сыпь разного размера, на гиперемированном фоне кожи. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в мин. АД 120/80 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задание.

Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.

Составьте алгоритм диагностических и лечебных мероприятий оказания неотложной помощи.

Задача 2

Вы фельдшер скорой помощи. К Вам обратился пациент В., 43 лет с жалобами на приступ удушья, особенно затруднен выдох, общую слабость, недомогание. У матери также отмечались приступы удушья. У пациента имеется пыльцевая аллергия на цветение травы (название не помнит).

Болен 3 года, указанные жалобы возникают ежегодно в июне, в июле все симптомы исчезают. Ухудшение состояния связывает с прогулкой в больничном садике.

Объективно: состояние средней тяжести. Больная сидит, опираясь руками о край стула. Кожа чистая, с цианотичным оттенком. Грудная клетка бочкообразная, над- и подключичные области сглажены, межреберные промежутки расширены, отмечается набухание шейных вен, участие вспомогательной мускулатуры, втяжение межреберий. Дыхание громкое, со свистом и шумом, 26 раз в мин. На расстоянии слышны свистящие хрипы. ЧДД - 26 в мин. Тоны сердца ритмичные, ясные, 92 в мин., АД 110/70 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задание.

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Продемонстрируйте на фантоме алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте.
3. Дайте советы для профилактики пыльцевой аллергии.

Задача 3

Вы медицинская сестра медпункта турбазы. К Вам обратился пациент с жалобами на появление в области губ ощущение покалывания и отечность. 40 минут выпил таблетку ибупрофена 200 мг. На момент осмотра: состояние средней тяжести, отмечается значительная ограниченная отечность нижней губы, осиплость голоса. АД 110/70 мм.рт.ст., ЧСС 100 в 1 мин., ЧД 18 в 1 мин. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца глухие, ритмичные. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задание.

Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.

Продемонстрируйте на фантоме алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте.

Назовите возможные осложнения.

Практическая подготовка №36 Брюшной тиф. Паратифы А и В. Дизентерия. Эшерихиозы

Цель занятия:

Изучить современные подходы к диагностике брюшного тифа, паратифы А и В, дизентерии, эшерихиозов.

Студент должен уметь:

- планировать обследование пациента;
- осуществлять сбор анамнеза;
- применять различные методы обследования пациента;
- формулировать предварительный диагноз в соответствии с современными классификациями;
- интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов диагностики;
- оформлять медицинскую документацию.

Студент должен знать:

- топографию органов и систем организма в различные возрастные периоды;
- биоэлектрические, биомеханические и биохимические процессы, происходящие в организме;
- основные закономерности развития и жизнедеятельности организма;
- строение клеток, тканей, органов и систем организма во взаимосвязи с их функцией в норме и патологии;
- основы регуляции физиологических функций, принципы обратной связи, механизм кодирования информации в центральной нервной системе;
- определение заболеваний;
- общие принципы классификации заболеваний;
- этиологию заболеваний;
- патогенез и патологическую анатомию заболеваний;
- клиническую картину заболеваний, особенности течения, осложнения у различных возрастных групп;
- методы клинического, лабораторного, инструментального обследования.

Обеспечение занятия.

1. Оборудование:

- фантомы, муляжи;
- методическое пособие для студентов по теме;

- презентация, учебный фильм по пальпации, перкуссии, аускультации.
- аппаратура, приборы, инструменты, необходимые для диагностики больных.

2. Технические средства обучения:

- компьютер;
- мультимедийный проектор;
- классная доска (меловая/маркерная);
- экран.

3. Наглядные пособия: учебно-методический материал, фантомы и оборудование для отработки практических манипуляций тесты, ситуационные задачи, иллюстрации.

Организационный момент

Преподаватель заполняет журнал, отмечает отсутствующих, проверяет готовность группы и аудитории к занятию. Определяется тема и учебные цели, проясняются вопросы, возникшие у студентов при подготовке к данному занятию.

Актуализация темы.

Брюшной тиф - острое инфекционное заболевание, характеризуется лихорадкой, интоксикацией, бактериемией, увеличением печени и селезенки, поражением лимфатического аппарата кишечника (преимущественно тонкой кишки).

ЭТИОЛОГИЯ

Возбудитель - *Salmonella typhi*, относится к сальмонеллам.

Свойства возбудителя - подвижная палочка, спор и капсул не образует, устойчив во внешней среде, вырабатывает эндотоксин - в воде и почве может сохраняться от нескольких дней до нескольких месяцев. Бактерии хорошо переносят низкие температуры, а при нагревании быстро погибают (при 100 °С - мгновенно). Дезинфицирующие средства в обычных концентрациях инактивируют возбудителя в течение нескольких минут.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Источник: человек - больной или бактерионоситель. Как источник инфекции больной наиболее опасен с 7-го дня заболевания, когда с испражнениями, мочой и слюной начинает выделять возбудителей. Бактериовыделение обычно продолжается не более 3 месяцев (острое), но иногда и всю жизнь (хроническое). Основное значение в распространении инфекции имеют хронические бактериовыделители.

Пути передачи инфекции - водный, пищевой, контактно-бытовой.

Водные вспышки и эпидемии возникают при загрязнении источников водоснабжения сточными водами, неисправности водопроводной и канализационной систем и могут вовлекать большое число людей. Возможны эпидемические вспышки, связанные с употреблением пищевых продуктов, в которых возбудители способны длительно сохраняться и размножаться (молоко, холодные мясные закусочки).

Контактно-бытовой путь заражения наблюдается редко, преимущественно у детей.

Восприимчивость – любой возраст, население без иммунитета.

Входные ворота - слизистые оболочки ЖКТ.

Сезонность – распространен в жарком климате.

ПАТОГЕНЕЗ:

Проникновение сальмонелл в желудочно-кишечный тракт вместе с источником заражения (едой, водой) - внедрение бактерий в слизистую подвздошной кишки - размножение сальмонелл - мигрируют в лимфатические узлы (воспаление) - выход бактерий в кровь и развитие бактериемии - распространение с током крови бактерий по всем органам и тканям – в ЦНС, печень и селезенку.

КЛИНИКА.

Инкубационный период от 7 до 25 дней, чаще составляет 9-14 дней. Типичное течение заболевания имеет отчетливую цикличность.

Начало заболевания с постепенным развитием и нарастанием синдрома интоксикации. Температура тела постепенно повышается, к 5-7-му дню заболевания достигает 39-40 °С. В это время усиливается головная боль, нарушается сон (характерна

бессонница). Стул обычно задержан. Больные заторможены, адинамичны, предпочитают лежать с закрытыми глазами, на вопросы отвечают односложно, после паузы. Лицо бледное, кожа сухая, горячая. АД понижается. Язык обычно суховат, обложен сероватым налетом, утолщен. Кончик и края языка розовые, свободны от налета, с отпечатками зубов, метеоризм.

К 7-8-му дню болезни наступает период разгара заболевания, во время которого все симптомы достигают максимального развития. Он продолжается обычно 1-2 недели. Температура тела, повысившись до 39-40 °С, может иметь постоянный характер или быть волнообразной.

Значительное усиление интоксикации приводит к развитию инфекционно-токсической энцефалопатии - тифозному статусу. Отмечается резкая заторможенность, адинамия, апатия, безучастность, нарушение сознания от оглушенности до сопора или комы. Возможно развитие инфекционного делирия. В этот период на коже больного появляется характерная сыпь. Чаще локализуется на коже живота и нижней части груди. Это мелкие розовые пятнышки (розеолы) каждый элемент существует 1-5 дней. Могут образовываться новые розеолы (феномен «подсыпания»).

Живот значительно вздут, стул чаще задержан, но может быть жидкий стул в виде «горохового супа». Увеличение печени и селезенки.

Период выздоровления начинается после нормализации температуры тела и продолжается 2-3 недели.

При брюшном тифе возможно развитие рецидивов болезни. Клинически они сходны с первой волной заболевания и отличаются лишь более быстрым подъемом температуры, меньшей длительностью лихорадки и более легким течением.

3-5 % перенесших брюшной тиф пациентов становятся хроническими брюшнотифозными бактериовыделителями. Бактериовыделение продолжается многие годы, иногда - всю жизнь.

ОСЛОЖНЕНИЯ

Специфические:

- Кишечное кровотечение (эрозия сосуда в дне брюшнотифозной язвы)
- Перфорация кишечника (требуется экстренное хирургическое вмешательство)
- Инфекционно-токсический шок - массивное поступлением в кровь брюшнотифозных бактерий и их токсинов - состояние больного быстро ухудшается, температура тела резко снижается, кожа становится еще бледнее, появляются акроцианоз, одышка. Пульс частый, нитевидный, падает АД, снижается диурез вплоть до анурии.

Неспецифические:

- Пневмония, тромбоз, менингит, стоматит, пролежни.

ДИАГНОСТИКА

- Бактериологический посев крови (с первых дней на среду Раппопорт, при высокой температуре), а так же посевы испражнений, мочи, желчи, мокроты, гноя.
- Серологическое исследование сыворотки крови – ИФА, РИА, РНГ

Паратифы А и В

острые инфекционные заболевания с фекально-оральным механизмом передачи схожие по патогенезу и клинической картине с брюшным тифом

– Этиология

– Возбудителями являются - *S. paratyphi A* и *S. paratyphi B* - грамотрицательные подвижные палочки относящиеся к роду *Salmonella* семейства *Enterobacteriaceae*. В отличие от возбудителя брюшного тифа, данные микроорганизмы образуют три антигена, в остальном по морфологическим, тинкториальным и культуральным свойствам они трудно отличимы.

– Эпидемиология

- Паратифы А и В – антропонозы, при этом источником инфекции для паратифа А является больной человек или бактерионоситель, для паратифа В источником могут выступать крупный рогатый скот, свиньи и домашняя птица. Паратиф В распространен широко, напротив, паратиф А чаще встречается в Африке и юго-восточной Азии.
- Восприимчивость людей высокая, после болезни формируется стойкий видоспецифичный иммунитет.

Патогенез

паратифов аналогичен брюшному тифу и связан с поражением лимфоидной ткани тонкой кишки, мезентериальных лимфоузлов и паренхиматозных органов. Может наблюдаться бактериемия и токсинемия. Клиническая картина

Клиническая картина

паратифов также сходна с таковой при брюшном тифе, однако имеется ряд отличий. Во-первых, инкубационный период паратифов составляет 6-10 дней, что несколько меньше чем при брюшном тифе. Замечание 1 Манифестирует заболевание с гиппоподобного синдрома и помимо повышения температуры тела и общей слабости проявляется также катаральными явлениями – насморком, кашлем. Кроме того, для паратифов характерно раннее появление экзантемы, при этом сыпь бывает очень разнообразной и в отличие от брюшного тифа, может выступать не только на туловище, но и на конечностях. В целом болезнь протекает быстрее и менее остро, чем брюшной тиф, однако могут встречаться рецидивирующая форма заболевания, а также осложнения в виде изъязвления тонкой кишки, кишечного кровотечения, менингоэнцефалита .

- Диагностика паратифов основывается на тщательном сборе анамнеза и получении объективной информации, в дополнение к которым используются лабораторные исследования. Кроме неспецифических показателей, таких как лейкоцитоз (при тяжелом течении может быть лейкопения), повышение СОЭ, появление небольшого количества белков и эритроцитов в моче.

ДИЗЕНТЕРИЯ (шигеллез.)

Дизентерия (шигеллез) - инфекционное заболевание, вызываемое различными видами шигелл, протекающее с явлениями интоксикации и преимущественным поражением дистального отдела толстой кишки.

ЭТИОЛОГИЯ

Возбудитель - бактерии рода *Shigella*, различают 4 вида шигелл, каждый из которых, за исключением шигеллы Зонне, подразделяется на несколько сероваров. Наиболее тяжелое течение дизентерии наблюдается при шигеллезе Григорьева-Шиги и Флекснера.

Свойства возбудителя – относительно устойчив, выделяет эндо- и экзотоксин. Сохраняет жизнеспособность во влажной среде, без доступа прямого солнечного света до 2х недель, в молоке – до 17 дней. Возбудители дизентерии чувствительны к нагреванию и действию обычных концентраций дезинфицирующих средств. Вид возбудителя во многом определяет тяжесть течения заболевания.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Источник: больной человек или бактериовыделители.

Пути передачи инфекции - пищевой, водный, контактно-бытовой. Таким образом, заражение человека происходит в результате проникновения шигелл через рот в желудочно-кишечный тракт с пищевыми продуктами и водой, загрязненными испражнениями больных, через грязные руки. Кроме того, факторами передачи возбудителей служат предметы обихода, мухи.

Восприимчивость – любой возраст, более восприимчива возрастная группа – дети до 6 лет. Иммунитет непродолжительный до 1 года.

Входные ворота - слизистые оболочки ЖКТ.

Сезонность – лето – осень. Характерны спорадические и групповые случаи, однако возможны эпидемии данного заболевания.

ПАТОГЕНЕЗ:

Проникновение шигелл в ЖКТ- разрушение части шигелл в желудке, выделение эндотоксина, синдром интоксикации – нарушение секреции жидкости в просвете кишечника, диарея – скопление шигелл в слизистой оболочке дистальной части толстой кишки – воспаление, дисбактериоз, интоксикация организма.

КЛИНИКА.

Инкубационный период 2 – 3 дня, может увеличиваться до 7 суток.

Начало болезни при типичной форме начинается с продромального периода – общая слабость, недомогание, потеря аппетита, головная боль, разбитость, ломота в суставах, появляется боль в левой подвздошной области, возможна рвота. Затем повышается температура до 40°C (может держаться до 4х дней).

Характерным симптомом заболевания является диарея от 10 до 25 раз в сутки, сопровождающаяся мучительными тенезмами. Испражнения быстро теряют каловый характер, становятся не обильными и состоят в основном из слизи, часто с примесью крови (нередко это лишь небольшой комочек слизи с прожилками крови). При пальпации можно определить болезненность сигмовидной кишки – прощупывается плотный тяж. Продолжительность периода разгара до 10 дней.

Выздоровление с постепенным угасанием симптомов наступает не ранее 20 дня болезни.

При тяжелом течении частота стула достигает 50 и более раз в сутки («без счета»), он становится скудным, слизисто-кровянистым («кровавый ректальный плевок»). Кишечник поражается вплоть до некротических и язвенных очагов.

При легком течении симптомы сглажены, пациенты не обращаются к врачу и занимаются самолечением.

Хроническая дизентерия чаще характеризуется чередованием рецидивов и ремиссий. Клиническая картина рецидива сходна с проявлениями нетяжелой формы острой дизентерии. Дисфункция кишечника отличается упорством и продолжительностью.

Возможно шигеллезное бактерионосительство.

ОСЛОЖНЕНИЯ

- Инфекционно-токсический шок,
- Дегидратационный шок,
- Тромбоз вен кишечника,
- Обострение геморроя,
- Анальные трещины,
- Урогенитальные инфекции,
- Выпадение прямой кишки.

ДИАГНОСТИКА

- Бактериологический посев испражнений.
- Серологическое исследование сыворотки крови – РНГА, ИФА.
- Микроскопическое исследование кала (вспомогательный метод диагностики)

БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КАЛА:

Решающий метод диагностики дизентерии - бактериологическое исследование кала. Положительные результаты исследования зависят от многих причин, в том числе срока, кратности и качества забора материала.

- Исследование проводят как можно раньше, в первые часы болезни,
- До начала антибактериальной терапии,
- Горшок или судно необходимо тщательно ополаскивать проточной водой после дезинфекции,
- Собирать слизь, фибринные пленки, но не кровь и гной,
- Возможен забор материала, непосредственно из прямой кишки с помощью металлической петли или зонда-тампона,

Посевы делать непосредственно после сбора материала, а при невозможности - обязательно хранить их при низких температурах до проведения посевов.

Иерсиниозная инфекция

Термином «иерсиниозные инфекции» объединены 2 острых инфекционных заболевания: экстраинтестинальный иерсиниоз (псевдотуберкулез) и энтерит, вызванный *Iersinia enterocolitica* (кишечный иерсиниоз). Заболевания проявляются общей интоксикацией, нередко экзантемой, поражением печени, селезенки, желудочно-кишечного тракта, суставов и других органов и систем.

Между псевдотуберкулезом и кишечным иерсиниозом много сходства. Однако имеются и различия, что дает основание рассматривать псевдотуберкулез и кишечный иерсиниоз как самостоятельные нозологические формы.

ПСЕВДОТУБЕРКУЛЕЗ (ЭКСТРАИНТЕСТИНАЛЬНЫЙ ИЕРСИНИОЗ)

Псевдотуберкулез (A28.2), или дальневосточная скарлатиноподобная лихорадка, пастереллез, острый мезентериальный лимфоаденит, экстраинтестинальный иерсиниоз, - острое инфекционное заболевание из группы зоонозов с общей интоксикацией, лихорадкой, скарлатиноподобной сыпью, а также с поражением различных органов и систем.

Диагностика основывается на совокупности клинических и лабораторных данных. Заподозрить псевдотуберкулез у больного можно при сочетании скарлатиноподобной сыпи с симптомами поражения других органов и систем, особенно при длительной лихорадке и волнообразном течении. Важное значение имеют зимне-весенняя сезонность и групповая заболеваемость лиц, употреблявших пищу или воду из одного источника.

Решающую роль в диагностике играют бактериологические и серологические методы исследования, особенно если заболевание не сопровождается характерными высыпаниями.

Материал для бактериологического исследования - это кровь, мокрота, фекалии, моча и смывы из ротоглотки. Посев материала производят как на обычные питательные среды, так и на среды обогащения, при этом используют способность иерсиний хорошо размножаться при низких температурах (условия холодильника). Посевы крови и смывов из зева следует проводить в 1-ю нед болезни, посевы фекалий и мочи - на протяжении всего заболевания. Из серологических исследований используются РА, реакцию преципитации (РП), РСК, РПГА, реакцию торможения пассивной гемагглютинации (РТПГА), ИФА. Для экстренной диагностики применяют также ПЦР и метод иммунофлюоресценции. В практической деятельности чаще применяют РА, при этом в качестве антигена используют живые эталонные культуры псевдотуберкулезных штаммов, а при наличии аутоштамма его вводят в реакцию как дополнительный антиген. Диагностическим считается титр 1:80 и выше. Кровь берут в начале болезни и в конце 2-3-й нед от начала заболевания.

Псевдотуберкулез необходимо дифференцировать со скарлатиной, корью, энтеровирусной инфекцией, ревматизмом, вирусным гепатитом, сепсисом, тифоподобными заболеваниями.

Самостоятельная работа.

Студенты проводят обследование больных. Преподаватель контролирует и корректирует их действия.

Решить ситуационные задачи.

Работа с лекционным материалом, учебниками, справочниками и другими источниками информации по теме занятия.

Работа с интернет – ресурсами.

Составление таблиц:

«Лабораторные и инструментальные методы диагностики инфекционных заболеваний». «Дифференциальная диагностика дизентерии и эшерихиозов».

Составление текста бесед для населения по профилактике гриппа и ОРВИ

Практическая подготовка №37 Сальмонеллез. Ботулизм. Пищевые токсикоинфекции. Холера. Ротавирусный гастроэнтерит.

САЛЬМОНЕЛЛЕЗ

Этиология. Возбудители сальмонеллеза. Антигенная структура. Классификация сальмонелл (схема Кауфмана—Уайта). Устойчивость во внешней среде.

Клиника. Классификация сальмонеллеза. Инкубационный период. Клиническая симптоматика гастроинтестинальной формы сальмонеллеза. Оценка степени тяжести. Особенности клиники генерализованных форм сальмонеллеза (тифоподобный и септикопиемический).

Диагностика. Клинико-эпидемиологическая диагностика. Методика забора и диагностическое исследование крови, рвотных масс, промывных вод желудка, испражнений. Серологические методы исследования. Экспресс-методы диагностики. Дифференциальный диагноз.

Лечение. Показания к обязательной госпитализации. Показания и организация лечения на дому, правила ухода за больными. Режим, диета. Регидратационная терапия - оральная и инфузионная. Кристаллоидные растворы. Правила введения кристаллоидных растворов, побочные реакции, их купирование. Антибактериальная терапия при генерализованных формах. Особенности ухода за больными сальмонеллезом.

Профилактика. Ветеринарно-санитарные, санитарно-гигиенические, противоэпидемические мероприятия. Правила выписки реконвалесцентов из стационара. Проведение текущей дезинфекции в отделениях инфекционного стационара, перепрофилизация отделений. Заключительная дезинфекция.

ПИЩЕВЫЕ ТОКСИКОИНФЕКЦИИ

Этиология. Возбудители пищевых токсикоинфекций: стафилококки, стрептококки, энтерококки, аэробные неспороносные бактерии, анаэробные спорообразующие бактерии, споровые аэробы, галофильные вибрионы.

Эпидемиология. Источники пищевых токсикоинфекций. Механизм передачи. Сезонность. Особенности эпидемиологии стафилококковых инфекций.

Патогенез. Патогенетические механизмы диарей, синдрома интоксикации, сердечно-сосудистых расстройств при пищевых токсикоинфекциях. Клиника: инкубационный период. Клинические варианты течения болезни. Критерии тяжести. Особенности клинических симптомов пищевых токсикоинфекций, вызванных различными возбудителями. Осложнения. Прогноз.

Диагностика. Роль клинико-эпидемиологического обследования. Бактериологический метод диагностики. Серологические реакции с аутоштаммами возбудителей.

Лечение. Показания к госпитализации. Показания и организация лечения и ухода на дому. Режим. Патогенетическая регидратационная и дезинтоксикационная терапия. Оральная и инфузионная регидратационная терапия. Техника промывания желудка. Осложнения инфузионной терапии. Профилактика. Значение санитарно-гигиенических мероприятий.

БОТУЛИЗМ

Этиология. Характеристика основных свойств возбудителя. Серологические типы возбудителя. Споровые и вегетативные формы.

Эпидемиология. Источники инфекции. Факторы передачи инфекции.

Восприимчивость. Иммунитет.

Патогенез. Ботулотоксин - его роль в развитии заболевания. Механизм поражения центральной и периферической нервной системы. Острая дыхательная недостаточность.

Клиника. Инкубационный период. Начальный период заболевания. Разгар заболевания. Критерии тяжести. Осложнения. Причины летальных исходов. Прогноз.

Диагноз. Клинические данные, эпидемиологический анамнез и лабораторные методы исследования. Взятие и хранение проб для лабораторного исследования.

Лечение. Противоботулиническая сыворотка, методика введения. Введение анатоксина. Дезинтоксикационная терапия. Антибиотикотерапия. Симптоматическое лечение.

Питание и уход за больными. Парентеральное питание, зондовое питание. Промывание желудка, сифонная клизма при приеме заболевших. Меры по предупреждению аспирационной, гипостатической пневмонии. Гигиена кожных покровов. Очистительные клизмы.

Профилактика. Санитарный надзор. Санитарное просвещение. Правильная организация консервирования продуктов. Показания и правила введения очищенного сорбированного полианатоксина. Мероприятия в очаге. Раннее выявление и госпитализация больных. Уничтожение изъятого из употребления продукта, который послужил причиной заболевания. Профилактические меры в отношении лиц, употреблявших подозрительный продукт.

ХОЛЕРА

Этиология. Холерные вибрионы: классический и Эль - Тор. Их характеристика. Устойчивость во внешней среде.

Эпидемиология. Источники заражения. Механизм заражения, пути распространения и факторы передачи инфекции. Водные вспышки. Восприимчивость населения. Иммунитет. Сезонность. Особенности эпидемиологии холеры Эль-Тор.

Патогенез. Внедрение возбудителя, его размножение. Патогенез диареи, водно-электролитных расстройств, сердечно-сосудистых нарушений, нарушений кислотно-щелочного состояния.

Клиника. Инкубационный период. Степени дегидратации. Клинические симптомы заболевания. Варианты течения холеры. Клиника гиповолемического шока. Алгид. Осложнения. Прогноз.

Диагностика. Клинико-эпидемиологическая диагностика. Бактериологическая диагностика. Правила взятия испражнений, рвотных масс, желчи, аутопсийного материала, транспортировка, исследование, заполнение направлений для исследований на холеру. Серологическая диагностика. Экспресс-методы диагностики. Дифференциальный диагноз.

Лечение. Патогенетическая терапия. Инфузия кристаллоидных растворов. Осложнение инфузионной терапии. Антибиотикотерапия больных холерой и вибрионосителей. Особенности ухода за больными холерой. Правила выписки из стационара. Прогноз.

Профилактика. Раннее выявление и госпитализация больных. Мероприятия в очагах. Текущая и заключительная дезинфекция. Комплекс противоэпидемических мероприятий по ликвидации очага. Экстренная профилактика. Иммунизация населения. Обсервационные, карантинные и другие ограничительные мероприятия. Укладки для забора материала от больных на лабораторное исследование. Средства личной профилактики и индивидуальной защиты. Первичные мероприятия в лечебно-профилактических учреждениях.

После изучения темы студент должен

ПРЕДСТАВЛЯТЬ:

клинико-патогенетическую характеристику типичных форм острых кишечных заболеваний;

эпидемиологические предпосылки групповой и вспышечной заболеваемости;

распространенность основных гельминтозов на территории проживания;

возможные реакции и трудности пациента, его семьи на возникновение того или иного кишечного инфекционного заболевания и (или) инвазии;

ЗНАТЬ:

клинико-эпидемиологические критерии постановки диагноза острого кишечного заболевания (острой бактериальной/вирусной кишечной инфекции);

используемые в практике методы лабораторно-инструментального подтверждения диагноза острого кишечного инфекционного заболевания;

методы паразитологического обследования, правила забора и доставки материала на исследование в лабораторию;

методы терапии острых кишечных инфекционных болезней (этиотропная, специфическая, патогенетическая, симптоматическая);

примерные медикаментозные врачебные назначения по поводу той или иной кишечной инфекции;

УМЕТЬ:

сформулировать сестринский диагноз при подозрении на кишечную инфекцию;

оценить тяжесть состояния больного и при необходимости оказать неотложную помощь;

реализовать план назначенного обследования и лечения;

составить план ведения больного с кишечной инфекцией на дому;

организовать работу среднего и вспомогательного персонала в очаге кишечной инфекции;

объяснить пациенту и родственникам основные меры профилактики инфекционного заболевания;

соблюдать инфекционную безопасность при работе в очаге инфекционного заболевания

НАВЫКИ:

осуществить промывание желудка и кишечника;

собрать промывные воды для бактериологического исследования;

оформить направления на исследования;

установить и запустить трансфузионные системы для внутривенного введения лекарственных растворов;

провести диагностические манипуляции: взять анализ кала для бактериологического, ПЦР исследования.

Практические занятия №6 Дифтерия. Инфекционный мононуклеоз. Менингококковая инфекция

ДИФТЕРИЯ

Антитоксический и антимикробный иммунитет. Бактерионосительство, классификация. Механизм развития и проявления эпидемического процесса. Система эпидемиологического надзора за развитием эпидемического процесса при дифтерии.

Основные фазы патогенеза. Патоморфологические изменения в месте входных ворот инфекции, в различных органах и системах. Клиническая классификация дифтерии. Диагностика на догоспитальном этапе. Методы лабораторных исследований, их диагностическая ценность. Принципы лечения антитоксической сывороткой, дозировка при различных клинических формах болезни. Неспецифическая дезинтоксикация терапия. Принципы лечения токсической дифтерии ротоглотки и ее осложнений. Лечение дифтерийного крупа в зависимости от периода болезни. Неотложная терапия и реанимационные мероприятия при дифтерийном крупе и осложнениях токсической дифтерии ротоглотки. Сроки и условия выписки больных из стационара.

Система профилактических и противоэпидемических мероприятий в учреждениях первичного звена здравоохранения. Специфическая профилактика дифтерии. Контроль за иммунитетом. Дифференциальная диагностика заболеваний, протекающих с синдромом ангины (банальная ангина, скарлатина, туляремия).

МЕНИНГОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ

Определение болезни. Современное состояние заболеваемости и летальности. Характеристика возбудителя. Патоморфология клинических изменений в зависимости от формы заболевания. Патогенез менингококкцемии. Классификация менингококковой инфекции. Носительство. Назофарингит. Клинические проявления. Гипертоксическая форма. Инфекционно-токсический шок I, II, III степени. Менингококковый менингит.

Клиническая симптоматика, ликворологические изменения. Дифференциальный диагноз с вторичными гнойными, серозными и туберкулезным менингитами. Менингококковый менингоэнцефалит. Особенности клиники и течения менингококкового менингита у детей грудного возраста и новорожденных. Клиника менингококковой инфекции у детей в подростковом возрасте. Лабораторная диагностика. Ликворограмма. Бактериологические исследования. Серологические методы исследования: ИФА, встречный иммуноэлектрофорез (ВИЭ), латекс-агглютинация (ЛА) и полимеразная цепная реакция (ПЦР). Компьютерная томография (КТ) головного мозга при наличии менингита. Лечение менингококковой инфекции на догоспитальном этапе и в условиях стационара. Антибактериальная терапия в зависимости от формы и тяжести болезни. Гормональная терапия, дезинтоксикационная, гемостатическая, дегидратационная, противосудорожная. Лечение инфекционно-токсического шока.

Диспансерное наблюдение. Профилактика. Вакцинопрофилактика. Дифференциальная диагностика менингитов. Гнойные менингиты. Серозные менингиты. Правила выписки и диспансерного наблюдения.

ИНФЕКЦИОННЫЙ МОНОНУКЛЕОЗ

Определение болезни. Мононуклеоз, вызванный гамма-герпетическим вирусом (Эпштейн–Барра). Механизм развития и проявления эпидемического процесса. Эпидемиологическое значение больных стертыми и бессимптомными формами инфекции. Тропизм возбудителя к лимфоидной и макрофагальной системам организма. Патоморфологические изменения в органах и тканях. Клиническая классификация. Особенности клиники и течения инфекционного мононуклеоза у детей раннего возраста. Диагностические тесты: выделение вируса, серологические реакции гетероагглютинации. Экспресс-диагностика – реакция агглютинации лошадиных эритроцитов. ИФА-диагностика. Дифференциальный диагноз.

Патогенетическая и симптоматическая терапия. Показания к госпитализации.

Возможности противовирусной терапии. Катамнез и диспансерное наблюдение.

Система профилактических и противоэпидемических мероприятий.

После изучения темы студент должен

ПРЕДСТАВЛЯТЬ:

- эпидемиологические предпосылки и опасность распространения инфекций с воздушно-капельным механизмом заражения;
- распространенность основных бактериальных и вирусных воздушно-капельных инфекций в РФ;
- рамки компетенции медицинской сестры при оказании сестринской помощи данной категории инфекционных больных;
- роль обоснованного комплексного ухода в выздоровлении, смягчении симптомов болезни и/или улучшении качества жизни у больных с воздушно-капельными инфекциями.

ЗНАТЬ:

- клинико-эпидемиологические критерии постановки диагноза острой респираторной вирусной инфекции и гриппа/ дифтерии/ менингококковой инфекции;
- клинические и эпидемиологические показания для госпитализации больных в стационар;
- используемые в практике методы лабораторно-инструментального подтверждения диагноза воздушно-капельных инфекций;
- правила забора и доставки материала на исследование в лабораторию;
- методы терапии воздушно-капельных инфекций (этиотропная, специфическая, патогенетическая, симптоматическая);

- примерные медикаментозные врачебные назначения по поводу бактериальных и вирусных инфекций с аэрозольным механизмом передачи инфекции;
- приемы выделения и точной формулировки конкретной задачи сестринского вмешательства, способы определения условий ее решения;
- способы достижения осознанного сотрудничества по инфекционной безопасности при воздушно-капельных инфекциях;
- основы иммунопрофилактики воздушно-капельных инфекций.

УМЕТЬ:

- сформулировать сестринский диагноз при подозрении на дифтерию, менингококковую инфекцию, грипп;
- оценить тяжесть состояния больного и при необходимости оказать неотложную помощь;
- реализовать план назначенного обследования и лечения;
- составить план ведения больного с острой респираторной инфекцией на дому;
- организовать работу среднего и вспомогательного персонала в очаге инфекции при дифтерии, менингококковой инфекции;
- объяснить пациенту и родственникам основные меры профилактики респираторных заболеваний;
- соблюдать инфекционную безопасность при работе в очаге инфекционного заболевания.

НАВЫКИ:

- измерить температуру тела;
- собрать биологический материал для бактериологического исследования (носоглоточные смывы, посевы) на КБД, на менингококк, на грипп;
- оформить направления на исследования;
- измерить артериальное давление, определить сатурацию кислорода;
- наладить систему для неинвазивной оксигенотерапии;
- работа в очаге инфекционного заболевания (менингококковая инфекция, корь).

Практическая подготовка №38 Сыпной тиф. Болезнь Брилла. Малярия. Геморрагические лихорадки

Цель занятия:

Изучить современные подходы к диагностике сыпного тифа, болезни Брилла, малярии, геморрагической лихорадки, дизентерии.

Студент должен уметь:

- планировать обследование пациента;
- осуществлять сбор анамнеза;
- применять различные методы обследования пациента;
- формулировать предварительный диагноз в соответствии с современными классификациями;
- интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов диагностики;
- оформлять медицинскую документацию.

Студент должен знать:

- топографию органов и систем организма в различные возрастные периоды;
- биоэлектрические, биомеханические и биохимические процессы, происходящие в организме;
- основные закономерности развития и жизнедеятельности организма;
- строение клеток, тканей, органов и систем организма во взаимосвязи с их функцией в норме и патологии;

- основы регуляции физиологических функций, принципы обратной связи, механизм кодирования информации в центральной нервной системе;
- определение заболеваний;
- общие принципы классификации заболеваний;
- этиологию заболеваний;
- патогенез и патологическую анатомию заболеваний;
- клиническую картину заболеваний, особенности течения, осложнения у различных возрастных групп;
- методы клинического, лабораторного, инструментального обследования.

Обеспечение занятия.

1. Оборудование:

- фантомы, муляжи;
- методическое пособие для студентов по теме;
- презентация, учебный фильм по пальпации, перкуссии, аускультации.
- аппаратура, приборы, инструменты, необходимые для диагностики больных.

2. Технические средства обучения:

- компьютер;
- мультимедийный проектор;
- классная доска (меловая/маркерная);
- экран.

3. Наглядные пособия: учебно-методический материал, фантомы и оборудование для отработки практических манипуляций тесты, ситуационные задачи, иллюстрации.

Организационный момент

Преподаватель заполняет журнал, отмечает отсутствующих, проверяет готовность группы и аудитории к занятию. Определяется тема и учебные цели, проясняются вопросы, возникшие у студентов при подготовке к данному занятию.

Актуализация темы.

Сыпной тиф – инфекционная болезнь, характеризующаяся циклическим течением, лихорадкой, выраженной интоксикацией, розеолезно-петехиальной сыпью, поражением сосудистой и центральной нервной системы.

На сегодняшний день в развитых странах сыпной тиф практически не встречается, случаи заболевания регистрируются, главным образом, в развивающихся странах Азии, Африки.

Эпидемические подъемы заболеваемости обычно отмечаются на фоне социальных катастроф и чрезвычайных ситуаций (войн, голода, разрухи, стихийных бедствий и т.д.), когда наблюдается массовая завшивленность населения.

ЭТИОЛОГИЯ:

Возбудитель – риккетсия Провачека (внутриклеточный паразит).

Свойства возбудителя – вырабатывает эндотоксин, устойчив во внешней среде, сохраняет свою активность до нескольких дней, переносит высокие и низкие температуры, в сухих фекалиях вшей могут жить до 3 месяцев. Погибают под действием антибиотиков и дезинфицирующих средств, при температуре 56 ° за 10 минут, при 100 градусах за 30 секунд.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ:

Источник и резервуар – больной человек

Переносчик – платяная и головная вошь

Путь передачи – трансмиссивный (втирание испражнений вшей при расчесывании кожи), воздушно-пылевой (вдыхание высохших фекалий вшей с пылью), контактный (попадание возбудителя на слизистые – конъюнктивы глаз).

Сезонность – зимнее –весенняя.

КЛИНИКА:

Инкубационный период от 6 до 14 дней, реже до 25 дней.

Заболевание начинается с повышения температуры до 40°C, синдрома интоксикации, может беспокоить бессонница. Далее усиливаются головные боли, возникают расстройства со стороны органов чувств (гиперестезии), упорная бессонница, иногда рвота, язык сухой, обложенный белым налетом. Развиваются нарушения сознания вплоть до сумеречного.

При осмотре отмечают гиперемии и отечность кожи лица и шеи, конъюнктивы, инъекцию склер. На ощупь кожа сухая, горячая. Характерный признак сыпного тифа наличие на 3-4 день болезни кровоизлияний в переходной складке конъюнктивы, а затем на небе и слизистой глотки.

Период разгара болезни характеризуется появлением розеолезно-петехиальной сыпи на туловище и конечностях, появлением тёмного-коричневого налета на языке, увеличением печени и селезенки. Нередко возникают запоры, вздутие живота. В связи с патологией сосудов почек может отмечаться болезненность в зоне их проекции в области поясницы, положительный симптом Пастернацкого (болезненность при поколачивании), появляется и прогрессирует олигурия, атония мочевого пузыря.

Ведущими симптомами в разгар сыпного тифа становятся неврологическая клиника: тремор языка (симптом Говорова-Годелье: язык при высовывании задевает за зубы), нарушения речи и мимики, сглаженные носогубные складки. Могут отмечаться менингеальные симптомы. Может возникнуть психическое расстройство, сопровождающееся психомоторным возбуждением, говорливостью, нарушениями памяти. Тяжелое течение сыпного тифа характеризуется развитием тифозного статуса. В это время происходит дальнейшее углубление расстройств сна и сознания. Неглубокий сон может вести к появлению пугающих видений, могут отмечаться галлюцинации, бред, забытье.

Период реконвалесценции характеризуется медленным исчезновением симптомов (в частности со стороны нервной системы) и постепенным выздоровлением. Слабость, апатия, лабильность нервной и сердечно-сосудистой деятельности, ухудшение памяти сохраняются до 2-3 недель.

Во время лечения требуется консультация невролога, кардиолога иногда психиатра.

ОСЛОЖНЕНИЯ:

- Инфекционно-токсический шок.
- Тромбоэмболии, тромбозы, миокардиты.
- Менингиты, менингоэнцефалиты.
- Тромбофлебиты, пневмония.

ДИАГНОСТИКА:

Диагноз выставляется с учетом клинических проявлений и эпидемиологической обстановки.

- Серологическая диагностика:
 - Реакция непрямой гемагглютинации (РНГА).
 - Иммуноферментный анализ.

Болезнь Брилля — Цинссера

Болезнь Брилля — Цинссера (болезнь Брилля, повторный сыпной тиф, рецидивный сыпной тиф) — рецидив эпидемического сыпного тифа, проявляющийся через многие годы после первичного заболевания, характеризуется более лёгким течением, но типичными для сыпного тифа клиническими проявлениями. Впервые болезнь была описана американским исследователем Натаном Бриллем в Нью-Йорке в 1898 и 1910 годах.

Впервые болезнь описал американский исследователь Натан Брилл в Нью-Йорке в 1898 и 1910 гг. Заболевание было спорадическим, не связанным с контактами с больными сыпным тифом и завшивленностью. В 1934г. Ханс Цинссер изучил 538 подобных больных и выдвинул гипотезу о рецидивном происхождении болезни после ранее перенесённого эпидемического сыпного тифа. Позднее в лимфатических узлах двух умерших, перенёсших спустя 20 лет эпидемический сыпной тиф, были найдены риккетсии. Лефлер и Музлер -

специалисты в области изучения риккетсиозов - предложили в 1952г. рецидивный сыпной тиф называть болезнью Брилля-Цинссера. Это название болезни вошло в Международную классификацию болезней.

Эпидемиология и профилактика

Важно полностью исключить присутствие переносчика (вшей) и другие эпидемиологические моменты, включая проживание за рубежом, в странах Африки и Азии. Возможностей предупреждения рецидивов сыпного тифа в настоящее время не имеется. Профилактика в эпидемиологическом очаге производится такая же, как при первичном сыпном тифе.

Этиология

Возбудителем является риккетсия Провачека (*Rickettsia prowazekii*), которая одновременно является возбудителем эпидемического сыпного тифа.

Патогенез

Заболевание сводится к активизации риккетсий, сохранившихся в организме человека после ранее перенесённого эпидемического сыпного тифа. Переход латентной бессимптомной формы в манифестную обусловлен ослабляющим организм факторами: болезнями, переохлаждением, стрессами. Риккетсии, как теперь считают, сохраняются длительное время в клетках лимфатических узлов, печени, лёгких (эндоцитобиоз) и не вызывают каких либо изменений, которые можно обнаружить клиническими методами. Повторный (во время рецидива) выход риккетсий в кровь, напротив, вызывает поражения, аналогичные первичному сыпному тифу, но, как правило, с более лёгким течением. Однако такие больные могут быть источниками новых заражений при наличии завшивленности. Что касается повторных заболеваний, то при болезни Брилля-Цинссера они, хотя и редко, но наблюдаются. Среди провоцирующих факторов в современных условиях актуальной проблемой является изучение возможности присоединения ВИЧ-инфекции и совместного их течения. Рецидивы сыпного тифа наступают через десятки лет, обычно у людей в возрасте старше 60 лет, перенёвших в детстве или юности сыпной тиф. Заболевание может протекать тяжело, с поливисцеральными поражениями, включая лёгкие, почки, сердце; но заканчивается выздоровлением.

Клиническая картина

Инкубационный период с момента первичного сыпного тифа может исчисляться десятилетиями. От воздействия провоцирующего фактора проходит 5-7 дней. Клинически заболевание протекает как сыпной тиф легкого и среднетяжелого течения. Некоторые исследователи отмечают постоянную лихорадку до 8-10 дней у больных, не леченных антибиотиками. При их назначении клинические проявления болезни купируются за 1-2 дня, несмотря на высокую лихорадку и выраженность розеолезно-петехиальной сыпи и пятен Киари-Авцына на конъюнктиве. У отдельных больных при повторном сыпном тифе наблюдаются осложнения в виде тромбоэмболии.

Диагностика

Ведущее значение для диагноза имеет хорошо собранный анамнез: установление факта ранее перенесённого сыпного тифа. Лабораторные методы диагностики те же, что при эпидемическом сыпном тифе.

Малярия.

Трансмиссивные инфекции – это группа заболеваний, основным условием для распространения которых является наличие насекомого-переносчика.

К группе относят:

- Клещевой (центральноевропейский) энцефалит.
- Желтая лихорадка.
- Омская геморрагическая лихорадка.
- Клещевой возвратный тиф.
- Тиф вшивый возвратный.
- Малярия

– и другие.

Человек при этом является носителем инфекции и при отсутствии насекомого-переносчика опасности для окружающих не представляет.

МАЛЯРИЯ

Малярия - группа протозойных трансмиссивных заболеваний человека, возбудители которых передаются комарами рода *Anopheles*. Характеризуется преимущественным поражением кровеносной системы и эритроцитов, проявляется лихорадочными пароксизмами, гепатоспленомегалией, анемией.

ЭТИОЛОГИЯ.

Возбудителями малярии являются одноклеточные микроорганизмы, относящиеся к типу простейших.

Известно около 60 видов плазмодиев у животных и птиц; малярию человека вызывают 4 вида возбудителя:

- Возбудитель тропической малярии,
- Возбудитель трехдневной вивакс-малярии,
- Возбудитель трехдневной малярии,
- Возбудитель четырехдневной малярии.

Жизненный цикл малярийных паразитов состоит из двух последовательных фаз развития – половой и бесполой - и связан со сменой хозяев.

Половая фаза развития происходит в организме окончательного хозяина - самок комаров рода *Anopheles*, бесполое (шизогония) - в организме человека, который является промежуточным хозяином паразита.

В желудке комара, насосавшегося крови больного малярией, бесполое формы паразитов перевариваются, а половые проходят сложный цикл развития. В результате процесса развития образуются спорозоиты и с этого времени комар становится заразным.

Зараженный малярийный комар, нападая на человека, вместе со слюной вводит в кровяное русло спорозоиты, которые с током крови попадают в печень и внедряются в гепатоциты. Пребывание в печени может быть от 6 дней до нескольких лет – выход паразита в кровь и паразитирование в эритроцитах (эритроцитарная шизогония) – шизогония имеет цикличность (48 часов, 72 часа), это определяет длительность и периодичность лихорадки

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ.

Малярия - одна из наиболее распространенных паразитарных болезней. В настоящее время заболевание регистрируется в странах Африки, Азии, Южной Америки, Океании.

При числе дней в году с температурой воздуха выше 15°C менее 30 распространение малярии невозможно, если таких дней от 30 до 90, возможность оценивается как низкая, а если их более 150, то возможность распространения очень высокая (при наличии комаров-переносчиков и источника инфекции).

Источником инфекции является больной человек или гаметоноситель.

Переносчики - различные виды (около 80) комаров из рода *Anopheles*. Заражение человека происходит при укусе его инфицированным комаром, а также при переливании крови больного малярией. Возможно внутриутробное инфицирование плода.

ПАТОГЕНЕЗ.

Проникновение возбудителя в кровь – проникновение в ткань печени (симптомов нет) – проникновение в эритроциты (развернутая симптоматика) – изменяется структура и вязкость крови – развитие анемии - изменения во всех внутренних органах, связано с нарушением микроциркуляции (ЦНС, почки, кишечник, печень, селезенка, легкие).

КЛИНИКА:

Инкубационный период различный до 2 лет, зависит от количества попавшего паразита, вида малярии, а так же состояния иммунной системы человека.

Первичная атака – первичный приступ, первичная малярия. Начало заболевания в большинстве случаев острое, внезапное. Однако возможен продром в течение нескольких

дней в виде слабости, боли в пояснице, субфебрилитета, познобливания. Типичные проявления малярии: озноб, жар, пот.

Озноб - потрясающий, внезапный, кожа приобретает сероватый оттенок, губы цианотичны, может наблюдаться отдышка, тахикардия. Температура в подмышечной впадине нормальная или слегка повышенная, ректальная температура повышается на 2-3°C. Длительность этой стадии 2-3 часа.

Жар – сменяет озноб, температура быстро повышается, через 10-30 минут достигает 40-41°C. Больные жалуются на выраженную головную боль, тошноту, жажду, иногда – рвоту. Лицо гиперемировано, кожа сухая, глаза блестят, тахикардия. Эта стадия может длиться от 3 до 26 часов.

Пот – обильный, часто профузный, температура снижается критически, иногда до субнормальных цифр. Черты лица заостряются, пульс замедляется, гипотония. Длительность всего приступа малярии зависит от вида возбудителя и колеблется от 6 до 28 ч. Затем следует период «спокойствия» длительностью 48-72 ч (в зависимости от вида малярии).

У больных увеличиваются печень и селезенка, причем селезенка увеличивается раньше (напряжена, чувствительная при пальпации). Период ремиссии длится от 1-2 нед до 2-3 мес. В это время больные жалоб не предъявляют, температура тела нормальная. При объективном осмотре можно выявить гепатоспленомегалию, а в крови – обнаружить паразитов.

Ближайшие рецидивы наступают в результате усиления эритроцитарной шизогонии. В дальнейшем приступы малярии клинически четко очерчены, наступают через равные интервалы и чаще в одно и то же время дня (между 11 и 15 ч).

У больного отмечаются выраженная слабость, резкая головная боль, ломящая боль в крупных суставах и пояснице, учащенное дыхание, повторная рвота. Больные жалуются на потрясающий озноб. Лицо бледное. Температура тела быстро достигает 38-40°C. После озноба начинается жар. Лицо краснеет, кожа туловища становится горячей. Больные жалуются на головную боль, жажду, тошноту, нарастает тахикардия. Артериальное давление снижается до 105/50-90/40 мм рт. ст., над легкими выслушиваются сухие хрипы, указывающие на развитие бронхита. Почти у всех больных отмечаются умеренное вздутие живота, жидкий стул.

Заболевание может протекать годами, сопровождаясь рецидивами с типичными пароксизмами.

В отдельных случаях у малярия может протекать тяжело и давать летальные исходы, при тропической малярии летальный исход без лечения может наступить в первые дни болезни.

ОСЛОЖНЕНИЯ:

- Инфекционно-токсический шок.
- Малярийная кома (симптомы энцефалита)
- Острая почечная недостаточность.

ДИАГНОЗ:

Малярию диагностируют на основании характерных клинических проявлений – лихорадка, гепатолиенальный синдром, анемия (может отсутствовать в первые дни болезни).

Необходимо обратить внимание на данные эпидемиологического анамнеза: пребывание в эпидемиологической зоне в период до 2 лет от начала болезни.

Для подтверждения диагноза проводят лабораторное исследование препаратов "толстой" капли и мазков крови.

В настоящее время используются также иммуноферментные тест-системы для выявления антигена.

Показания к исследованию крови на малярию:

- температурающие лица и предъявляющие жалобы на недомогание и озноб, проживающие или прибывшие из эндемичных районов;
- температурающие лица с неустановленным диагнозом в течение 5 дней, в эпидсезон малярии - в первые 2 дня;
- при заболеваниях с продолжающимися подъемами температуры, несмотря на проводимое в соответствии с установленным диагнозом лечение;
- реципиенты при повышении температуры в течение ближайших трех месяцев после переливания крови;
- лица, имеющие в анамнезе заболевание малярией в течение последующих трех лет при любом заболевании с повышением температуры выше 37°C;
- лица с увеличенной печенью и селезенкой, желтушностью склер и кожных покровов, анемией неясной этиологии.

Геморрагическая лихорадка

Трансмиссивные инфекции – это группа заболеваний, основным условием для распространения которых является наличие насекомого-переносчика.

Геморрагическая лихорадка Крым-Конго

Конго-крымская геморрагическая лихорадка (лат. febris haemorrhagica crimiana) — острое инфекционное заболевание человека, передающееся через укусы клещей, вызываемое вирусом Конго-крымской геморрагической лихорадки. Заболевание характеризуется лихорадкой, выраженной интоксикацией и кровоизлияниями на коже и внутренних органах. Впервые выявлено в 1944 году в Крыму. Возбудитель выявлен в 1945-м. В 1956 году в Конго было выявлено схожее заболевание. Исследования этого вируса установили его полную идентичность с вирусом, обнаруженным в Крыму.

Этиология

Основная статья: Вирус геморрагической лихорадки Крым-Конго

Возбудителем болезни является вирус из рода *Orthonaviridae* порядка *Bunyavirales*. Относится к арбовирусам. Открыт в 1945 г. М. П. Чумаковым в Крыму, при исследовании крови больных солдат и переселенцев, заболевших при проведении работ по уборке сена.

Эпидемиология

Клещ рода *Hyalomma*

Природный резервуар возбудителя — грызуны, крупный и мелкий рогатый скот, птицы, дикie виды млекопитающих, также сами клещи, способные передавать вирус потомству через яйца, и являющиеся вирусоносителями пожизненно. Источник возбудителя — больной человек или инфицированное животное. Вирус передается при укусе клеща либо проведении медицинских процедур, связанных с инъекциями или забором крови. Основные переносчики — клещи *Hyalomma marginatus*, *Dermacentor marginatus*, *Ixodes ricinus*. На территории России в 2012 году отмечены 74 случая заболевания: 41 в Ростовской области, 24 в Ставропольском крае, 6 в Астраханской области, 3 в Калмыкии и в Крыму[4]. Также заболевания отмечены в Центральной Азии, Китае, Болгарии, на территории бывшей Югославии, в Пакистане, Центральной, Восточной и Южной Африке (Конго, Кения, Уганда, Нигерия и др.). В 80 % случаев заболевают лица в возрасте от 20 до 60 лет.

Патогенез

До конца не изучен. Воротами инфекции является кожа в месте укуса клеща или мелкие повреждения кожи, оказавшиеся в контакте с кровью больных при внутрибольничных манипуляциях (например, при заборе крови для анализов, выполненном без должных предосторожностей). При укусе клеща местные изменения не выражены. Вирус проникает в кровь и накапливается в клетках ретикулоэндотелиальной системы.

При второй стадии заболевания, после репликации вируса и массовом выходе новых вирусов из клеток в кровь, наблюдается общая тяжёлая интоксикация организма, поражается эндотелий сосудов, увеличивается их проницаемость, развивается

геморрагический диатез (кровоизлияния на коже и слизистых оболочках, во внутренних органах).

Клиническая картина

Инкубационный период от одного до 14 дней. Чаще 2-9 дней. Продромальный период отсутствует. Болезнь развивается остро. На первой стадии резко, за короткое время повышается температура до 39-40 градусов по Цельсию и выше, начинается головная боль, озноб, иногда очень сильный, покраснение лица, слизистых оболочек. Возникают признаки общей интоксикации организма (сильная слабость, боли в мышцах, суставах, тошнота, рвота). Через 2-4 дня начинается вторая, геморрагическая стадия заболевания. Состояние больного резко ухудшается. Появляются кровоизлияния на коже и слизистых оболочках в виде сыпи, пятен, гематом. Наблюдается повышенная кровоточивость десен, мест инъекций. Возможны носовые, маточные кровотечения. Начинаются боли в животе, печени, понос, рвота, возможна желтуха, олигурия. Заболевание длится 10-12 дней, но больные остаются сильно истощенными еще на протяжении 1-2 месяцев. Иногда вторая стадия менее выражена, и заболевание остается не выявленным, так как начальные симптомы сходны с таковыми при острых респираторных инфекциях. Как осложнения могут наблюдаться сепсис, отек легкого, очаговая пневмония, острая почечная недостаточность, отит, тромбозы. Летальность составляет от 2 до 50 %.

Патологоанатомические изменения

При вскрытии обнаруживают множественные кровоизлияния в слизистых оболочках желудочно-кишечного тракта, кровь в его просвете, но воспалительные изменения отсутствуют. Головной мозг и его оболочки гиперемированы, в них обнаруживаются кровоизлияния диаметром 1 — 1,5 см с разрушением мозгового вещества. По всему веществу мозга выявляют мелкие кровоизлияния. Кровоизлияния также наблюдают в легких, почках, печени.

Самостоятельная работа.

Студенты проводят обследование больных. Преподаватель контролирует и корректирует их действия.

Работа с лекционным материалом, учебниками, справочниками и другими источниками

информации по теме занятия.

Работа с интернет – ресурсами.

Составление таблиц:

«Дифференциальная диагностика сальмонеллеза, ботулизма, пищевых токсикоинфекций, холеры, ротавирусного гастроэнтерита».

«Дифференциальная диагностика малярии, геморрагических лихорадок»

«Дифференциальная диагностика чумы и туляремии».

Решить ситуационные задачи.

Составление текста бесед для населения

- по профилактике менингококковой инфекции

Практическая подготовка №39 Сибирская язва. Бруцеллез Лептоспироз. Псевдотуберкулез.

СИБИРСКАЯ ЯЗВА

Эпидемиология. Источники инфекции. Пути передачи инфекции. Бытовой, сельскохозяйственный и производственный характер заболевания. Восприимчивость. Сезонность.

Патогенез. Внедрение возбудителя. Патогенетические механизмы основных форм заболевания. Органные поражения.

Клиника. Инкубационный период. Классификация клинических форм сибирской язвы. Кожная форма. Сибирезвенный сепсис. Осложнения.

Диагностика. Клинико-эпидемиологические обследования. Лабораторные методы исследования: бактериологический, бактериоскопический, биологический, серологический. Правила забора инфицированного материала для исследования, транспортировка. Кожная аллергическая проба.

Лечение. Этиотропная терапия. Специфический противосибиреязвенный гамма-глобулин. Патогенетическая, симптоматическая терапия. Диспансеризация реконвалесцентов.

Профилактика. Соблюдение гигиенических правил при уходе за животными. Медицинское наблюдение за контактными. Заключительная и текущая дезинфекция в очаге. Личная профилактика. Специфическая профилактика.

ЛЕПТОСПИРОЗ

Природные антропургические и смешанные очаги. Механизм передачи инфекции. Восприимчивость населения. Формирование типоспецифического иммунитета.

Сезонность.

Патогенез. Внедрение возбудителя. Механизм развития интоксикации и геморрагического синдрома при лептоспирозе. Патогенетические механизмы органических поражений.

Клиника. Клиническая классификация лептоспироза. Инкубационный период. Желтушные и безжелтушные формы. Клинические проявления геморрагического синдрома. Острая почечная недостаточность. Критерии тяжести. Осложнения.

Диагностика. Клинико-эпидемиологическое обследование. Гемограмма. Биохимические методы. Бактериологическое исследование. Биологический метод. Серологические методы диагностики. Забор крови, СМЖ и посев на питательные среды.

Лечение. Антибиотикотерапия. Противолептоспирозный гамма-глобулин. Патогенетическая терапия. Симптоматическая терапия. Особенности ухода за больными лептоспирозом, осложнившимся острой почечной недостаточностью.

Профилактика. Дератизационные мероприятия. Санитарный надзор за водоснабжением. Личная профилактика при уходе за больными животными. Специфическая иммунопрофилактика убитой лептоспирозной вакциной. Выявление, регистрация и госпитализация больных. Дезинфекция в очаге.

После изучения темы студент должен

ПРЕДСТАВЛЯТЬ:

- эпидемиологию инфекций наружных покровов, их распространенность в регионе;
- этиологию инфекций наружных покровов;
- рамки компетенции медицинской сестры при оказании сестринской помощи данной категории инфекционных больных;
- значение эпидемиологических данных в распознавании инфекций данной группы;
- эпидемиологическую ситуацию в стране по сибирской язве;
- порядок оказания медицинской помощи больным с повреждениями наружных кожных покровов и укусами животных.

ЗНАТЬ:

- клинические формы рожи и показания к госпитализации в стационар;
- факторы, провоцирующие развитие различных форм рожи;
- профилактику рожи и алгоритм динамического наблюдения за больными;
- эпидемиологические предпосылки заражения столбняком и бешенством;
- основные признаки заболевания и прогноз при столбняке и роже;
- правила первичной обработки раны при укусе животных;
- в какое ЛПУ госпитализируются больные с подозрением на столбняк;
- группы профессионального риска при сибирской язве;
- режимы работы инфекционного отделения (стационара) при сибирской язве;
- методы диагностики инфекций кожных покровов и нейроинфекций;

УМЕТЬ:

сформулировать сестринский диагноз при подозрении на рожу, сибирскую язву, столбняк, бешенство;

оценить тяжесть состояния больного и при необходимости оказать неотложную помощь;

реализовать план назначенного обследования и лечения;

составить план ведения больного с рожей на дому;

работать в средствах индивидуальной защиты (в случае сибирской язвы);

организовать уход за больным рожей на дому;

провести первичную обработку раны при укусе животного.

НАВЫКИ:

измерить температуру тела;

наложить асептическую повязку;

собрать биологический материал для бактериологического исследования;

оформить направления на исследования;

измерить артериальное давление, сосчитать пульс и ЧДД;

наладить систему для неинвазивной оксигенотерапии;

работа в очаге инфекционного заболевания (сибирская язва).

Практическая подготовка №40 Чума. Туляремия

ТУЛЯРЕМИЯ

Этиология. Характеристика возбудителя. Устойчивость.

Эпидемиология. Основные резервуары и источники инфекции. Пути передачи инфекции. Типизация природных очагов туляремии. Классификация эпидемических туляремийных вспышек. Восприимчивость. Иммунитет.

Патогенез. Внедрение возбудителя. Бактериемия. Генерализация инфекции. Образование гранулем. Органные поражения.

Клиника. Клиническая классификация туляремии. Инкубационный период.

Характеристика клинических форм. Осложнения.

Диагностика. Клинико-эпидемиологические данные. Лабораторные методы (серологический, аллергический, биологический). Правила забора крови для исследования. Методика постановки кожно-аллергической пробы.

Лечение. Этиотропное лечение. Патогенетическая терапия. Реабилитация.

Профилактика. Специфическая профилактика (вакцинация). Проведение вакцинации. Дератизация, дезинсекция, дезинфекция. Санитарно-просветительная работа.

ЧУМА

Характеристика карантинных инфекций.

Этиология. Возбудитель чумы, его основные свойства.

Эпидемиология. Природные очаги: первичные и вторичные. Пути распространения инфекции. Переносчики возбудителя чумы. Сезонность. Восприимчивость. Иммунитет.

Патогенез. Внедрение возбудителя. Лимфогенное и гематогенное распространение. Органные поражения.

Клиника. Инкубационный период. Клиническая классификация чумы. Клиника отдельных форм чумы. Оценка тяжести течения. Осложнения. Исходы. Прогноз.

Диагностика. Значение эпидемиологического анамнеза.

Бактериоскопические, бактериологические, серологические методы. Правила забора патологического материала для исследования. Транспортировка. Заполнение, направления на исследование (ф.100). Биологическая проба.

Лечение. Этиотропная терапия. Патогенетические и симптоматические средства. Правила выписки из стационара. Особенности ухода за больными легочной формой чумы.

Профилактика. Мероприятия в очаге. Обязательная госпитализация больных. Изоляция контактных лиц. Экстренная профилактика. Правила вакцинации против чумы. Принципы организации противоэпидемических мероприятий при особо опасных инфекциях. Первичные мероприятия в лечебно-профилактических учреждениях при обнаружении больного, подозрительного на особо опасные инфекции. Защитная одежда. Порядок применения защитного костюма. Организация работ медицинского персонала в отделениях, где находятся больные особо опасными инфекциями. Дезинфекция. Индивидуальная профилактика. После изучения темы студент должен

ПРЕДСТАВЛЯТЬ:

- основные положения и значение международных медико-санитарных правил;
- современные взгляды на понятие особо опасные (карантинные) инфекции;
- историю распространения чумы в мире;
- санитарную охрану государственной границы;
- эпидемиологическую обстановку в мире по опасным инфекционным

заболеваниям.

ЗНАТЬ:

- правила размещения инфекционных больных в стационарах с целью предупреждения внутрибольничной инфекции;
- правила проведения противоэпидемических мероприятий в очаге. Меры, проводимые в очаге, и особенности работы с биологическим материалом при особо опасных инфекциях;
 - опорные симптомы чумы, натуральной оспы;
 - виды средств индивидуальной защиты, порядок их одевания (противочумный костюм);
- требования к противоэпидемическому режиму учреждения при работе с опасными инфекциями;
- состав универсальной укладки для забора материала при подозрении на опасные инфекционные заболевания;
- план обследования больного с подозрением на опасное инфекционное заболевание;
- особенности проведения специфической профилактики инфекционного заболевания;
- признаки патогенности возбудителей инфекционных заболеваний, возможность их применения в качестве биологического оружия.

УМЕТЬ:

- собирать информацию о больном и эпидемиологический анамнез при подозрении на опасное инфекционное заболевание;
- формулировать сестринский диагноз при чуме;
- проводить обследование больного с длительной лихорадкой;
- осуществлять забор биоматериала на исследование при соблюдении всех мер безопасности при работе с патогенными микроорганизмами II-IV групп патогенности.

НАВЫКИ:

- осмотр кожных покровов и видимых слизистых;
- уход и питание пациентов с опасными инфекционными заболеваниями;
- оформить направления на исследования, доставка материала в лаборатории;
- мониторинг витальных функций организма (АД, ЧДД, ЧСС, РS, почасовой диурез);
- проведение экстренной химиопрофилактики при подозрении на опасные инфекционные заболевания.

Практическая подготовка №41 Столбняк. Бешенство

Цель занятия:

Изучить современные подходы к диагностике столбняка, бешенства.

Студент должен уметь:

- планировать обследование пациента;
- осуществлять сбор анамнеза;
- применять различные методы обследования пациента;
- формулировать предварительный диагноз в соответствии с современными классификациями;
- интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов диагностики;
- оформлять медицинскую документацию.

Студент должен знать:

- топографию органов и систем организма в различные возрастные периоды;
- биоэлектрические, биомеханические и биохимические процессы, происходящие в организме;
- основные закономерности развития и жизнедеятельности организма;
- строение клеток, тканей, органов и систем организма во взаимосвязи с их функцией в норме и патологии;
- основы регуляции физиологических функций, принципы обратной связи, механизм кодирования информации в центральной нервной системе;
- определение заболеваний;
- общие принципы классификации заболеваний;
- этиологию заболеваний;
- патогенез и патологическую анатомию заболеваний;
- клиническую картину заболеваний, особенности течения, осложнения у различных возрастных групп;
- методы клинического, лабораторного, инструментального обследования.

Обеспечение занятия.

1. Оборудование:

- фантомы, муляжи;
- методическое пособие для студентов по теме;
- презентация, учебный фильм по пальпации, перкуссии, аускультации.
- аппаратура, приборы, инструменты, необходимые для диагностики больных.

2. Технические средства обучения:

- компьютер;
- мультимедийный проектор;
- классная доска (меловая/маркерная);
- экран.

3. Наглядные пособия: учебно-методический материал, фантомы и оборудование для отработки практических манипуляций тесты, ситуационные задачи, иллюстрации.

Организационный момент

Преподаватель заполняет журнал, отмечает отсутствующих, проверяет готовность группы и аудитории к занятию. Определяется тема и учебные цели, проясняются вопросы, возникшие у студентов при подготовке к данному занятию.

Актуализация темы.

Столбняк - спорадическое, тяжелое, острое инфекционное заболевание, проявляющееся клонико-тоническими судорогами, возникающими вследствие поражения нейротоксином столбнячной палочки нервной системы.

Впервые описал Гиппократ II Великий у постели своего больного сына.

ЭТИОЛОГИЯ:

Возбудитель – анаэробная палочка, (клостридия тетании – *Clostridium tetani*)

Свойства возбудителя – выделяет экзотоксин, вегетативные формы неустойчивы, образует споры которые в свою очередь очень устойчивы и сохраняются в фекалиях животных, водоёмах, почве годами.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ:

Источник – крупный и мелкий рогатый скот, свиньи, крысы, мыши, кролики и человек. С испражнениями возбудитель попадает в почву и воду.

Путь передачи – аэрозольный (попадая на одежду и обувь может проникнуть в травмированную кожу), парентеральный (травмы, ранения, занозы, обморожения, криминальные аборты, трещины прямой кишки).

Восприимчивость – население, не имеющее иммунитета.

ПАТОГЕНЕЗ:

Проникновение спор в раневую поверхность – размножение и прорастание в вегетативную форму (особенно при некрозах, «карманах» ран, анаэробных условиях) – образование токсина – воздействие на эритроциты с их разрушением и нервную систему с судорогами и параличами – остановка дыхания, паралич сердечной мышцы.

КЛИНИКА:

Инкубационный период от 3 до 30 суток.

Может быть в начале заболевания недомогание, потливость, подёргивание мышц, стреляющие боли в область раны.

Характерные признаки – тризм (затруднение при жевании и открывании рта). Судороги мимических мышц, «сардоническая улыбка» - губы растянуты, при страдальческом выражении лица. Затрудненность глотания, спазм мышц глотки. Напряжение распространяется на все мышцы в нисходящем порядке, за исключением стоп и кистей. В тяжелых случаях опистотонус (голова запрокидывается, больной вытягивается в постели, опираясь затылком и пятками). На фоне скованности и гипертонуса мучительные и болезненные судороги. Судороги могут возникать от прикосновения, света, звука, до нескольких приступов в час. Сознание сохраняется, афония, асфиксия. Летальность от 30 до 70%, у новорожденных 100%. В случае выздоровления иммунитет не стойкий.

ДИАГНОСТИКА:

- Эпидемиологический анамнез клиника.
- Биологическая проба на мышах.

Бешенство.

Бешенство – инфекционный зооноз вирусной этиологии, характеризующийся преимущественным тяжелым поражением центральной нервной системы, угрожающее летальным исходом.

Человек заражается бешенством при укусе животных. Распространяясь по нервным волокнам, вирус бешенства вначале повышает их возбудимость, а затем вызывает развитие параличей. Проникая в ткани спинного и головного мозга вирус вызывает грубые нарушения в работе ЦНС, клинически проявляющиеся различными фобиями, приступами агрессивного возбуждения, галлюцинаторным синдромом.

Бешенство до сих пор остается неизлечимым заболеванием.

ЭТИОЛОГИЯ:

Возбудитель – рабдовирус

Свойства возбудителя – довольно устойчив к охлаждению и замораживанию, но легко инактивируется при кипячении, воздействию ультрафиолетового излучения, а также дезинфекции различными химическими реагентами.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ:

Источники резервуар –плотоядные животные (собаки, волки, лисы, кошки, некоторые грызуны, лошади, коровы и др.). Животные выделяют вирус со слюной, контагиозный период начинается за 8-10 дней до развития клинических признаков.

Человек источником выступает редко.

Путь передачи: контактный (работа с трупами животных, уход, разделка туш), парентеральный (укус животного, ослонение поврежденной кожи), алиментарный (употребление мяса больных животных).

Восприимчивость – всё население и животные.

ПАТОГЕНЕЗ:

Проникновение возбудителя – по нервным стволам достигает головного и спинного мозга (размножение и накопление) – слюнные железы (выделяется во внешнюю среду).

КЛИНИКА:

Инкубационный период от 10 дней до 1 года.

Стадия депрессии отмечается постепенное изменение поведение больного. В редких случаях депрессии предшествует общее недомогание, субфебрилитет, боль в области ворот инфекции (как правило, уже зажившей к началу заболевания раны).

Ведущие симптомы - головные боли, расстройства сна, потеря аппетита, апатия, подавленность, раздражительность, угнетенность и приступы страха. Иногда больные могут ощущать дискомфорт «стеснение» в груди, страдать расстройством пищеварения обычно запорами.

Стадия возбуждения наступает на 2-3 день после появления первых признаков депрессии, характеризуется развитием различных фобий: боязни воды, воздуха, звуков и света.

Гидрофобия – боязнь воды – мешает больным пить. Попытка выпить жидкость вызывает приступ парализующего страха, приостановку дыхания и больной бросает стакан. При прогрессировании заболевания больные страдают от сильной жажды, но вид и шум воды вызывают спазмы дыхательных мышц.

Аэрофобия характеризуется приступами удушья в связи с движением воздуха, при акустофобии и фотофобии такая реакция наблюдается на шум и яркий свет. Приступы удушья кратковременны (несколько секунд), их сопровождают спазмы и судороги мимической мускулатуры, зрачки расширены, больные возбуждены, испытывают панический ужас, кричат, откидывают голову назад. Наблюдается дрожание рук. Дыхание во время пароксизмов прерывистое, свистящее, вдохи – шумные. В этом периоде больные пребывают в агрессивном возбужденном состоянии, много кричат, склонны к бессистемной агрессивной активности (мечутся, могут ударить или укусить). Характерна гиперсаливация.

Продолжительность периода возбуждения составляет 2-3 дня, реже удлиняется до 6 суток.

Терминальная стадия паралитическая. Больные становятся апатичны, их движения ограничены, чувствительность снижена. Ввиду стихания фобических пароксизмов возникает ложное впечатление, что больному стало лучше, однако в это время быстро поднимается температура тела, развивается тахикардия и артериальная гипотензия, возникают параличи конечностей, а в дальнейшем и черепно-мозговых нервов. Поражение дыхательного и сосудодвигательного центра вызывает остановку сердечной деятельности и дыхания и смерть. Паралитический период может длиться от одного до трех дней.

Летальность - 100%

ДИАГНОСТИКА:

Эпидемиологический анамнез.

Гистологическое исследование мозга павших животных и умерших людей (нахождение телец Бабеша-Негри)

- Серологические исследования крови (РПГА, ИФА).
- Биологическая проба на мышцах.

Самостоятельная работа.

Студенты проводят обследование больных. Преподаватель контролирует и корректирует их действия.

Решить ситуационные задачи.

Составление текста бесед для населения по профилактике Лайм-боррелиоза.

Написать реферат на тему (по выбору): 1. Столбняк. 2. Бешенство.

Практические занятия №7 Вирусные гепатиты. ВИЧ-инфекция.

Цель занятия:

Изучить современные подходы к диагностике вирусных гепатитов.

Студент должен уметь:

- планировать обследование пациента;
- осуществлять сбор анамнеза;
- применять различные методы обследования пациента;
- формулировать предварительный диагноз в соответствии с современными классификациями;
- интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов диагностики;

- оформлять медицинскую документацию.

Студент должен знать:

- топографию органов и систем организма в различные возрастные периоды;
- биоэлектрические, биомеханические и биохимические процессы, происходящие в организме;
- основные закономерности развития и жизнедеятельности организма;
- строение клеток, тканей, органов и систем организма во взаимосвязи с их функцией в норме и патологии;
- основы регуляции физиологических функций, принципы обратной связи, механизм кодирования информации в центральной нервной системе;
- определение заболеваний;
- общие принципы классификации заболеваний;
- этиологию заболеваний;
- патогенез и патологическую анатомию заболеваний;
- клиническую картину заболеваний, особенности течения, осложнения у различных возрастных групп;
- методы клинического, лабораторного, инструментального обследования.

Обеспечение занятия.

1. Оборудование:

- фантомы, муляжи;
- методическое пособие для студентов по теме;
- презентация, учебный фильм по пальпации, перкуссии, аускультации.
- аппаратура, приборы, инструменты, необходимые для диагностики больных.

2. Технические средства обучения:

- компьютер;
- мультимедийный проектор;
- классная доска (меловая/маркерная);
- экран.

3. Наглядные пособия: учебно-методический материал, фантомы и оборудование для отработки практических манипуляций тесты, ситуационные задачи, иллюстрации.

Организационный момент

Преподаватель заполняет журнал, отмечает отсутствующих, проверяет готовность группы и аудитории к занятию. Определяется тема и учебные цели, проясняются вопросы, возникшие у студентов при подготовке к данному занятию.

Актуализация темы.

Гепатит А - острая вирусная инфекция с фекально-оральным механизмом передачи возбудителя, тропного к печеночной ткани, характеризуется нарушением функции печени, иногда - желтухой.

ЭТИОЛОГИЯ

Возбудитель – вирус гепатита А (ВГА).

Свойства возбудителя – содержит РНК, устойчив к повышению температуры окружающей среды, кислотам, эфиру. Сохраняется в воде, пище, сточных водах длительное время. Погибает под действием дезинфицирующих средств, кипячения.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Источник: больной человек. Опасность представляет любая форма болезни как желтушная, так и безжелтушная.

Вирусоносительства при ВГА не бывает.

Пути передачи инфекции - пищевой, водный, контактно-бытовой; возможны парентеральный и половой путь передачи. Особое место занимает водный путь передачи вируса гепатита А, обеспечивающий возникновение эпидемических вспышек заболевания. Крупные водные вспышки связаны с фекальным загрязнением водоемов, служащих источниками водоснабжения.

Восприимчивость – чаще болеют дети от 5 до 9 лет, а так же лица молодого возраста от 15 до 20 лет. У большинства людей к 35-40 годам вырабатывается активный иммунитет, подтверждаемый обнаружением в сыворотке крови антител к ВГА класса IgG. Иммунитет после перенесенного заболевания длительный, пожизненный.

Сезонность – летне-осенняя.

ПАТОГЕНЕЗ:

Проникновение вируса в ЖКТ с пищей или водой – репликация вируса на слизистой кишечника – попадание в кровь (синдром интоксикации) – проникновение в печень, разрушение (цитоллиз) клеток печени (гепатоцитов) – нарушение функций печени.

КЛИНИКА.

Инкубационный период от 7 – 50 дней.

Продромальный (преджелтушный) период около недели. В этот период, кроме выраженной интоксикации, пациента беспокоят лихорадка до 39°C, диспепсические расстройства (отрыжка, тошнота, снижение аппетита, тяжесть в животе, рвота), а так же выраженное снижение трудоспособности.

Период разгара (желтушный) продолжается 2-3 недели. Начинается с изменения цвета мочи, она становится темно-коричневой, цвета крепкого чая. Кал обесцвечивается, приобретает вид серой глины. Увеличение размеров печени, ее пальпация болезненная. Далее появляется изменение цвета кожи, слизистых и склер – желтушность, что часто сопровождается значительным улучшением самочувствия больных, так как нормализуется температура тела и исчезают общетоксические проявления. Диспепсические расстройства сохраняются.

Исчезновение желтухи обычно свидетельствует о развитии периода реконвалесценции, продолжительность которого при гепатите А колеблется от 1-2 до 6 месяцев. У больных исчезают клинические, а затем и лабораторные проявления нарушения печеночных функций, восстанавливаются размеры печени. Однако нормализация печеночных проб обычно значительно опережает полное завершение процессов восстановления ткани печени.

Безжелтушные формы гепатита А имеют закономерные проявления продромального периода и разгара заболевания, но без признаков нарушения пигментного обмена, без изменения цвета выделений, кожных и слизистых покровов. Течение заболевания обычно легкое.

Субклинические формы гепатита А характеризуются отсутствием клинических проявлений заболевания, однако функции печени изменяются, что устанавливается в результате лабораторных исследований. Повышаются показатели АЛАТ (биохимическое исследование), а также появляются антитела - анти-ВГА IgM (серологическое исследование)

Больные безжелтушными и субклиническими формами гепатита А имеют важное эпидемиологическое значение как источники инфекции.

ОСЛОЖНЕНИЯ

- Дискинезия желчевыводящих путей,
- Вторичные инфекции внутренних органов.

ДИАГНОСТИКА

- Биохимическое исследование крови (печеночные пробы – АлАТ, АсАТ, билирубин; тимоловая и сулемовая пробы).
Нормальные показатели
АлАТ – аланиновая аминотрансфераза (0,1 – 0,45 ммоль/л),
АсАТ – аспарагиновая аминотрансфераза (0,1 – 0,68 ммоль/л),
Билирубин – 8,5 – 20,5 ммоль/л.
- Серологическое исследование сыворотки крови – анти-ВГА класса IgM методом ИФА.

ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ Е

Гепатит Е - острая вирусная инфекция с фекально-оральным механизмом заражения, склонная к эпидемическому распространению преимущественно в регионах с жарким климатом, с большой частотой неблагоприятных исходов у беременных.

ЭТИОЛОГИЯ

Возбудитель – вирус гепатита Е (ВГЕ).

Свойства возбудителя – содержит РНК, менее устойчив, чем ВГА. Погибает под действием дезинфицирующих средств, кипячения.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Источник: больной человек, чаще в ранние сроки заболевания.

Вирусоносительства при ВГЕ не бывает.

Пути передачи инфекции – водный, пищевой, очень редко - контактно-бытовой. Спорадические случаи заболевания регистрируются повсеместно, могут быть завезенными и рассматриваются как «гепатит путешественников». Инфекция быстро охватывает большое число людей. Заболевание может протекать в виде крупных водных эпидемий. Чаще встречается в районах с жарким климатом - в регионах тропического и субтропического пояса

Восприимчивость – преимущественно болеют взрослые от 15 до 40 лет, чаще мужчины. После перенесенного заболевания формируется иммунитет.

Сезонность – летне-осенняя.

ПАТОГЕНЕЗ:

Проникновение вируса в ЖКТ с пищей или водой – репликация вируса на слизистой кишечника – попадание в кровь (синдром интоксикации) – проникновение в печень, разрушение (цитоллиз) клеток печени (гепатоцитов) – нарушение функций печени.

КЛИНИКА.

Инкубационный период от 20 – 65 дней.

Манифестная форма ВГЕ сходна с течением вирусного гепатита А. Реже, чем при гепатите А, повышается температура тела. Обычно появляется и прогрессирует общая слабость. При появлении желтухи самочувствие больных, как правило, не улучшается. Желтуха чаще кратковременная, как и синдром интоксикации. Общая продолжительность клинических проявлений при гепатите Е обычно составляет 2-3 недели.

Субклинические формы гепатита Е характеризуются отсутствием клинических проявлений заболевания, однако функции печени изменяются, что устанавливается в результате лабораторных исследований. Появляются антитела - анти-ВГЕ IgM (серологическое исследование).

Особенностью гепатита Е является избирательная тяжесть течения инфекции с угрозой летального исхода у беременных женщин, особенно при заражении во второй половине беременности. Часто сопровождается самопроизвольным прерыванием беременности, которое приводит к резкому ухудшению состояния больных. Вероятность

выживания плода и рождения полноценного ребенка невелика. Летальность при гепатите E среди беременных женщин достигает 20 %.

При тяжелой форме гепатита E характерно быстрое нарастание признаков интоксикации, развитие печеночной энцефалопатии, прекомы и комы. Заболевание сопровождается массивным геморрагическим синдромом - желудочно-кишечными, легочными, часто послеродовыми маточными кровотечениями.

Хронические формы заболевания и вирусоносительство не развиваются.

ДИАГНОСТИКА

- Серологическое исследование сыворотки крови – анти-ВГЕ класса IgM методом ИФА.
- Вирусологическое исследование – обнаружение РНК ВГЕ методом ПЦР.

Вирусный Гепатит В

Основные факты

- Гепатит В — это вирусная инфекция, которая поражает печень и может вызывать как острое, так и хроническое заболевание.
- Передача вируса чаще всего происходит перинатальным путем от матери ребенку, а также при контакте с кровью или другими биологическими жидкостями.
- По оценкам ВОЗ, в 2015 г. в мире насчитывалось 257 млн человек, живущих с хронической инфекцией гепатита В (т.е. с положительным результатом тестирования на поверхностный антиген гепатита В).
- По оценкам, в 2015 г. от гепатита В умерло 887 000 человек, главным образом от вызванных гепатитом цирроза печени и гепатоцеллюлярной карциномы (первичного рака печени).
- В 2017 г. число новых инфицированных составило 1,1 млн человек.
- По состоянию на 2016 г. о наличии у них инфекции знали 27 млн человек (10% людей, предположительно живущих с гепатитом В), и 4,5 млн (16,7%) диагностированных лиц проходили лечение.
- Гепатит В можно предотвратить с помощью безопасных, доступных и эффективных вакцин.

Гепатит В — потенциально опасная для жизни инфекция печени, вызываемая вирусом гепатита В (ВГВ). Эта инфекция представляет собой серьезную глобальную проблему здравоохранения. Вирус может вызывать хроническую инфекцию с высоким риском летального исхода от цирроза и рака печени. Существует безопасная и эффективная вакцина, обеспечивающая защиту от гепатита В на 98–100%. Профилактика инфекции гепатита В предотвращает развитие осложнений, в том числе развитие хронических заболеваний и рака печени.

Эпидемиологическая ситуация

Распространенность гепатита В выше всего в Регионе Западной части Тихого океана и в Африканском регионе, в которых инфицировано соответственно 6,2% и 6,1% взрослого населения. В Регионе Восточного Средиземноморья, Регионе Юго-Восточной Азии и Европейском регионе инфицировано соответственно 3,3%, 2,0% и 1,6% населения. В Регионе стран Америки инфицировано 0,7% населения.

Передача вируса

В высокоэндемичных районах гепатит В наиболее часто передается либо от матери ребенку при родах (перинатальная передача), либо в результате горизонтальной передачи (контакта с зараженной кровью), особенно от инфицированного ребенка неинфицированному ребенку в течение первых 5 лет жизни. У детей, инфицированных от матери или заразившихся в возрасте до 5 лет очень часто развивается хроническая инфекция.

Гепатит В также передается в результате случайного укола иглой, нанесения татуировок, пирсинга и контакта с инфицированной кровью и биологическими жидкостями, включая слюну, менструальные и вагинальные выделения, а также семенную жидкость. Заражение гепатитом В может происходить при половых контактах, в частности у непривитых мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, и гетеросексуальных

лиц, имеющих несколько половых партнеров или половые контакты с работниками секс-индустрии.

Заражение в зрелом возрасте приводит к развитию хронического гепатита менее чем в 5% случаев, в то время как инфекция в младенческом возрасте и раннем детстве приводит к хроническому гепатиту примерно в 95% случаев. Передача вируса может также произойти при повторном использовании игл и шприцев в медицинских учреждениях или среди лиц, употребляющих инъекционные наркотики. Кроме того, заражение может иметь место во время медицинских, хирургических и стоматологических процедур, нанесения татуировок, а также в результате использования бритвенных лезвий и аналогичных приспособлений, контаминированных инфицированной кровью.

Вирус гепатита В способен выживать вне организма человека по меньшей мере в течение семи дней. На протяжении этого периода времени вирус сохраняет способность вызывать инфекцию при попадании в организм лиц, не защищенных вакциной. Инкубационный период инфекции гепатита В составляет в среднем 75 дней, но может колебаться от 30 до 180 дней. Вирус может обнаруживаться в крови в течение 30–60 дней после инфицирования и способен персистировать в организме, вызывая хронический гепатит В.

Симптомы

В большинстве случаев инфекция имеет бессимптомное течение. Тем не менее, у некоторых пациентов возникают острые состояния с выраженными симптомами, которые сохраняются несколько недель и включают в себя желтушное окрашивание кожи и склер глаз (желтуху), потемнение мочи, сильную слабость, тошноту, рвоту и боли в брюшной полости. У небольшого числа людей острый гепатит может привести к развитию острой печеночной недостаточности с риском летального исхода.

В некоторых случаях вирус гепатита В также вызывает хроническую инфекцию печени, которая в дальнейшем может развиваться в цирроз (рубцевание печени) или рак печени.

Кто подвержен риску хронических заболеваний?

Вероятность развития хронической инфекции зависит от возраста, в котором человек заразился вирусом гепатита. Наибольшая вероятность развития хронических инфекций наблюдается у инфицированных вирусом гепатита В детей в возрасте до шести лет.

Дети грудного и раннего возраста:

- хронические инфекции развиваются у 80–90% детей грудного возраста, инфицированных в первый год жизни;
- хронические инфекции развиваются у 30–40% детей, инфицированных в возрасте до шести лет.

Взрослые:

- при отсутствии других сопутствующих заболеваний хронические инфекции развиваются менее чем у 5% людей, инфицированных гепатитом В во взрослом возрасте;
- у 20–30% взрослых с хронической инфекцией развивается цирроз и/или рак печени.

Коинфекция ВИЧ-ВГВ

Около 1% людей, живущих с ВГВ-инфекцией (2,7 млн человек) коинфицированы ВИЧ. Средняя распространенность ВГВ-инфекции среди ВИЧ-инфицированных составляет 7,4%. С 2015 г. ВОЗ рекомендует показывать лечение всем пациентам с диагнозом ВИЧ-инфекции, независимо от стадии заболевания. Тенофовир, который входит в состав лечебных комбинаций, рекомендованных в качестве терапии первой линии при ВИЧ-инфекции, также активен против ВГВ.

Диагностика

На основании только клинической картины провести дифференциацию между гепатитом В и вирусными гепатитами других типов невозможно; поэтому крайне важным

является лабораторное подтверждение диагноза. Для диагностики и мониторинга пациентов с гепатитом В существует несколько методов лабораторного исследования крови. Их можно использовать для дифференциальной диагностики острых и хронических инфекций.

Методы лабораторной диагностики инфекции заключаются в выявлении поверхностного антигена гепатита В (HbsAg). Для обеспечения безопасности крови и предотвращения случайной передачи вируса реципиентам продуктов крови ВОЗ рекомендует проводить систематическое тестирование донорской крови на гепатит В.

- Острая инфекция ВГВ характеризуется наличием HBsAg и иммуноглобулина класса М (IgM) к ядерному антигену (HBcAg). В течение начальной фазы инфекции у пациентов также обнаруживается серопозитивная реакция на е-антиген вируса гепатита В (HBeAg). HBeAg обычно является маркером высокого уровня репликации вируса. Наличие HBeAg указывает на высокую контагиозность крови и биологических жидкостей инфицированного пациента.
- Хроническая инфекция характеризуется персистенцией HBsAg в течение не менее шести месяцев (при одновременном наличии HBeAg или без него). Постоянство наличия HBsAg является главным маркером риска развития хронического заболевания печени и рака печени (гепатоцеллюлярной карциномы) в течение жизни.

Гепатит С - вирусное заболевание человека с гемоконтактным механизмом заражения, склонностью к длительному малосимптомному хроническому течению с исходом в цирроз печени.

ЭТИОЛОГИЯ

Возбудитель – вирус гепатита С (ВГС). ВГС генетически неоднороден, выделяют 6 его основных генотипов и более 90 субтипов.

Свойства возбудителя – содержит РНК. Вирус устойчив к нагреванию до 50 °С, инактивируется растворителями липидов (хлороформ) и ультрафиолетовым облучением. Во внешней среде не стоек.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Источник: больные острым и хроническим гепатитом С. Наибольшую эпидемиологическую опасность представляют субклинические формы инфекции.

Пути передачи инфекции – парентеральный, вертикальный, половой.

Одним из основных путей передачи инфекции является переливание крови и/или ее компонентов.. В России контроль доноров с исследованием анти-ВГС проводится с 1994 г.

Вирус гепатита С может передаваться через различные медицинские и немедицинские инструменты и препараты, загрязненные кровью. В инфицировании имеют значение множественные лечебно-диагностические манипуляции, например эндоскопические исследования, оперативные вмешательства.

«Шприцевой» путь передачи ВГС особое значение имеет у наркоманов с парентеральным введением наркотиков. Они составляют огромный и опасный резервуар инфекции.

Низкий уровень вирусемии при гепатите С делает менее актуальными другие пути передачи - половой, бытовой. С этим же связано относительно меньшее значение в сравнении с гепатитом В профессионального заражения медицинских работников. Инфицирующая доза для ВГС в несколько раз больше, чем для ВГВ.

Относительно низок риск заражения при рождении ребенка от инфицированной ВГС матери.

Восприимчивость – высокая.

Группы высокого риска:

- реципиенты донорской крови,
- больные гемофилией и другими гематологическими заболеваниями,
- пациенты центров хронического гемодиализа,

- дети первого года жизни, рожденных от инфицированных матерей,
- потребители парентеральных наркотиков,
- медицинские работники.

Сезонность – отсутствует.

ПАТОГЕНЕЗ:

Проникновение вируса в кровь – проникновение в печень, внедрение в гепатоциты – некробиотические процессы в печени - функциональные нарушения печени, длительное персистирование в организме, развитие аутоиммунных процессов.

КЛИНИКА.

Инкубационный период от 2 до 26 недель, чаще 6 – 8 недель.

Острый гепатит С у подавляющего большинства больных протекает субклинически и остается нераспознанным. Диагноз в таких случаях устанавливают на основании результатов диспансерного обследования.

Течение обычно малосимптомное, протекает чаще без желтухи. Продромальный период сопровождается астеническим, диспепсическим синдромами, редко - повышением температуры тела.

В период разгара больные отмечают общую слабость, быструю утомляемость, вялость, сонливость, снижение аппетита. Возможен дискомфорт и ощущение тяжести в эпигастральной области и правом подреберье. В редких случаях появляется умеренно или слабо выраженная желтуха кожи, слизистых оболочек и склер, обнаруживаются кратковременное изменение цвета мочи (потемнение) и обесцвеченный кал. Печень умеренно увеличена.

Острый гепатит С преимущественно протекает в легкой форме, но чаще не завершается выздоровлением, а переходит в длительную клинически не проявляющуюся фазу хронической инфекции.

Хронический гепатит С (ХГС). Продолжительность составляет 15-20 лет, но может уменьшаться при наличии суперинфицирования (ВГВ, ВГД), хронических интоксикаций (алкоголизм, наркомания). В эту фазу инфекции самочувствие больных не нарушается, они считают себя здоровыми. При обследовании больного можно выявить умеренное увеличение размеров печени, ее уплотнение. Сопровождается астеновегетативным, диспепсическим синдромом. Желтуха возникает редко.

ХГС может сопровождаться различными внепеченочными проявлениями - гломерулонефритом, поражениями кожи, щитовидной железы, нейромышечным и суставным синдромами, анемией и др.

Опасность инфекции заключается в высоком риске осложнений.

ОСЛОЖНЕНИЯ

- Цирроз печени.
- Гепатоцеллюлярная карцинома –онкологическое заболевание, встречается чаще чем при гепатите В.

Цирроз печени длительное время остается компенсированным и распознается лишь по результатам морфологического исследования ткани печени. Типичные клинические признаки цирроза могут проявляться через годы после его возникновения. К ним относятся гепатоспленомегалия, портальная гипертензия, асцит, «сосудистые звездочки» на коже, диспепсический, астеновегетативный синдром, при декомпенсации - желтуха, лихорадка, геморрагический синдром.

ДИАГНОСТИКА

- Серологическое исследование:
 - обнаружение маркеров ВГС методом ИФА
 - обнаружение РНК ВГС методом ПЦР.
- Цитологическое исследование тканей печени – биопсия.
- Биохимическое исследование крови – печеночные пробы.

Самостоятельная работа.

Студенты проводят обследование больных. Преподаватель контролирует и корректирует их действия.

Решить ситуационные задачи.

Составление текста беседы с пациентами по проведению рационального лечения и организации лечебного питания при ВГА, ВГВ, ВГС.

Работа с лекционным материалом, учебниками, справочниками и другими источниками информации по теме занятия.

ВИЧ- инфекция

Цель занятия:

Изучить современные подходы к диагностике столбняка, бешенства.

Студент должен уметь:

- планировать обследование пациента;
- осуществлять сбор анамнеза;
- применять различные методы обследования пациента;
- формулировать предварительный диагноз в соответствии с современными классификациями;
- интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов диагностики;
- оформлять медицинскую документацию.

Студент должен знать:

- топографию органов и систем организма в различные возрастные периоды;
- биоэлектрические, биомеханические и биохимические процессы, происходящие в организме;
- основные закономерности развития и жизнедеятельности организма;
- строение клеток, тканей, органов и систем организма во взаимосвязи с их функцией в норме и патологии;
- основы регуляции физиологических функций, принципы обратной связи, механизм кодирования информации в центральной нервной системе;
- определение заболеваний;
- общие принципы классификации заболеваний;
- этиологию заболеваний;
- патогенез и патологическую анатомию заболеваний;
- клиническую картину заболеваний, особенности течения, осложнения у различных возрастных групп;
- методы клинического, лабораторного, инструментального обследования.

Обеспечение занятия.

1. Оборудование:

- фантомы, муляжи;
- методическое пособие для студентов по теме;
- презентация, учебный фильм по пальпации, перкуссии, аускультации.
- аппаратура, приборы, инструменты, необходимые для диагностики больных.

2. Технические средства обучения:

- компьютер;
- мультимедийный проектор;
- классная доска (меловая/маркерная);
- экран.

3. Наглядные пособия: учебно-методический материал, фантомы и оборудование для отработки практических манипуляций тесты, ситуационные задачи, иллюстрации.

Организационный момент

Преподаватель заполняет журнал, отмечает отсутствующих, проверяет готовность группы и аудитории к занятию. Определяется тема и учебные цели, проясняются вопросы, возникшие у студентов при подготовке к данному занятию.

Актуализация темы.

ВИЧ-инфекция - ретровирусная антропонозная болезнь с преимущественно гемоконтактным механизмом заражения; характеризуется прогрессирующим течением с поражением нервной, иммунной и других систем организма, развитием синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД), который проявляется оппортунистическими инфекциями и инвазиями, злокачественными новообразованиями и иммунопатологическими эффектами, приводящими к гибели больных.

ЭТИОЛОГИЯ

Возбудитель – вирусы иммунодефицита человека 1 и 2 типов (ВИЧ-1 и ВИЧ-2), относится к ретровирусам. Содержит РНК, отличается высокой изменчивостью

Свойства возбудителя – мало устойчив во внешней среде: погибает при кипячении (через 1-3 минуты) и под воздействием дезинфицирующих средств. Вирусы устойчивы к ультрафиолетовому и ионизирующему излучению, длительно сохраняются при высушивании и замораживании.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Источник – человек в любой фазе заболевания.

Пути передачи инфекции – половой, вертикальный, парентеральный.

ВИЧ содержится во всех биологических средах больного человека, но наибольшее количество обнаруживается в крови, сперме, вагинальном секретах.

{	Фекально-оральным механизмом, НВАэрозольным механизмом, Трансмиссивным механизмом, Контактно – бытовым путём	}	передача ВИЧ не установлена
---	---	---	-----------------------------

Восприимчивость – всеобщая.

Группы высокого риска:

- реципиенты донорской крови,
- люди, имеющие большое число половых партнеров,
- больные гемофилией и другими гематологическими заболеваниями,
- пациенты центров хронического гемодиализа,
- дети первого года жизни, рожденных от инфицированных матерей,
- потребители парентеральных наркотиков,
- медицинские работники.

Значительные темпы распространения этого заболевания наблюдаются и в России, особенно среди лиц, употребляющих наркотики внутривенно, и у лиц, практикующих незащищенные половые контакты со случайными и непостоянными партнерами.

ПАТОГЕНЕЗ:

Проникновение вируса в кровь – проникновение в клетки Т-лимфоцитов – репликация вируса – уменьшение количества Т-лимфоцитов – нарушение функций иммунной системы.

КЛАССИФИКАЦИЯ ВИЧ (В.И.Покровского)

ВИЧ-инфекция - хроническая прогрессирующая болезнь.

Выделяют пять стадий ВИЧ-инфекции:

I. Стадия инкубации.

II. Стадия первичных проявлений. Варианты течения:

A - бессимптомная;

Б - острая ВИЧ-инфекция без вторичных заболеваний;

В - острая ВИЧ-инфекция с вторичными заболеваниями.

III. Субклиническая стадия.

IV. Стадия вторичных заболеваний.

А - потеря массы тела менее 10 %; грибковые, вирусные, бактериальные поражения кожи и слизистых оболочек; опоясывающий лишай; повторные фарингиты, синуситы.

Б - потеря массы тела более 10 %; необъяснимая диарея и лихорадка более одного месяца; волосистая лейкоплакия; туберкулез легких; повторные или стойкие вирусные, бактериальные, грибковые, поражения внутренних органов; повторный или диссеминированный опоясывающий лишай; локализованная форма саркомы Капоши.

В - кахексия; генерализованные бактериальные, вирусные, грибковые, паразитарные заболевания; пневмоцистная пневмония; кандидоз пищевода, бронхов, легких; внелегочный туберкулез; атипичные микобактериозы; диссеминированная саркома Капоши; поражения центральной нервной системы различной этиологии.

V. Терминальная стадия. СПИД – синдром приобретенного иммунодефицита.

КЛИНИКА.

Инкубационный период от 2 недель до 3 месяцев, редко до 6 месяцев.

Стадия первичных проявлений болезни в половине случаев протекает в виде гриппоподобного заболевания. Больные отмечают повышение температуры тела, иногда до высоких цифр, боли в горле при глотании, общую слабость, миалгии. При осмотре выявляют признаки назофарингита, увеличение шейных и иных групп периферических лимфатических узлов, преходящую розеолапапулезную сыпь. Спустя несколько дней или недель эти симптомы угасают, и заболевание переходит в бессимптомную, или субклиническую стадию, продолжительность которой может составлять несколько лет.

У многих пациентов развивается персистирующая генерализованная лимфаденопатия - увеличение двух и более лимфатических узлов в двух и более группах, кроме паховых, в течение трех и более месяцев. Лимфатические узлы достигают размера 1 см и более, они безболезненны, плотны на ощупь и подвижны.

В последующем, в IV стадии болезни, по мере прогрессирования иммунной недостаточности, развиваются симптомы астеновегетативного типа: общая слабость, быстрая утомляемость («синдром хронической усталости»), повышенная потливость, субфебрилитет, уменьшается масса тела, развиваются инфекционные поражения кожи и слизистых оболочек, вызванные условно-патогенными микроорганизмами. У многих больных выявляется туберкулез легких. Характерно возникновение себорейного дерматита, глоссита, «волосистой» лейкоплакии языка, рецидивирующих герпетических высыпаний и афтозного стоматита, частых острых респираторных заболеваний. В ряде случаев обнаруживают локализованные формы саркомы Капоши.

В стадии IV В развивается развернутая картина СПИДа с возникновением характерных вторичных, или СПИД-индикаторных, заболеваний. Согласно рекомендациям ВОЗ о развитии у пациента СПИДа свидетельствуют 28 заболеваний и состояний, вот некоторые из них:

- Бактериальные инфекции (множественные или повторяющиеся) у ребенка в возрасте до 13 лет.
- Кандидоз пищевода.
- Кандидоз трахеи, бронхов или легких.
- Рак шейки матки.
- Цитомегаловирусная инфекция у пациента в возрасте старше одного месяца.
- Цитомегаловирусный ретинит с потерей зрения.
- Инфекция, обусловленная вирусом простого герпеса: хронические язвы, сохраняющиеся более 1 месяца, или бронхит, пневмония, эзофагит у пациента в возрасте старше одного месяца.
- Саркома Капоши.
- Туберкулез легких у взрослого или подростка старше 13 лет.
- Туберкулез внелегочный.
- Пневмонии повторяющиеся (две и более в течение 12 месяцев).
- Сальмонеллезные септицемии, повторяющиеся.

- Токсоплазмоз мозга у пациента в возрасте старше одного месяца.
- Синдром истощения, обусловленный ВИЧ.

В терминальной фазе болезни отмечаются выраженные проявления диссеминированной энцефалопатии, поражение периферических нервов, прогрессируют анемия, развиваются необратимые полиорганные поражения, обуславливающие кахексию и гибель больных.

ДИАГНОСТИКА

- Серологическое исследование:
 - метод ИФА для скрининговой диагностики (5-7 мл венозной крови, можно хранить в холодильнике не более 6 дней),
 - метод иммуноблота для пациентов с положительным результатом ИФА,
 - метод ПЦР для обнаружения РНК ВИЧ и подтверждения диагноза.
- Иммунологическое исследование – определение в крови количества Т-лимфоцита, а также выявляют сопутствующих и СПИД-индикаторных заболеваний.

Самостоятельная работа.

Студенты проводят обследование больных. Преподаватель контролирует и корректирует их действия.

Работа с лекционным материалом, учебниками, справочниками и другими источниками

информации по теме занятия.

Работа с интернет – ресурсами.

Составление таблиц:

«Клиническая характеристика, лабораторно-инструментальная диагностика ВИЧ-ассоциированных болезней»

Решить ситуационные задачи.

Практические занятия №8 Этиология. классификация. Методика обследования фтизиатрических пациентов.

Туберкулез – хроническое инфекционное заболевание, вызываемое микобактериями туберкулеза и характеризующееся образованием специфических гранулем в различных органах и тканях, а также полиморфной клинической картиной.

Название болезни происходит от латинского слова *tuberculum* – бугорок

Фтизиатрия – наука, изучающая туберкулёз (от греческого слова «*phthisis*»- истощение).

Туберкулез - занимает первое место среди всех инфекционных заболеваний и представляет одну из важных социальных и медико-биологических проблем.

По данным ВОЗ ежегодно в мире туберкулезом заболевают не менее 9 - 10 млн.

Этиология туберкулеза.

Возбудителем туберкулеза является микобактерия туберкулеза (МБТ). Различают несколько типов МБТ, способных вызвать заболевание у человека:

1. человеческий вид (*Mycobacterium tuberculosis*);
2. бычий вид (*Mycobacterium bovis*);
3. птичий вид (*Mycobacterium avium*)
4. мышинный вид;
5. африканский вид.

При сборе анамнеза заболевания и жизни - медсестре необходимо расспросить больного о времени появления изменений в состоянии его здоровья и их динамике, перенесенных ранее операциях и травмах. Важно выяснить, не относится ли пациент к группе лиц повышенного риска.

Это, как правило, больные:

- с часто повторяющимися заболеваниями верхних дыхательных путей.
- с атипично протекающими и медленно рассасывающимися пневмониями.

- с хроническими воспалительными заболеваниями органов дыхания.
- перенесшие плеврит
- с профессиональными пылевыми заболеваниями.
- сахарным диабетом
- с хрон. надпочечниковой недостаточностью.
- язвенной болезнью желудка и 12 – перстной кишки.
- алкоголизмом
- наркоманией

Необходимо обратить внимание на факторы, снижающие иммунный статус организма:

- продолжительный приём глюкокортикоидов, лучевая терапия
- длительный гемодиализ,
- перенесённый только что грипп,
- вирусный гепатит,
- СПИДом
- аборты, роды,
- операции по трансплантации.
- явенная болезнь,
- наркомания,
- ВИЧ-инфекция

Важными являются сведения о месте жительства больного, его профессии и характере работы, материально-бытовых условиях, образе жизни и уровне культуры.

Эпид. анамнез

Необходимо обратить внимание на:

- ранее перенесённый туберкулёз. Наблюдение и лечение в п/тубдиспансере.
- результаты реакции Манту у детей и подростков в динамике.
- наличие контакта с туберкулёзными больными дома, по месту учебы, работы: в каком возрасте был контакт, его длительность и массивность
- наличие больных туберкулезом животных.

При объективном исследовании: внешний вид пациента чаще не изменен, но могут быть:

- акроцианоз,
- снижение тургора,
- сухость кожных покровов
- деформация грудной клетки,
- деформация концевых фаланг в виде барабанных палочек и изменения формы ногтей в виде выпуклых часовых стекол.

Исследование крови

В клиническом анализе крови обычно наблюдаются небольшие изменения: умеренный лейкоцитоз, умеренно ускоренное СОЭ, небольшой сдвиг лейкоцитов влево (увеличение палочкоядерных нейтрофилов), лимфоцитопения, может быть моноцитоз, эозинопения, гипохромная анемия.

Исследование мокроты.

Выявление микобактерий в мокроте имеет важное эпидемиологическое и клиническое значение. При первом обращении больного к врачу с подозрением на туберкулёз, необходимо исследовать подряд не менее трёх порций мокроты.

Важную роль в микробиологической диагностике туберкулеза играет правильный сбор мокроты. Если медицинская сестра не обучит пациента грамотно собрать мокроту, то эффективность бактериологического выявления туберкулеза снижается. Поскольку инструктаж и подготовка пациента к исследованиям входят в обязанности медицинской сестры и включаются ею в план сестринского ухода за пациентом, ей необходимо знать правила сбора мокроты

Вопросы:

1. Основные эпидемиологические показатели при туберкулезе (инфицированность, заболеваемость, болезненность, смертность).
2. Основные типы микобактерий туберкулеза, их особенности. Пути заражения.
3. Санитарно-эпидемиологический режим в клинике туберкулеза.
4. Субъективное обследование пациента.
5. Объективные методы обследования пациента.
6. Методы исследования мокроты на МБТ. Правила забора мокроты.
7. Рентгенологический метод диагностики: виды, кратность обследования.
8. Понятие о туберкулинодиагностике.
9. Туберкулин, его виды.
10. Техника проведения пробы Манту.
11. Принципы оценки пробы Манту.
12. Показания и противопоказания к постановке пробы Манту.

Решите тестовые задания с указанием одного правильного ответа:

1. ВОЗБУДИТЕЛЬ ТУБЕРКУЛЕЗА УСТОЙЧИВ К ВНЕШНИМ ВОЗДЕЙСТВИЯМ БЛАГОДАРЯ:
 - А. Наличию жировосковой капсулы
 - Б. Усиленному размножению бактериальных тел
 - В. Способности адаптироваться к изменяющимся условиям внешней среды
 - Г. Всем перечисленным факторам
 - Д. Факторам А и В *
2. ТРАНСФОРМАЦИЯ МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА ПРОИСХОДИТ ПОД ВЛИЯНИЕМ:
 - А. Вакцинации
 - Б. Воздействия ферментов и биологически активных веществ
 - В. Химиотерапии
 - Г. Изменений внешней среды
 - Д. Всего перечисленного*
3. МАТЕРИАЛОМ ДЛЯ ОБНАРУЖЕНИЯ МИКОБАКТЕРИЙ МОЖЕТ СЛУЖИТЬ:
 - А. Плевральная жидкость
 - Б. Промывные воды желудка и бронхов
 - В. Мокрота, моча и отделяемое из свища
 - Г. Кровь и биоптат
 - Д. Все перечисленное *
4. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ И ДОСТОВЕРНЫМ В ПРАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ МЕТОДОМ ОБНАРУЖЕНИЯ МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ:
 - А. Люминесцентная микроскопия
 - Б. Культуральный посев *
 - В. Бактериоскопия
 - Г. Биохимическое исследование
 - Д. Иммуно-генетический
5. МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА МОГУТ ТРАНСФОРМИРОВАТЬСЯ В:
 - А. Риккетсии
 - Б. Вирусы
 - В. L-формы и фильтрующиеся вирусоподобные формы *
 - Г. Кокки
 - Д. Никак не трансформируются
6. МИКОБАКТЕРИОЗЫ ЛЕГКИХ У ЧЕЛОВЕКА ЧАЩЕ ВЫЗЫВАЮТСЯ МИКОБАКТЕРИЯМИ ТИПА:
 - А. *M. avium*, *M. xenopreii*,
 - Б. *M. kansasii*

- В. M. aquae, M. scrofulaceum
- Г. M. phlei, M. smegmatis, M. fortuitum, M. marinum
- Д. Правильна А и В *

7. АТИПИЧНЫЕ МИКОБАКТЕРИИ ОБИТАЮТ:

- А. В почве
- Б. В организмах животных
- В. В организме птиц
- Г. В водоемах
- Д. Все ответы правильны.*

8. МИКОБАКТЕРИОЗ ЛЕГКИХ, ВЫЗВАННЫЙ ЗАРАЖЕНИЕМ АТИПИЧНЫМ ШТАММОМ МИКОБАКТЕРИИ, УДАЕТСЯ В 1-Ю ОЧЕРЕДЬ ОТЛИЧИТЬ ОТ ТУБЕРКУЛЕЗА:

- А. По клиническому течению заболевания
- Б. По рентгенологическим его проявлениям
- В. По характеру обнаруженного возбудителя *
- Г. Все ответы правильны
- Д. Не отличается

9. В ПРАКТИКЕ ИДЕНТИФИКАЦИЯ АТИПИЧНЫХ МИКОБАКТЕРИИ ДОСТИГАЕТСЯ:

- А. Биологическим методом
- Б. Биохимическим методом
- В. Иммунологическим методом
- Г. Культуральным методом *

Манипуляции:

1. Поставка в/к пробы Манту.

- провести расспрос с детализацией всех его разделов;
- провести объективное обследование пациента и оценить данные, полученные при обследовании;

- выявлять симптомы различных форм туберкулеза;
- обосновать предварительный диагноз в соответствии с классификацией;
- составить план лабораторно-инструментального обследования больного;
- оценить данные дополнительных методов исследования;
- определить наличие осложнений.

оформлять медицинскую документацию.

Составление схем индивидуальных планов обследования при туберкулезе.

Работа с лекционным материалом, учебниками, справочниками и другими источниками информации по теме занятия

Изучение тем, освещающих диагностику больных туберкулезом по учебной и дополнительной литературе, в сети Интернет.

Изучение нормативной документации Министерства Здравоохранения РФ по туберкулезу.

Изучение нормативной документации Министерства Здравоохранения РФ, регламентирующей оказание медицинской помощи при туберкулезе.

Составить кроссворд по теме занятия.

Составить доклад по теме: «Диаскин-тест. История разработки и применение».

Составить таблицу диагностики туберкулеза внелёгочной локализации.

Решить ситуационные задачи.

Студент выполняет практические манипуляции по алгоритму:

- Подготовка пациента к бронхоскопии
- Сбор мокроты на микроскопическое исследование
- Сбор мокроты на бактериологическое исследование
- Внутрикожная инъекция

- Туберкулинодиагностика
- Забор крови на биохимическое исследование
- Интерпретации результатов обследования лабораторных и инструментальных методов диагностики, постановки предварительного диагноза;
- Заполнение фрагментов историй болезни, медицинской документации (направлений на исследования)

Практическая подготовка №42 Первичный и вторичный туберкулез.

ПЕРВИЧНЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ

Первичный туберкулез – это туберкулез, который развивается сразу после инфицирования или на фоне отсутствия реакции на прививку БЦЖ; и охватывает время от проникновения в организм МБТ до полного заживления туберкулезного очага.

Первичный туберкулез чаще встречается у детей и подростков, особенно среди тех, кому не проводили ревакцинацию БЦЖ.

В структуре заболеваемости туберкулезом детей и подростков преобладают поражения органов дыхания – туберкулез внутригрудных лимфатических узлов и первичный туберкулезный комплекс. Из внелегочных форм чаще встречаются поражения периферических лимфатических узлов, а также брюшной полости и менингеальной оболочки.

ВТОРИЧНЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ

Вторичный туберкулез – это туберкулез, который развивается в результате реактивации посттуберкулезных изменений, то есть у людей, когда-то перенесших туберкулезную инфекцию. У взрослых развивается спустя некоторое время после состояния клинического благополучия.

В отличие от первичного туберкулеза, при котором отмечается склонность к генерализации процесса, вторичный туберкулез развивается в условиях сниженной реактивности и склонен к конкретной локализации и отграничению процесса. То есть при вторичном туберкулезе процесс локализуется в каком-либо органе и при неблагоприятных условиях может прогрессировать.

Вторичный туберкулез в большинстве случаев – это туберкулез легких:

- очаговый туберкулез легких;
- инфильтративный туберкулез легких;
- казеозная пневмония;
- туберкулема легких;
- кавернозный туберкулез легких;
- фиброзно-кавернозный туберкулез легких;
- цирротический туберкулез легких;
- туберкулезный плеврит и эмпиема плевры;
- туберкулез бронхов, трахеи, верхних дыхательных путей;
- туберкулез органов дыхания, комбинированный с другими заболеваниями легких.

Особенности первичного инфицирования.

- у большинства людей не сопровождается нарушением самочувствия и какими-то симптомами болезни.

- в этот период (в течение одного года) велик риск заболевания туберкулезом, особенно при неблагоприятных социальных и эпидемиологических условиях.

- У большинства детей и подростков, вакцинированных БЦЖ, заражение (инфицирование) МБТ обычно не вызывает заболевания и заканчивается формированием устойчивого иммунитета.

- В неблагоприятной эпидемиологической обстановке у невакцинированных детей и подростков, а также при массивном заражении микобактериями туберкулеза и при ослаблении организма первичное инфицирование может вызвать заболевание.

Особенности первичного туберкулёза:

- В месте внедрения МБТ (в бронхе, в коже и т.д.) формируются специфические туберкулезные гранулемы, из которых формируется туберкулезный очаг в том или ином органе, иногда со специфическим казеозным некрозом. Появляются клинические признаки поражения какого-либо органа.

- МБТ выделяют большое количество токсинов, которые воздействуют на все системы организма, наступает туберкулезная интоксикация, в результате чего развиваются функциональные нарушения со стороны практически всех систем: центральной и вегетативной нервных систем, сердечно-сосудистой и эндокринной системы, желудочно-кишечного тракта (токсико-аллергические реакции).

- Появление в первые положительной реакции (вираж) или гиперергической реакцией на туберкулин,

- Склонность к лимфогенной или гематогенной распространенности (диссеминации) инфекции,

- Склонность к казеозным воспалением внутригрудных и других лимфатических узлов

- Первичный туберкулез у детей является основной формой, т.к. в результате анатомо-физиологических особенностей детского организма у них отмечается высокая чувствительность на внедрение МБТ и их токсины.

- Среди больных туберкулезом подростков и лиц молодого возраста, выявляется в 10 – 20% случаев.

Особенности первичного туберкулёза у детей и подростков.

Часто не бывает резко выраженных локальных проявлений туберкулёза.

Начальные проявления туберкулёзной инфекции выражаются общими симптомами интоксикации.

Появление и усиление (обычно в течение 1 – 5 лет) положительных туберкулиновых реакций.

Поражение лимфатической системы.

Вовлечение в процесс бронхов и серозных оболочек (плевриты).

Высокая сенсбилизация тканей и систем к возбудителю туберкулёза с возможной генерализацией процесса.

Возникновение неспецифических (токсико – аллергических) реакций: кератоконъюнктивиты, узловатая эритема, скрофулодерма и др.

Склонность специфического воспаления к казеозному некрозу с последующим обызвествлением и самозаживлению.

В современных условиях стирается грань между клиникой первичного и вторичного туберкулёза у детей в препубертатном и подростковом возрасте. У впервые инфицированных детей этой группы туберкулёз лёгких протекает не только в виде бронхоаденита или первичного туберкулёзного комплекса, но и в виде ограниченных очаговых и инфильтративных форм.

Вопросы к практической подготовке:

1. Факторы, способствующие возникновению и развитию вторичного туберкулёза.
2. Способы и пути заражения вторичным туберкулёзом.
3. Контингенты лиц, подверженных заболеванию вторичным туберкулёзом.
4. Основные клинические проявления и формы вторичного туберкулёза (инфильтративного туберкулёза, казеозной пневмонии, туберкуломы, кавернозного туберкулёза, цирротического туберкулёза, туберкулёзного плеврита, туберкулёза трахеи, гортани, трахеи).
5. Основные проблемы пациентов и родственников при вторичном туберкулёзе.
6. Основные методы диагностики вторичного туберкулёза. Значение туберкулинодиагностики.

7. Осложнения и исходы вторичного туберкулёза.
8. Понятие о внелёгочном туберкулёзе.
9. Понятие о первичном туберкулёзе.
10. Факторы, способствующие возникновению и развитию первичного туберкулёза.
11. Основные клинические проявления интоксикации детей и подростков,
12. Основные клинические проявления первичного туберкулёзного комплекса
13. Основные клинические проявления бронхоаденита
14. Осложнения первичного туберкулёза
15. Особенности течения первичного туберкулёза у лиц пожилого и старческого возраста.

Решить ситуационную задачу:

На приеме в поликлинике ребенок Д. 10 лет с жалобами на потливость, слабость, повышенную утомляемость, беспричинные перепады настроения, снижение аппетита, повышение температуры до 37,5С, затрудненное дыхание, приступообразный кашель. При объективном сестринском обследовании: Т-37,6С, кашель битональный, расширена венозная сеть на передней поверхности грудной клетки, выражено бронхиальное дыхание, одышка до 30 в 1 мин.

Рентгенограмма органов грудной клетки: увеличение размеров корней легких, инфильтрация в прикорневой зоне легочной ткани. Был установлен диагноз – туберкулезный бронхоаденит. Ребенок госпитализирован.

Задание:

1. Оценить состояние ребенка.
2. Определить потребности, удовлетворение которых у ребенка нарушено.
3. Определить проблемы пациента.
4. Выявить приоритетную проблему, сформулируйте цели.

Манипуляции:

1. Сбор мокроты на бактериологическое исследование

Практическая подготовка №43 Туберкулез органов дыхания

Очаговый туберкулез является малой формой, и его рассматривают как своевременно выявленную форму туберкулеза при профилактическом обследовании. Он характеризуется наличием в легких небольших очагов (2-10 мм. в диаметре), отличается малосимптомной клинической картиной.

Чаще выявляется у взрослых;

- Часто развивается у лиц, проживающих совместно с больным открытой формой туберкулеза и в регионах с высокой заболеваемостью туберкулезом и высоким риском распространения туберкулезной инфекции.

- В развитии имеет значение реактивация инфекции.

- Выявляется в основном при проведении профилактической флюорографии и значительно реже при диагностике другого заболевания.

- Клинические проявления в 2/3 случаев могут отсутствовать.

Но у 1/3 больных возможны незначительные симптомы интоксикации и симптомы, обусловленные поражением легких:

- непостоянная субфебрильная температура тела,

- слабость, недомогание, особенно в первой половине дня,

- снижение трудоспособности,

- сухой кашель или с небольшим количеством серозно-слизистой мокроты.

При очаговом туберкулезе легких бактериовыделение отсутствует или очень скудное, т.к. распад и образование каверны происходит редко.

Исход очагового туберкулёза.

Свежий очаговый туберкулез обычно успешно излечивается

1. после лечения:
 - рассасывание,
 - рубцевание,
 - кальцинирование.
2. при неблагоприятных условиях, отсутствии лечения или неадекватной терапии
 - может принять хроническое течение
 - очаг может подвергнуться инфильтративным изменениям с последующим казеозным расплавлением с образованием полости
 - осложниться диссеминированным туберкулёзом

Инфильтративный туберкулез легких

Инфильтративный туберкулез легких – форма вторичного туберкулеза, которая характеризуется образованием одного или нескольких казеозных очагов с воспалением вокруг и склонностью к острому и прогрессирующему течению.

Особенности

- Инфильтративный туберкулез встречается чаще, чем очаговый, и протекает более тяжело.

- Среди впервые выявленных больных туберкулезом органов дыхания инфильтративным туберкулезом страдают 55 – 65%.

- Заболевают инфильтративным туберкулезом в основном взрослые, чаще лица молодого возраста, но заболевание может наблюдаться у лиц пожилого и старческого возраста

- В последние годы наблюдается увеличение количества больных инфильтративным туберкулезом среди всех больных туберкулезом органов дыхания, это обусловлено увеличением числа людей, не проходящих обязательные флюорографические обследования.

- Инфильтративный туберкулез легких в большинстве случаев выявляется при обследовании пациентов по поводу различных жалоб.

Задачи:

1. Изучить клинику, течение туберкулезной интоксикации у детей и подростков.
2. Изучить диагностику, дифференциальную диагностику, лечение, диспансерное наблюдение при туберкулезной интоксикации у детей и подростков.
3. Изучить клинику, течение первичного туберкулезного комплекса (ПТК).
4. Изучить диагностику, дифференциальную диагностику, лечение, диспансерное наблюдение при ПТК.
5. Изучить клинику, течение туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов (ТВГЛУ).
6. Изучить диагностику, лечение, диспансерное наблюдение при ТВГЛУ.

Интерн должен знать:

- 1) до изучения темы:
 - биологические свойства возбудителя туберкулеза, средства его выявления и культивации
 - морфологию легких и механизмы защиты аппарата дыхания от повреждающих факторов, патогенез и патоморфологию туберкулеза; состояние иммунной системы при туберкулезе; патофизиологию дыхания и патофизиологические нарушения, возникающие в организме при специфическом инфекционном процессе;
 - методы клинического, лабораторного и функционального обследования больных туберкулезом; методику рентгенологического обследования органов грудной клетки; показания к бронхоскопии и биопсии при заболевании туберкулезом и другой патологии; клиническую классификацию туберкулеза;

- классификацию остаточных изменений после перенесенного туберкулеза; клиническую и рентгенологическую семиотику основных форм туберкулеза органов дыхания и других локализаций специфического процесса, заболеваний органов дыхания, сходных с туберкулезом;
- основные разделы и принципы лечения больных туберкулезом;
- методы и средства патогенетической терапии; механизмы действия, принципы применения противотуберкулезных химиопрепаратов, побочные реакции, меры их профилактики и лечения; показания и принципы санаторного лечения больных туберкулезом; показания к хирургическому лечению больных туберкулезом;
- специфическую и неспецифическую профилактику туберкулеза;
- методы санитарного просвещения; статистические отчетные формы; правила санитарно-эпидемиологического режима;

2) после изучения темы:

- патогенез и варианты исхода раннего периода первичной туберкулезной инфекции;
- методы клинического, лабораторного и функционального обследования больных первичным туберкулезом;
- методику рентгенологического обследования органов грудной клетки при подозрении на ТВГЛУ и ПТК;
- показания к бронхоскопии и биопсии при локальных формах первичного туберкулеза и другой патологии;
- методы и средства патогенетической терапии; механизмы действия, принципы применения противотуберкулезных химиопрепаратов, побочные реакции, меры их профилактики и лечения; показания и принципы санаторного лечения больных туберкулезом; показания к хирургическому лечению больных туберкулезом;
- методы и средства патогенетической терапии; механизмы действия, принципы применения противотуберкулезных химиопрепаратов при лечении больных туберкулезом первичного генеза, побочные реакции, меры их профилактики и лечения; показания и принципы санаторного лечения больных первичным туберкулезом; показания к хирургическому лечению больных с локальными формами первичного туберкулеза;
- вопросы медико-социальной экспертизы детей, подростков и взрослых, больных первичным туберкулезом;

Студент должен уметь:

- Получать информацию о заболевании, проводить обследование, выявлять общие и специфические признаки заболевания первичным туберкулезом.
- Оценивать тяжесть состояния больного с различными формами первичного туберкулеза, применять необходимые меры для выведения больных из этого состояния, определить объем и последовательность лечебных мероприятий; проводить неотложные и реанимационные мероприятия в случае развития осложненного или прогрессирующего течения первичного туберкулеза
- Определять необходимость специфических методов исследования (лабораторных, рентгенологических, лучевых, функциональных) при подозрении на первичный туберкулез
- Определять показания к госпитализации больных первичным туберкулезом и организовать её
- Определять план и тактику ведения больных туберкулезом, назначать необходимые лекарственные средства и другие лечебные мероприятия
- Организовать консультацию больного другими специалистами, осуществлять консультацию больных с подозрением на первичный туберкулез

- Осуществлять раннее выявление и диагностику других инфекционных заболеваний;
- Проводить необходимые противоэпидемические мероприятия при выявлении больного туберкулезом;
- Определять нетрудоспособность больного: временную, стойкую; направлять на экспертизу по временной или стойкой нетрудоспособности;
- Осуществлять мероприятия по реабилитации больных.
- Установить диагноз и провести необходимые манипуляции и лечение при следующих заболеваниях легких:
- Осуществлять мероприятия по реабилитации больных после перенесенного первичного туберкулеза
- В диспансере проводить наблюдение, лечение, реабилитацию и перевод из одной группы диспансерного учета в другие

Должен овладеть навыками:

- методами комплексного обследования больных первичным туберкулезом
- алгоритмом постановки диагноза при выраже туберкулиновой пробы
- алгоритмом постановки диагноза при симптомокомплексе признаков сходных с туберкулезом
- алгоритмом постановки диагноза при выпоте в плевральную полость
- алгоритмом постановки диагноза при легочных инфильтратах в сочетании с увеличенными ВГЛУ
- алгоритмом постановки диагноза при лихорадке неясного генеза
- алгоритмом постановки диагноза при увеличенных внутригрудных лимфатических узлах
- Основными принципами лечения первичного туберкулеза и сочетанных с ним заболеваний, которые включают: этиотропную, патогенетическую лекарственную терапию и коллапсотерапию
- Четко определять показания и противопоказания к хирургическому лечению при заболевании первичным туберкулезом
- Ведения истории болезни, эпидемиологический мониторинг за больными туберкулезом на различных этапах (с момента выявления до полного клинического излечения), обмен этими данными с другими специалистами и ведомствами.

Задания по указанной теме:

1. Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.
2. Ответить на вопросы для самоконтроля. Вопросы для самоконтроля:
 - 1) Определение понятия «Первичный туберкулез». Патогенез развития.
 - 2) Черты, свойственные первичному туберкулезу
 - 3) Клинические формы первичного туберкулеза
 - 4) Определение понятия «Туберкулезная интоксикация». Клиника, диагностика, лечение. ДН.
 - 5) Определение понятия «Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов (ТВГЛУ)». Частота в структуре заболеваемости.
 - 6) Корень легкого с точки зрения анатомии и рентгенологии
 - 7) Классификация внутригрудных лимфатических узлов по Сукенникову (с дополнениями Есипова, Ангеля).
 - 8) Патогенез и патоморфология ТВГЛУ.
 - 9) Формы ТВГЛУ. Клиника, данные объективного обследования.
 - 10) Диагностика ТВГЛУ. Рентгенсемиотика.
 - 11) Лечение и исходы ТВГЛУ.
 - 12) Первичный туберкулезный комплекс (ПТК), определение, понятие.

- 13) Клиника, данные объективного обследования при ПТК.
- 14) Диагностика ПТК. Рентгенологические стадии динамики ПТК (по Помельцову).
- 15) Лечение и исходы ПТК.
- 16) Дифференциальная диагностика локальных и нелокальных форм первичного туберкулеза.
- 17) Осложнения первичного туберкулеза. Формы прогрессирования.
- 18) Понятие хронически текущего первичного туберкулеза.

Практическая подготовка №44 Туберкулез внелёгочной локализации. ТУБЕРКУЛЕЗ ПОЧЕК

Симптомы:

В начале болезни нет каких-либо характерных признаков.

1. В дальнейшем отмечают: слабость, утомляемость, субфебрильная температура, тупые неопределенные боли в поясничной области.

Именно в этот момент необходимо внимательно исследовать мочу !

- Пиурия – хроническая - наиболее частое проявление туберкулеза почек.
- Микрогематурия - может быть ранним симптомом заболевания.
- Моча почти всегда кислой реакции.
- Много лейкоцитов.
- Протеинурия выражена слабо (мало).

При посеве мочи на обычные среды она остается стерильной, т.к. МБТ вытесняют другую флору, а сами на обычных средах не растут.

2. Больные чаще обращаются при обнаружении крови в моче и приступах почечной колики.

3. Распространение патологического процесса на мочевые пути сопровождается усилением болей в поясничной области и мучительной дизурией.

4. Туберкулезным процессом поражаются, как правило, обе почки.

5. Приступы почечной колики могут быть связаны с закупоркой мочеточника сгустком крови или казеозными массами.

6. При тяжелом поражении с образованием каверн – симптомы общей интоксикации: значительное повышение температуры, ознобы, интенсивные боли в пояснице.

7. Вторично может развиваться хронический пиелонефрит, ХПН.

ДИАГНОЗ ставят на основании данных урологического исследования. Но ранее распознавание возможно, если помнить, что под маской хронического пиелонефрита нередко протекает туберкулез почек, 2) что асептическая пиурия может быть при наличии МБТ в моче, 3) что причиной хронического цистита может быть туберкулез, 4) микрогематурия.

Обнаружение МБТ в моче подтверждает диагноз.

Достоверным признаком также является обнаружение туберкулезных бугорков на слизистой оболочке мочевого пузыря и признаков каверн на пиелограмме.

Посев мочи нужно проводить на специальные среды.

При подозрении на туберкулез почек больному показано:

- Урологическое исследование;
- Флюорография органов грудной полости (иногда туберкулез почек может быть проявлением диссеминированного туберкулеза)
- Анализ мочи (посев на МБТ и неспецифическую флору и чувствительность к противотуберкулезным препаратам, бактериоскопия осадка мочи на МБТ)
- Обзорная рентгенография органов брюшной полости и почек
- Контрастная и экскреторная урография, ангиография
- УЗИ
- Радиоизотопное сканирование
- Цистоскопия

- Биопсия
- Туберкулинодиагностика
- ИФА (иммуноферментный анализ крови) с определением антител к МБТ

ТУБЕРКУЛЕЗ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Поражаются наружные гениталии, влагалище, матка, маточные трубы и яичники.

Считается, что туберкулез женских половых органов является следствием реактивации скрытых очагов гематогенной диссеминации в период первичного туберкулеза.

Единственное проявление болезни – стойкое бесплодие.

Часто туберкулез женских половых органов сочетается с инфантилизмом.

Возникает туберкулез женских половых органов в детском возрасте, а впервые проявляется в период полового созревания или позже. Диагностируют заболевание в основном у женщин репродуктивного возраста.

КЛИНИКА: Характеризуется длительным хроническим течением.

Часто начало половой жизни ведет к первому обострению латентно протекающего процесса.

Острое течение заболевания встречается редко и сопровождается: высокой температурой, болями в животе, развитием пельвиоперитонита. В анализе крови: высокий лейкоцитоз, повышение СОЭ, палочкоядерный сдвиг влево.

Общие симптомы характерны как для любой другой локализации процесса, а также:

- боли в поясничной области и внизу живота, тянущего характера, усиливающиеся при половом сношении, переохлаждении, физическом напряжении;
- бели, нарушение менструального цикла (альгодисменорея, гипоменорея, менометрорагии, первичная и вторичная аменорея);
- бесплодие – чаще первичное, иногда единственная жалоба больных при обращении к гинекологу.

ДИАГНОСТИКА

ПРЕДСТАВЛЯЕТ БОЛЬШИЕ ТРУДНОСТИ.

1. данные анамнеза (контакт с больным туберкулезом);
2. спаечный процесс в малом тазу;
3. воспалительный хронический процесс не связанный с другими инфекционными агентами;
4. позднее начало менструаций;
5. посевы ткани эндометрия на МБТ;
6. цитологические и гистологические исследования эндометрия (для исследования собирают менструальную кровь на 1-2 день);
7. диагностическое выскабливание;
8. прививка материала морским свинкам.

ОБСЛЕДОВАНИЕ (ТУБЕРКУЛЕЗ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ)

- ФЛЮОРОГРАФИЯ
 - УЗИ органов малого таза
 - Посев менструальной крови на МБТ
 - Сальпингография (рентгенологическое исследование проходимости маточных труб)
 - Утерография (рентгенологическое исследование состояния полости матки)
- для выявления спаечного процесса
- Диагностическое выскабливание на МБТ
 - Лапароскопия (можно обнаружить туберкулезные бугорки на брюшине)
 - ИФА крови на наличие антител к МБТ
 - Туберкулинодиагностика

ТУБЕРКУЛЕЗ ЦНС, ТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ МЕНИНГИТ –

это специфическое воспаление мягкой мозговой оболочки головного мозга, вызванное МБТ.

Встречается в любом возрасте, у лиц обоего пола.

КЛИНИКА: Развивается постепенно:

- усиливается недомогание
- снижается успеваемость в школе
- нарастает вялость, раздражительность, заторможенность и апатичность, боязнь света, нарушение сна
- температура повышается от субфебрильной до 39,0 С
- усиливаются головные боли, становятся нестерпимыми, обезболивающие средства малоэффективны
- головные боли сопровождаются повторной рвотой, не приносящей облегчения
- появляется менингеальный симптом: ригидность затылочных мышц (невозможность пригнуть подбородок к груди из-за сильного сопротивления затылочных мышц)
- характерная поза больного: с запрокинутой назад головой, согнутыми подтянутыми к животу ногами
- при отсутствии лечения больные становятся адинамичными, сознание спутанное, затем развивается мозговая кома и на 20-21 день наступает смерть.

У маленьких детей туберкулезный менингит может начаться остро с высокой лихорадкой менингеальных симптомов.

ОБСЛЕДОВАНИЕ

1. Рентгенография органов грудной клетки
2. Спинномозговая пункция с исследованием спинномозговой жидкости (ликвор), т.к. именно это исследование может решить «вопрос жизни и смерти». (Имеет значение клеточного состава ликвора, обнаружение в нем МБТ, и противотуберкулезных антител).
3. Исследование глазного дна (помогают установить причину нарастающей менингеальной симптоматики).
4. ИФА крови на антитела к МБТ
5. Проба манту с 2ТЕ при туберкулезном менингите часто дает отрицательную реакцию, что связано с тяжестью заболевания.

ТУБЕРКУЛЕЗ КОСТЕЙ И СУСТАВОВ (ИЛИ КОСТНО-СУСТАВНОЙ ТУБЕРКУЛЕЗ)

эта форма заслуживает внимания, т.к. является тяжелой калечащей формой туберкулеза, приводящей к инвалидности у детей и взрослых.

Поражаться может любой участок костного скелета, чаще позвоночник, затем тазобедренный и коленный суставы.

Причины развития

1. лимфогенная диссеминация при первичном туберкулезе
2. или в результате обострения заживших ранее туберкулезных очагов
3. способствуют развитию туберкулеза неспецифические заболевания позвоночника и суставов.

Клиника

1. в течение 1-2 лет туберкулезный очаг развивается внутрикостно, и дает мало клинических проявлений;
2. симптомы туберкулезной интоксикации;
3. местные симптомы: ночные или усиливающиеся к ночи боли в пораженном суставе, напряжение мышц, боли при нагрузке по оси больной конечности;
4. припухлость покраснение кожи и ограничение движения в суставе, становится заметна хромота;

5. развитие туберкулезного процесса приводит к разрушению кости, суставной поверхности, с образованием абсцессов и свищей; абсцессы при туберкулезе «холодные» - т.к. в их содержимом нет гноеродных микробов и «созревание» абсцесса не сопровождается резким повышением температуры тела и кожи под абсцессом;

6. в результате туберкулезного поражения сустава может развиваться деформация, неподвижность сустава – анкилоз;

7. при поражении позвонков кроме болевого синдрома наблюдается искривление позвоночника, нарушение осанки и походки;

8. у детей поражаются ростковые зоны позвонков, которые могут разрушаться и приводить к сдавлению спинного мозга; и как следствие – развитие парезов и параличей, укорочение конечностей, позвонков и неправильное развитие грудной клетки с заболеваниями органов дыхания, в тяжелых случаях – кифоз (горбообразное изменение)

9. чем моложе пациент, тем обширнее разрушения и грубее деформации и тяжелее последствия;

10. у детей младшего возраста заболевание протекает наиболее остро.

ДИАГНОСТИКА

1. выявление контактов ребенка с туберкулезными больными;
2. тщательный анализ динамики туберкулиновых проб (угасание, нарастание, вираж);

3. рентгенография суставов, позвоночника, органов грудной клетки;

4. томография;

5. компьютерная и магнитно-резонансная томография;

6. пункционная биопсия с гистологическим и цитологическим исследованием пунктата пораженной костной ткани;

7. Микробиологическое исследование содержимого холодных абсцессов на МБТ;

8. ИФА крови на антитела к МБТ

Так как участились случаи атипичного течения туберкулеза, рекомендуется обследовать на туберкулез пациентов, которые лечатся без эффекта в учреждениях общей лечебной сети по поводу:

- Длительных болей в позвоночнике
- Длительных незаживающих язв и свищей на нижних конечностях
- Артритов и артрозов, остеохондрозов, хронического радикулита и др.

Задачи:

1. Дать общее представление об основных локализациях внелегочного туберкулеза.
2. Изучить классификацию, формулировку диагноза, клинические проявления, методы диагностики, лечения и профилактики туберкулеза костной системы.
3. Изучить классификацию, формулировку диагноза, клинические проявления, методы диагностики, лечения и профилактики туберкулеза мочеполовой системы.
4. Рассмотреть клинические формы, методы диагностики лечение и профилактику туберкулеза глаз.
5. Рассмотреть клинические формы, методы диагностики лечение и профилактику абдоминального туберкулеза.
6. Рассмотреть классификацию, клинические проявления, диагностику, осложнения, лечение и профилактику туберкулеза кожи.
7. Рассмотреть клиническую классификацию, клиническое течение, диагностику, лечение и профилактику туберкулеза периферических лимфатических узлов.
8. Изучить классификацию, формулировку диагноза, клинические проявления, методы диагностики, лечение туберкулеза центральной нервной системы.

Студент должен знать:

1. до изучения темы (базисные знания):

- анатомию и функцию костно-суставной, мочеполовой системы, глаз, кожи, желудочно-кишечного тракта, периферических лимфатических узлов, центральной нервной системы.
- патогенез туберкулеза, морфологические изменения при туберкулезе в органах.
- клинические симптомы, методы диагностики и принципы лечения туберкулеза костей и суставов, туберкулеза мочеполовой системы, туберкулеза глаз, кожи, периферических лимфатических узлов, абдоминального туберкулеза, туберкулеза центральной нервной системы.

2. после изучения темы:

- общее представление об основных локализациях внелегочного туберкулеза.
- частоту и соотношение отдельных внелегочных локализаций, группы риска.
- патогенез и патоморфологию внелегочного поражения.
- классификацию, формулировку диагноза, клинические проявления, методы диагностики, лечения и профилактики туберкулеза костной системы.
- классификацию, формулировку диагноза, клинические проявления, методы диагностики, лечения и профилактики туберкулеза мочеполовой системы.
- клинические формы, методы диагностики лечение и профилактику туберкулеза глаз.
- клинические формы, методы диагностики лечение и профилактику абдоминального туберкулеза.
- классификацию, клинические проявления, диагностику, осложнения, лечение и профилактику туберкулеза кожи.
- клиническую классификацию, клиническое течение, диагностику, лечение и профилактику туберкулеза периферических лимфатических узлов.
- классификацию, формулировку диагноза, клинические проявления, методы диагностики, лечение туберкулеза центральной нервной системы.

Должен уметь:

- получать информацию о заболевании, проводить обследование, выявлять общие и специфические признаки заболевания
- оценивать тяжесть состояния больного, применять необходимые меры для выведения больных из этого состояния, определить объем и последовательность лечебных мероприятий; проводить неотложные и реанимационные мероприятия
- определять необходимость специфических методов исследования (лабораторных, рентгенологических, лучевых, функциональных)
- определять показания к госпитализации и организовать её
- определять план и тактику ведения больных туберкулезом, назначать необходимые лекарственные средства и другие лечебные мероприятия
- организовать консультацию больного другими специалистами, осуществлять консультацию больных с подозрением на туберкулез
- осуществлять раннее выявление и диагностику других инфекционных заболеваний;
- проводить необходимые противоэпидемические мероприятия;
- определять нетрудоспособность больного: временную, стойкую; направлять на экспертизу по временной или стойкой нетрудоспособности.
- осуществлять мероприятия по реабилитации больных.
- уметь установить диагноз (в необходимых случаях с привлечением консультанта).
- проводить наблюдение, лечение, реабилитацию и перевод из одной группы диспансерного учета в другие.

- осуществлять наблюдение контактных лиц, организовывать и участвовать в проведении противоэпидемических мероприятий в очагах туберкулеза.

Должен овладеть навыками:

- методами комплексного обследования больных внелегочным туберкулезом.
- алгоритмом постановки диагноза при внелегочной патологии.
- основными принципами лечения туберкулеза внелегочной локализации, которые включают: этиотропную, патогенетическую лекарственную терапию.
- четко определять показания и противопоказания к хирургическому лечению

Задания по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля.

- общее представление об основных локализациях внелегочного туберкулеза.
- частота и соотношение отдельных внелегочных локализаций, группы риска.
- патогенез и патоморфология внелегочного поражения.
- классификация, формулировка диагноза, клинические проявления, методы диагностики, лечение и профилактика туберкулеза костной системы.
- классификация, формулировка диагноза, клинические проявления, методы диагностики, лечение и профилактика туберкулеза мочеполовой системы.
- клинические формы, методы диагностики лечение и профилактика туберкулеза глаз.
- клинические формы, методы диагностики лечение и профилактика абдоминального туберкулеза.
- классификация, клинические проявления, диагностику, осложнения, лечение и профилактика туберкулеза кожи.
- клиническая классификация, клиническое течение, диагностику, лечение и профилактика туберкулеза периферических лимфатических узлов.
- классификация, формулировка диагноза, клинические проявления, методы диагностики, лечение туберкулеза центральной нервной системы.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля по разделу «Внелегочный туберкулез».

4) Выполнить другие задания, предусмотренные рабочей программой по дисциплине.

Практическая подготовка №45 Организация противотуберкулёзной службы.

Противотуберкулезный диспансер является - является специализированным учреждением здравоохранения, организующим и осуществляющим противотуберкулезную помощь населению на прикрепленной территории.

По административной подчиненности противотуберкулезные диспансеры подразделяются на республиканские, краевые, окружные, областные, городские, районные.

Противотуберкулезные диспансеры организуют свою работу по участковому и диспансерному принципу

В структуру противотуберкулезного диспансера входят следующие подразделения:

1. диспансерно-поликлинические отделения для взрослых и детей;
2. лабораторное отделение;
3. рентгенологическое отделение, в состав которого могут входить флюорографические кабинеты;
4. бактериологическое отделение;
5. бронхологическое отделение;
6. отделение внелегочного туберкулеза;
7. организационно-методический отдел;
8. административно-хозяйственная часть.

В состав диспансера может входить стационар и дневной стационар.

На противотуберкулезные диспансеры возлагаются следующие основные задачи:

1. организация и проведение мероприятий по профилактике туберкулеза;
2. мероприятий по выявлению туберкулеза;
3. лечение туберкулеза;
4. диспансерное наблюдение за состоящими на учете контингентами.

В соответствии с задачами противотуберкулезные диспансеры выполняют следующие функции:

Профилактика туберкулеза:

1. систематический анализ эпидемиологической обстановки по туберкулезу и эффективности противотуберкулезных мероприятий на территории обслуживания диспансера;

2. планирование совместно с родильными домами, детскими поликлиниками, Центром государственного санитарно-эпидемиологического надзора (ЦГСЭН) вакцинации, ревакцинации БЦЖ;

3. госпитализация бактериовыделителей в стационары; изоляция новорожденных от бактериовыделителей на период формирования поствакцинного иммунитета;

4. Осуществление профилактических мероприятий в отношении лиц, находящихся в семейном контакте с бактериовыделителями: регулярное диспансерное наблюдение за ними, проведение профилактических мероприятий в очаге туберкулезной инфекции (химиопрофилактика, текущая дезинфекция и др.), направление детей в детские санатории;

5. проведение совместно с ЦГСЭН и организациями системы ветеринарии мероприятий по предупреждению заболевания туберкулезом у работников животноводства и птицеводства с формированием «угрожаемых» контингентов из числа работников ферм, диспансерное наблюдение за ними и проведение им общеоздоровительных мероприятий, а по показаниям — химиопрофилактики.

Выявление туберкулеза:

1. совместно с ЦГСЭН и ЛПУ планирование и контроль обследований методом флюорографии и туберкулинодиагностики;

2. формировании групп риска по туберкулезу в поликлиниках;

3. консультации врачами-фтизиатрами больных, находящихся в других лечебно-профилактических учреждениях;

4. обследование направленных в диспансер лиц с подозрением на туберкулез.

Лечение туберкулеза:

1. госпитализация больных в стационары, организация их лечения в амбулаторных условиях контролируемым способом, направление их в санатории;

2. проведение экспертизы трудоспособности и направление на МСЭК;

3. реабилитация больных туберкулезом.

4. Диспансерное наблюдение: учет и регулярное наблюдение за диспансерными контингентами (своевременное привлечение их к обследованию, лечению, химиопрофилактике).

Противотуберкулезный диспансер окружного, областного, краевого подчинения, помимо изложенных выше функций, осуществляет:

1. Проведение занятий для подготовки медицинских кадров по туберкулезу;

2. Сбор и анализ материалов по эпидемиологии туберкулеза в округе, области (крае, республике); на их основании представляет на обсуждение научных обществ и ассоциаций, съездов, конференций, совещаний врачей-фтизиатров и врачей других специальностей вопросы профилактики, диагностики, лечения туберкулеза и организации борьбы с ним;

3. пропаганду передового опыта работы по борьбе с туберкулезом;

4. санитарно-просветительную работу.

Группы очагов туберкулеза.

I – очаги с наибольшим риском заражения ТБ, сформированные больными туберкулезом органов дыхания, выделяющими МБТ. В этих очагах сочетаются все или большая часть неблагоприятных факторов: проживают дети и подростки, имеют место грубые нарушения больным противэпидемического режима, тяжелые бытовые условия.

II – очаги с меньшим риском заражения туберкулезом, в которых проживают больные туберкулезом органов дыхания, но проживающие в отдельных квартирах без детей и подростков, где больной соблюдает санитарно-гигиенические мероприятия.

III – очаги с минимальным риском, где проживают больные с активным туберкулезом органов дыхания без установленного выделения микобактерий ТБ, но проживающие с детьми и подростками.

IV – очаги с потенциальным риском заражения ТБ, формируются из очагов, в которых у больных активным ТБ органов дыхания установлено прекращение выделения МБТ в результате лечения, проживающие без детей и подростков и не имеющие отягчающего фактора.

V – составляют очаги зоонозного происхождения.

Вопросы к практическому занятию

1. Основные принципы лечения туберкулеза.
2. Основные группы лекарственных препаратов для лечения туберкулеза.
3. Понятие о химиотерапии, патогенетическом и симптоматическом лечении.
4. Понятие о немедикаментозном лечении туберкулеза.
5. Понятие о противотуберкулезном диспансере.
6. Задачи и функции противотуберкулезного диспансера.
7. Принципы диспансерного учета при туберкулезе.

Самостоятельная работа:

1. Решение ситуационных задач
2. Решение тестов
3. Отработка манипуляций:
 - Внутривенная инъекция
 - Сбор мокроты на микобактерию туберкулеза
 - Поставка в/к пробы Манту

Практическая подготовка №46 Лечение туберкулеза

Лечебный режим при туберкулезе может быть:

- Строгий постельный режим (например, при выраженной декомпенсации, легочном кровотечении и т.д.);
- Щадящий, при котором в дневное время назначается 4-5 часовой отдых в постели, легкая утренняя гимнастика, 20-30 минутные прогулки;
- Тренировочный режим предусматривает уменьшение дневного отдыха в постели до 2 часов, увеличение прогулок до 2 часов, рекомендуется спортивные игры (бадминтон, волейбол, плавание), назначается трудотерапия в условиях лечебно-трудовых мастерских;
- Режим адаптации осуществляется обычно в условиях диспансерного наблюдения и направлен на возвращение пациента к привычному для него или облегченному труду; для здоровья пациента очень важен полноценный ночной сон – 8-9 часов для взрослых и в соответствии с возрастом для детей.

Цель лечения:

- Ликвидация клинических проявлений туберкулеза
- Стойкое заживление туберкулезных изменений
- Восстановление трудоспособности и социального статуса больного.

Критерии эффективности лечения:

- Исчезновение клинических и лабораторных признаков туберкулезного воспаления;
- Стойкое прекращение бактериовыделения;

- Регрессия рентгенологических проявлений туберкулеза (очаговых, инфильтративных, деструктивных)
- Восстановление функциональных возможностей и трудоспособности.
Лечение больных ТБ включает:
 - Химиотерапию (этиотропную противотуберкулезную терапию);
 - Хирургическое лечение;
 - Коллапсотерапию;
 - Патогенетическую терапию;
 - Лечение сопутствующих заболеваний.

Вопросы к практической подготовке

1. Целью лечения взрослых больных туберкулезом являются?
2. Назовите основные принципы лечения туберкулеза?
3. Назовите длительность приема противотуберкулезных препаратов?
4. Назовите фазы химиотерапии?
5. Перечислите основные противотуберкулезные препараты?
6. Перечислите резервные противотуберкулезные препараты?
7. Перечислите комбинированные противотуберкулезные препараты?
8. Сколько режимов химиотерапии вы знаете?
9. Пациентам с какой формой туберкулеза назначается режим I.
10. Пациентам с какой формой туберкулеза назначается режим II.
11. Пациентам с какой формой туберкулеза назначается режим III.
12. Пациентам с какой формой туберкулеза назначается режим IV.

Манипуляции:

1. Внутривенная инъекция

Практическая подготовка №47 Паразитарные заболевания кожи (чесотка, педикулез)

Чесотка

Этиология. Морфология возбудителя. Жизненный цикл. Суточный ритм активности. Переживание вне хозяина.

Эпидемиология. Причины роста заболеваемости. Пути заражения. Очаговость. Характеристика конгингента больных.

Клиника типичной чесотки. Особенности инкубационного периода. Клинические проявления. Чесоточные ходы, их локализация. Наличие папул и везикул. Симптомы чесотки: Арди, Горчакова, Михаэлиса.

Клинические разновидности чесотки. Чесотка без ходов, норвежская чесотка, осложненная чесотка (дерматитом, пиодермией, экземой), чесотка "чистоплотных", скабиозная лимфоплазия кожи. Псевдосаркоптоз.

Лабораторная диагностика чесотки. Извлечение клеща иглой, методы соскоба (с минеральным маслом, щелочью, 40% молочной кислотой), метод тонких срезов бритвой или глазными ножницами.

Лечение. Общие принципы терапии. Антипаразитарные препараты: аэрозоль спрегаль, мифокс, водно-мыльная эмульсия и эмульсионная мазь бензил-бензоата, серная мазь. Длительность курса, противопоказания, осложнения. Постскабиозный зуд. Контроль излеченности.

Профилактика. Активное выявление больных. Регистрация и диспансеризация больных. Работа по ликвидации очагов. Текущая (машинная стирка белья, А-пар) дезинфекция.

Вшивость (педикулез, фтириаз)

Этиология. Возбудители: головная, платяная и лобковые вши. Их морфология.

Эпидемиология. Источники и пути заражения. Роль социальных факторов. Платяные вши как переносчики инфекционных заболеваний (сыпной и возвратный тиф).

Клиника. Зуд. Кровянистые корочки, эрозии, линейные расчесы. Излюбленная локализация при каждой форме педикулеза. Гниды на волосистой части головы. Внедрение вшей в волосяные фолликулы, наличие синюшных пятен вокруг них при фтириазе. Осложнения: пиодермия, дерматит, экзема, неврастения.

Лабораторная диагностика. Микроскопия обнаруженных возбудителей и их гнид.

Лечение. Три метода уничтожения вшей: механический, химический, физический. Основной химический (педикулоциды): медифокс (педикулез, фтириаз) – 1% крем и лосьон; спрей-пакс (фтириаз); аэрозоль пара-плюс (педикулез и обработка текстильных изделий); бензил-бензоат (педикулез, фтириаз). Методика лечения.

Профилактика. Общественная (плановые осмотры, выявление источников заражения, осмотр контактных лиц, дезинфекция одежды, головных уборов, постельных принадлежностей больных, обработка расчесок, инструментов в парикмахерских, в том числе с использованием медифокса, (санпросветработа и т.д.) и индивидуальная (соблюдение личной гигиены). Регистрация больных. Дезинфекция (медифокс, пара-плюс) одежды, постельных принадлежностей, помещений.

Обучающиеся должны знать:

- принципы лечения и ухода за пациентами с инфекционными, паразитарными болезнями кожи, заболеваниями волос, сальных, потовых желез;
- фармакокинетику и фармакодинамику лекарственных препаратов при инфекционных, паразитарных болезнях кожи, заболеваниях волос, сальных, потовых желез;
- показания и противопоказания к применению лекарственных средств;
- побочные действия, характер взаимодействия лекарственных препаратов из однородных и различных лекарственных групп;
- особенности применения лекарственных средств у разных возрастных групп при инфекционных, паразитарных болезнях кожи, заболеваниях волос, сальных, потовых желез.

Обучающиеся должны уметь:

- проводить дифференциальную диагностику при инфекционных, паразитарных болезнях кожи, заболеваниях волос, сальных, потовых желез;
- определять тактику ведения пациента;
- назначать немедикаментозное и медикаментозное лечение при инфекционных, паразитарных болезнях кожи, заболеваниях волос, сальных, потовых желез;
- определять показания, противопоказания к применению лекарственных средств;
- применять лекарственные средства пациентам разных возрастных групп при инфекционных, паразитарных болезнях кожи, заболеваниях волос, сальных, потовых желез;
- определять показания к госпитализации пациента и организовывать транспортировку в лечебно-профилактическое учреждение;
- проводить лечебно-диагностические манипуляции при инфекционных, паразитарных болезнях кожи, заболеваниях волос, сальных, потовых желез;
- проводить контроль эффективности лечения;
- осуществлять уход за пациентами при инфекционных, паразитарных болезнях кожи, заболеваниях волос, сальных, потовых желез с учетом возраста.

ТЕСТЫ

Вариант №1

1. При остеофолликулитах применяют:

- а) антибиотики внутрь

- б) мази с антибиотиками
- в) анилиновые краски
- г) антимикотики

2. Для лечения карбункула применяются:

- а) антибиотики внутрь
- б) салициловая мазь
- в) ихтиоловая мазь
- г) оперативное вмешательство

3. В лечении стрептококкового импетиго применяют:

- а) антибиотики внутрь
- б) мази с антибиотиками
- в) анилиновые краски
- г) гормональные мази

4. Основными показаниями для назначения антибиотиков при пиодермиях являются:

- а) длительное хроническое течение заболевания
- б) локализация глубоких пиодермий на лице
- в) наличие регионарного лимфаденита
- г) развитие анафилактического шока

5. Неспецифическая иммунотерапия больных фурункулезом включает:

- а) аутогемотерапию
- б) пирогенал
- в) продигозан
- г) метилуарцил

6. Для наружного лечения микозов не применяются:

- а) микосептин
- б) ламизил
- в) клотримазол
- г) преднизолон

7. Комплексное лечение микроспории включает:

- а) гризеофульвин
- б) наружные средства
- в) витамины
- г) антигистаминные препараты

8. При алопеции целесообразно провести исследования:

- а) серологические на сифилис, ВИЧ
- б) анализ мочи на 17-кетостероиды
- в) содержание цинка, меди, железа
- г) иммунологические

9. Для диагностики грибковых заболеваний применяют следующие исследования:

- а) серологические
- б) микроскопические
- в) иммунологические
- г) бактериологические

10. Для лечения алопеции применяют:

- а) препараты цинка, меди, железа
- б) антибиотики
- в) биогенные стимуляторы
- г) физиотерапевтические средства

Вариант №2

1. Противовирусным эффектом обладают мази:

- а) серная

- б) оксолиновая
 - в) завиракс
 - г) декаминовая
2. Для лечения бородавок используют:
- а) кератолитические препараты
 - б) противовирусные средства
 - в) хирургические методы
 - г) ПУВА-терапию
3. При контагиозном моллюске у ребенка следует провести следующие мероприятия:
- а) изоляция от здоровых детей
 - б) гормональная терапия
 - в) УЗИ внутренних органов
 - г) антибиототерапия
4. Основными симптомами чесотки являются:
- а) парные папуло-везикулярные элементы
 - б) интенсивный зуд в вечернее и ночное время суток
 - в) наличие чесоточных ходов
 - г) характерная локализация высыпаний
5. Диагностика чесотки должна основываться на:
- а) жалобах пациента
 - б) эпиданамнезе
 - в) клинической картине
 - г) лабораторной диагностике
6. На основании какого метода лабораторной диагностики устанавливается окончательный диагноз «чесотка»:
- а) посев на питательную среду
 - б) РИФ
 - в) ПЦР
 - г) микроскопия
7. Для постановки окончательного диагноза чесотки главным критерием является:
- а) зуд
 - б) наличие расчесов
 - в) обнаружение чесоточного клеща
 - г) наличие пузырьков
8. Для лечения чесотки применяют:
- а) спрегаль
 - б) бензил-бензоат
 - в) перметрин
 - г) любую гормональную мазь
9. Противоэпидемиологические мероприятия при чесотке:
- а) душ до и после лечения
 - б) дезинфекция белья
 - в) вакцинация
 - г) профлечение контактных лиц
- 10 Грибковые заболевания волосистой части головы дифференцирует с:
- а) гнездой алопецией
 - б) сифилитической алопецией
 - в) красной волчанкой

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача № 1

На кафедре дерматовенерологии обратился больной 38 лет, с жалобами на высыпания в области бороды и усов. Считает себя больным в течение года. Постоянно на лице в области бороды и усов появляются гнойнички, корочки. Кожа в этих местах стала плотной, синюшного цвета. Процесс носит хронический рецидивирующий характер, без полной ремиссии. С каждым обострением очаг поражения становится больше. Заболевание угнетающе действует на психическое состояние больного. Из сопутствующих заболеваний отмечает хронический кариес зубов, гайморит.

Локальный статус. Процесс располагается в области бороды и усов. Кожа при пальпации плотная, инфильтрированная, синюшно-красного цвета. На этом фоне большое количество пустулезных элементов, пронизанных волосом. При удалении волоса вокруг корня имеется “стекловидный” чехлик. Множественные грязно-желтые корки.

1. Поставьте диагноз.
2. Обоснуйте диагноз.
3. Уточните, какие лабораторные исследования необходимо провести.
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Укажите методы лечения и профилактики.

Выполните самостоятельные работы:

- Составление индивидуальных планов лечения пациентов с вирусными болезнями кожи (по ситуационной задаче, составленной обучающимся).

- Составление беседы «Рекомендации для пациента и родственников по организации рационального лечения и профилактики чесотки»

Практические занятия №9 Грибковые заболевания кожи

Определение. Гнойничковые болезни кожи (пиодермии) представляют собой инфекционные заболевания кожи, развивающиеся в результате внедрения в нее возбудителей - патогенных пиококков, наиболее частыми из которых являются стафилококки и стрептококки.

Этиология и патогенез. Пиококки весьма распространены в окружающей нас среде: в воздухе (в виде аэрозолей), в пыли помещений, в одежде, в белье; они обнаруживаются также на поверхности тела здорового человека. Выделяют три вида микрофлоры кожи человека:

- 1) резидентная флора (микроорганизмы, постоянно колонизирующие кожу);
- 2) временная резидентная флора (микроорганизмы, заражающие кожу и размножающиеся на ней, но сохраняющиеся на определенный промежуток времени);
- 3) транзитная (воздушная) флора (бактерии, заражающие кожу, но редко размножающиеся на ней и постепенно исчезающие).

К первой и второй группе относятся грамположительные микроорганизмы: *Propionibacterium acnes*, *Propionibacterium granulosum*, *Corynebacterium minutissimum*, *Corynebacterium tenuis*, *Staphylococcus epidermidis* и грамотрицательные бактерии: *Escherichia coli*, *Proteus*, *Enterobacter*, *Pseudomonas*, *Acinetobacter*. К транзитной флоре относятся, главным образом, стафилококки и стрептококки. Они то в большинстве случаев и являются возбудителями пиодермий. Однако в связи с тем, что кожа обладает защитными свойствами по отношению к инфекционным агентам, для развития пиодермий необходимы предрасполагающие причины. В условиях здорового организма, нормального сало- и потоотделения резидентная микрофлора препятствует размножению транзитной микрофлоры, постепенно вытесняя ее из микробной популяции. Причиной, предрасполагающими к развитию пиодермий, являются как экзогенные, так и эндогенные факторы.

1. Факторы, снижающие или нейтрализующие бактерицидные свойства кожного сала и пота: загрязнение кожи, особенно смазочными маслами, горючими жидкостями, грубыми пылевыми частицами; местные нарушения кровообращения (акроцианоз, варикозное расширение вен, ознобыши); местные переохлаждения и перегревания.

2. Факторы, нарушающие проницаемость кожи и создающие "входные ворота" инфекции. К ним относятся микротравмы (ссадины, порезы, уколы, укусы, расчесы, потертости, занозы); мацерация рогового слоя эпидермиса (гипергидроз, длительное экзогенное воздействие воды); гиповитаминозы (А, С).

3. Факторы, подавляющие иммунную реактивность и снижающие неспецифическую резистентность организма. К ним относятся факторы, инициирующие развитие вторичных иммуно-дефицитов, вызывающие развитие иммунной толерантности и сенсибилизацию к пиококкам: очаги хронической инфекции (хронический тонзиллит, зубная гранулема, хронический гайморит и синусит, хронический холецистит); общее переохлаждение и перегревание; нарушения обмена веществ, особенно углеводного (сахарный диабет); недостаток питания; анемии; кишечные интоксикации; физическое переутомление; стрессы и нервные перенапряжения; эндокринные нарушения; гиповитаминозы (А, В, С, Е); предшествовавшее лечение интеркуррент-ных заболеваний с использованием глюкокортикостероидной или иммуносупрессивной терапии.

4. Факторы, подавляющие резидентную флору и снижающие микробиологическую защиту кожи. Это чрезмерно частое мытье, особенно с использованием антибактериальных средств, приводящее к дисбактериозу кожи и позволяющее "закрепиться" на ней транзиторной патогенной микрофлоре (злоупотребления парфюмерно-косметическими изделиями, содержащими трик-лозан и другие антисептики).

По этиологическому признаку пиодермии разделяются на стафилококковые (стафилодермии) и стрептококковые (стреп-тодермии). Возбудителями стафилодермий являются золотистые стафилококки, а в отдельных случаях - эпидермальные и даже сапрофитные. Возбудителями стрептодермий чаще всего выступают β -гемолитические стрептококки серогруппы А. Кроме этого, различают атипические пиодермии, возбудителями которых могут быть различные микроорганизмы. Заражение кожи пиококками происходит не только вследствие контакта с больным пиодермией, а может быть обусловлено передачей микроорганизмов воздушно-капельным путем, например от больных или носителей инфекции, содержащих бактерии в носоглотке. Известно, что до 40 % лиц юношеского возраста являются носителями в носоглотке стрептококка группы А, а носители назофарингиальных стафилококков часто не могут от них избавиться в связи с выраженной резистентностью этих носоглоточных пиококков к антибиотикам.

Попадая на кожу, стафилококки проникают в ее естественные отверстия, а потому поражают преимущественно придатки (волосяные фолликулы, сальные и потовые железы). Они вызывают гнойно-экссудативную воспалительную реакцию. В зависимости от глубины проникновения стафилококков в кожу и выраженности этой реакции стафилодермии начинаются с гнойничка, узелка или узла. Исключение составляют эпидемический пемфигоид и стафилококковый синдром обваренной кожи, возбудителем которых является коагулазопозитивный золотистый стафилококк II фагогруппы, 71 фаготипа. Этот вид возбудителя обладает способностью выделять особый экзотоксин - эксфо-лиатин (эпидермолизин), вызывающий диффузное поражение кожи с образованием пузыря в эпидермисе.

Стрептококки поражают эпидермис диффузно, не проникая в придатки кожи, и вызывают серозно-экссудативную воспалительную реакцию с образованием одного первичного элемента кожной сыпи - дряблого пузыря (фликтены).

К стафилококковым пиодермиям относятся: остиофол-ликулит, сикоз, фолликулит, фурункул, карбункул, гидраденит, а также стафилодермии новорожденных, грудного и раннего детского возраста - остиопорит (перипорит, везикуло-пусту-лез), множественные абсцессы кожи, эпидемический пемфигоид (пузырчатка новорожденных), стафилококковый синдром обваренной кожи (эксфолиативный дерматит новорожденных Рит-тера фон Риттерсхайна).

К стрептококковым пиодермиям относятся: импетиго, ин-тертригинозная и хроническая диффузная стрептодермии, эктима.

Атипические пиодермии проявляются в основном хроническими язвенными, вегетирующими и абсцедирующими формами, весьма напоминая очаговый туберкулез кожи и некоторые микозы (глубокие, кандидозные, плесневые).

Цель занятия

выявить, проверить и закрепить знания студентов об гнойничковых заболеваниях.

Вопросы к практическому занятию

1. Понятие пиодермия.
2. Основные виды пиодермий.
3. Лечение пиодермии.
4. Причины предрасполагающие к развитию пиодермий.

Задания к практическим занятиям

1. Решение ситуационных задач
2. Решение тестов

Практические занятия №10 Инфекции передаваемые половым путем

Определение. ВИЧ-инфекция - инфекционное заболевание, вызываемое вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), поражающего преимущественно клетки иммунной системы с постепенным развитием глубокого иммунодефицита. До открытия возбудителя ВИЧ-инфекцию называли "синдромом приобретенного иммунодефицита (СПИД)". В настоящее время этот термин применяется только для обозначения манифестной стадии болезни. Следствием выраженных иммунных нарушений, характерных для этого патологического процесса, является возникновение множества оппортунистических заболеваний, среди которых нередко встречаются разнообразные болезни кожи.

Этиология и патогенез. Возбудитель ВИЧ-инфекции относится к семейству ретровирусов, обладает нейро- и лимфо-тропностью и подразделяется на два типа - ВИЧ-1 и ВИЧ-2. Оба вируса представляют собой ядра, состоящие из РНК и ферментов, окруженные оболочками. Проникнув в клетку хозяина, РНК под действием собственной ревертазы превращается в ДНК. Последняя встраивается в ДНК клетки человека, продуцирует новые вирусы и постоянно сохраняется в пораженной клетке. Оболочка вируса содержит гликопротеид gp120, обладающий высокой тропностью к рецептору CD4+, основными носителями которого являются Т-хелперы. Прогрессирующее снижение в крови CD4+-лимфоцитов связано с гибелью инфицированных вирусом клеток, а также с превращением этих лимфоцитов в многоядерные функционально неактивные гигантские клетки. Следствием этого является ослабление координирующей роли Т-хелперов и угнетение иммуногенеза, усугубляющееся ослаблением цитотоксической активности CD8+-лимфоцитов, уничтожающих инфицированные вирусом клетки. Постепенная иммуносупрессия приводит к потере контроля над проникающими в организм возбудителями инфекционных заболеваний и возникающими под действием ВИЧ злокачественными клетками, что вызывает развитие множества заболеваний.

Источником заражения является человек, инфицированный ВИЧ, вне зависимости от стадии болезни. Пути передачи инфекции - половой, парентеральный, внутриутробный, через пересаженные органы и ткани. Возбудитель обнаруживается во всех физиологических жидкостях, однако в моче, слюне и слезной жидкости концентрация его недостаточна для заражения. Группы риска по заражению ВИЧ-инфекцией составляют наркоманы и люди, имеющие много половых партнеров (гомо- и бисексуалы, проститутки и т. д.).

Клинические проявления. Поражения кожи могут возникать в любой стадии ВИЧ-инфекции (острая ВИЧ-инфекция, синдром генерализованной лимфаденопатии, СПИД-ассоциированный комплекс, собственно СПИД или терминальная стадия), но наиболее они характерны для СПИД-ассоциированного комплекса и собственно СПИДа. Поражения

кожи и слизистых оболочек при ВИЧ-инфекции условно можно разделить на три основные группы: инфекционные (вирусные, грибковые, бактериальные, паразитарные), неопластические и прочие дерматозы с неясным патогенезом. У лиц, инфицированных ВИЧ, эти заболевания характеризуются тем, что они приобретают ряд особенностей: возникают в необычных возрастных группах, имеют тяжелое течение, проявляются атипично, плохо поддаются терапии. Характер изменений кожи и слизистых оболочек зависит от стадии ВИЧ-инфекции, ее клинической формы, биологических свойств возбудителей вторичных инфекций, степени выраженности иммунодепрессии. Наибольшее диагностическое значение при ВИЧ-инфекции имеют следующие заболевания:

- 1) саркома Капоши;
- 2) кандидоз;
- 3) герпес простой;
- 4) герпес опоясывающий;
- 5) себорейный дерматит;
- 6) "волосатая" лейкоплакия;
- 7) контагиозный моллюск;
- 8) вульгарные бородавки.

Тяжелое течение всех указанных выше дерматозов, их генерализация при наличии общих симптомов (лихорадки, слабости, диареи, потери массы тела и т. п.) свидетельствуют о развитии клинически развернутого СПИДа.

Саркома Капоши (см. гл. 28 "Новообразования кожи") является наиболее характерным дерматологическим неопластическим проявлением ВИЧ-инфекции, возникающим в любой ее стадии. Наиболее часто она встречается у гомосексуалистов (40-50 %), значительно реже у гетеросексуалистов-наркоманов. Предполагается, что ее развитию у гомосексуалистов способствует не только инфицирование ВИЧ, но и другие факторы (ци-томегаловирус, вирус герпеса человека 6 типа).

Основными клиническими особенностями саркомы Капоши у больных ВИЧ-инфекцией являются:

- 1) возникновение заболевания в сексуально активном возрасте (в среднем 35 лет);
- 2) распространенный характер кожных очагов поражения;
- 3) склонность к быстрой генерализации с поражением слизистых оболочек полости рта и верхних дыхательных путей, лимфатических узлов и внутренних органов;
- 4) частое возникновение изолированных поражений слизистых оболочек и периферических лимфатических узлов;
- 5) высокая летальность в ранние сроки после возникновения начальных проявлений заболевания (80 % больных умирают в течение первых двух лет).

Кандидоз (см. гл. 8 "Грибковые болезни кожи"), особенно слизистой оболочки полости рта и кожи перианальной области, является ранним симптомом ВИЧ-инфекции. Особенности его течения на фоне ВИЧ-инфекции являются:

- 1) преимущественное поражение слизистой полости рта, гениталий и перианальной области, с возможным вовлечением пищевода;
- 2) склонность к периферическому росту и слиянию очагов с последующим их изъязвлением;
- 3) торпидность к фунгицидной терапии;
- 4) внезапное развитие кандидоза у молодых людей, не получавших антибиотики, кортикостероидные гормоны или цито-статики.

Последнее является очень подозрительным на ВИЧ-инфекцию и требует соответствующего обследования пациента.

Цель занятия

выявить, проверить и закрепить знания студентов об инфекциях, передаваемых половым путем.

Вопросы к практическому занятию

1. Основные инфекции, передаваемые половым путем.
2. Основные возбудитель заболеваний.
3. Пути заражения.
4. Лечение инфекций.

Задания к практическим занятиям

1. Решение ситуационных задач
2. Решение тестов

Практические занятия №11 Заболевания периферической нервной системы

Цель занятия:

Изучить современные подходы к диагностике нервных болезней.

Студент должен уметь:

- планировать обследование пациента;
- осуществлять сбор анамнеза;
- применять различные методы обследования пациента;
- формулировать предварительный диагноз в соответствии с современными классификациями;
- интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов диагностики;
- оформлять медицинскую документацию.

Студент должен знать:

- топографию органов и систем организма в различные возрастные периоды;
- биоэлектрические, биомеханические и биохимические процессы, происходящие в организме;
- основные закономерности развития и жизнедеятельности организма;
- строение клеток, тканей, органов и систем организма во взаимосвязи с их функцией в норме и патологии;
- основы регуляции физиологических функций, принципы обратной связи, механизм кодирования информации в центральной нервной системе;
- определение заболеваний;
- общие принципы классификации заболеваний;
- этиологию заболеваний;
- патогенез и патологическую анатомию заболеваний;
- клиническую картину заболеваний, особенности течения, осложнения у различных возрастных групп;
- методы клинического, лабораторного, инструментального обследования.

Обеспечение занятия.

1. Оборудование:

- фантомы, муляжи;
- методическое пособие для студентов по теме;
- презентация, учебный фильм по пальпации, перкуссии, аускультации.
- аппаратура, приборы, инструменты, необходимые для диагностики больных.

2. Технические средства обучения:

- компьютер;
- мультимедийный проектор;
- классная доска (меловая/маркерная);
- экран.

3. Наглядные пособия: учебно-методический материал, фантомы и оборудование для отработки практических манипуляций тесты, ситуационные задачи, иллюстрации.

Организационный момент

Преподаватель заполняет журнал, отмечает отсутствующих, проверяет готовность группы и аудитории к занятию. Определяется тема и учебные цели, проясняются вопросы, возникшие у студентов при подготовке к данному занятию.

Теоретическая часть:

Нервная система делится на центральную и периферическую. К ЦНС относятся головной и спинной мозг. К ПНС – черепные и спинномозговые нервы и относящиеся к ним корешки, спинномозговые узлы и сплетения.

Рассмотрим отделы более подробно.

Спинной мозг – цилиндрически тяж длиной 41-45 см. Расположен в позвоночном канале от С1 до L2. Принято считать, что граница между спинным и головным мозгом проходит на уровне перекреста пирамидных волокон (хотя эта граница весьма условна). Внутри спинного мозга имеется полость, называемая центральным каналом (лат. *canalis centralis*). Спинной мозг защищён мягкой, паутинной и твёрдой мозговой оболочкой.

Пространства между оболочками и спинномозговым каналом заполнены спинномозговой жидкостью. Пространство между внешней твёрдой оболочкой и костью позвонков называется эпидуральным и заполнено жировой тканью и венозной сетью.

Спинной мозг без резкой границы переходит в продолговатый мозг у места выхода первого шейного спинномозгового нерва. Скелетотопически эта граница проходит на уровне между нижним краем большого затылочного отверстия и верхним краем I шейного позвонка.

Внизу спинной мозг переходит в коническое заострение (лат. *Conus medullaris*), продолжающееся в концевую (спинномозговую) нить (лат. *Filum terminale (spinale)*), которая имеет поперечник до 1 мм и является редуцированной частью нижнего отдела спинного мозга. Концевая нить (за исключением её верхних участков, где есть элементы нервной ткани) представляет собой соединительнотканное образование. Вместе с твёрдой мозговой оболочкой она проникает в крестцовый канал и прикрепляется у его конца. Та часть концевой нити, которая располагается в полости твёрдой мозговой оболочки и не сращена с ней, называется внутренней концевой нитью (лат. *filum terminale internum*), остальная её часть, сращённая с твёрдой мозговой оболочкой, — это наружная концевая нить (лат. *filum terminale externum*). Концевая нить сопровождается передними спинномозговыми артериями и венами, а также одним или двумя корешками копчиковых нервов. Спинной мозг делится на отделы и имеет сегментарное строение.

Практическая часть:

Задание 1.

Используя рекомендуемые источники информации, повторите учебный материал по заданной теме.

Задание 2.

Решите тест:

1 При поражении отводящего нерва возникает паралич глазодвигательной мышцы:

Варианты ответов

- 1 верхней прямой
- 2 наружной прямой
- 3 нижней прямой
- 4 нижней косой
- 5 верхней косой

2 Мидриаз возникает при поражении:

Варианты ответов

- 1 верхней порции крупноклеточного ядра глазодвигательного нерва
- 2 нижней порции крупноклеточного ядра глазодвигательного нерва
- 3 мелкоклеточного добавочного ядра глазодвигательного нерва
- 4 среднего непарного ядра
- 5 ядра медиального продольного пучка

3 Если верхняя граница проводниковых расстройств болевой чувствительности определяется на уровне T10 дерматома, поражение спинного мозга локализуется на уровне сегмента:

Варианты ответов

1 T6 или T7

2 T8 или T9

3 T9 или T10

4 T10 или T11

5 T11 или T12

4 При центральном параличе наблюдается:

Варианты ответов

1 атрофия мышц

2 повышение сухожильных рефлексов

3 нарушение чувствительности по полиневритическому типу

4 нарушение электровозбудимости нервов и мышц

5 фибриллярные подергивания

5 Хореический гиперкинез возникает при поражении:

Варианты ответов

1 палеостриатума

2 неостриатума

3 медиального бледного шара

4 латерального бледного шара

5 мозжечка

6 Волокна глубокой чувствительности для нижних конечностей располагаются в тонком пучке задних канатиков по отношению к средней линии:

Варианты ответов

1 латерально

2 медиально (

3 вентрально

4 дорсально

5 вентролатерально

7 Волокна глубокой чувствительности для туловища и верхних конечностей располагаются в клиновидном пучке задних канатиков по отношению к средней линии:

Варианты ответов

1 латерально

2 медиально

3 вентрально

4 дорсально

5 вентромедиально

8 Волокна болевой и температурной чувствительности(латеральная петля)

присоединяются к волокнам глубокой и тактильной чувствительности(медиальная петля):

Варианты ответов

1 в продолговатом мозге

2 в мосту мозга

3 в ножках мозга

4 в зрительном бугре

5 в мозжечке

9 Основным медиатором тормозного действия является:

Варианты ответов

1 ацетилхолин

2 ГАМК

3 норадреналин

4 адреналин

5 дофамин

10 Все афферентные пути стриопаллидарной системы оканчиваются:

Варианты ответов

1 в латеральном ядре бледного шара

2 в полосатом теле

3 в медиальном ядре бледного шара

4 в субталамическом ядре

5 в мозжечке

11 Неустойчивость в позе Ромберга при закрытии глаз значительно усиливается, если имеет место атаксия:

Варианты ответов

1 мозжечковая

2 сенситивная

3 вестибулярная

4 лобная

5 смешанная

12 Регуляция мышечного тонуса мозжечком при изменении положения тела в пространстве осуществляется через:

Варианты ответов

1 красное ядро

2 люисово тело

3 черное вещество

4 полосатое тело

5 голубое пятно

13 Биназальная гемианопсия наступает при поражении:

Варианты ответов

1 центральных отделов перекреста зрительных нервов

2 наружных отделов перекреста зрительных нервов

3 зрительной лучистости

4 зрительных трактов

5 черного вещества

14 К концентрическому сужению полей зрения приводит сдавление:

Варианты ответов

1 зрительного тракта

2 зрительного перекреста

3 наружного коллатерального тела

4 зрительной лучистости

5 черного вещества

15 При поражении зрительного тракта возникает гемианопсия:

Варианты ответов

1 биназальная

2 гомонимная

3 битемпоральная

4 нижнеквадратная

5 верхнеквадратная

16 Гомонимная гемианопсия не наблюдается при поражении:

Варианты ответов

1 зрительного тракта

2 зрительного перекреста

3 зрительной лучистости

4 внутренней капсулы

5 зрительного нерва

17 Через верхние ножки мозжечка проходит путь:

Варианты ответов

1 задний спинно-мозжечковый

2 передний спинно-мозжечковый

3 лобно-мосто-мозжечковый

4 затылочно-височно-мосто-мозжечковый

5 спинно-мозжечковый

18 Обонятельные галлюцинации наблюдаются при поражении:

Варианты ответов

1 обонятельного бугорка

2 обонятельной луковицы

3 височной доли

4 теменной доли

5 лобной доли

19 Битемпоральная гамианопсия наблюдается при поражении:

Варианты ответов

1 центральных отделов перекреста зрительных нервов

2 наружных отделов перекреста зрительных нервов

3 зрительных трактов перекреста зрительных нервов

4 зрительной лучистости с двух сторон

5 лобной доли

20 Истинное недержание мочи возникает при поражении:

Варианты ответов

1 парацентральных долек передней центральной извилины

2 шейного отдела спинного мозга

3 поясничного утолщения спинного мозга

4 конского хвоста

5 моста мозга

Критерии оценки:

- обоснованность и чёткость ответов на вопросы преподавателя.

- правильность решения тестовых заданий.

Контроль выполнения:

- фронтальная и индивидуальная проверка рабочих тетрадей

- фронтальный и индивидуальный опрос

- решение ситуационных задач

- выписывание рецептов на доске

Самостоятельная работа.

Студенты проводят обследование больных. Преподаватель контролирует и корректирует их действия.

Работа с лекционным материалом, учебниками, справочниками и другими источниками

Работа с дополнительной литературой. Подготовка сообщения по одному из изучаемых заболеваний.

Подготовить таблицу: «Методы исследования при заболеваниях периферической нервной системы». Составить таблицу: «Сосудистые заболевания нервной системы: проявления, диагностика, профилактика»

Решить ситуационные задачи.

Практические занятия №12 Инфекционные заболевания ЦНС

Цель занятия:

Студент должен уметь:

- планировать обследование пациента;
- осуществлять сбор анамнеза;
- применять различные методы обследования пациента;
- формулировать предварительный диагноз в соответствии с современными классификациями;
- интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов диагностики;
- оформлять медицинскую документацию.

Студент должен знать:

- топографию органов и систем организма в различные возрастные периоды;
- биоэлектрические, биомеханические и биохимические процессы, происходящие в организме;
- основные закономерности развития и жизнедеятельности организма;
- строение клеток, тканей, органов и систем организма во взаимосвязи с их функцией в норме и патологии;
- основы регуляции физиологических функций, принципы обратной связи, механизм кодирования информации в центральной нервной системе;
- определение заболеваний;
- общие принципы классификации заболеваний;
- этиологию заболеваний;
- патогенез и патологическую анатомию заболеваний;
- клиническую картину заболеваний, особенности течения, осложнения у различных возрастных групп;
- методы клинического, лабораторного, инструментального обследования.

Обеспечение занятия.

1. Оборудование:

- фантомы, муляжи;
- методическое пособие для студентов по теме;
- презентация, учебный фильм по пальпации, перкуссии, аускультации.
- аппаратура, приборы, инструменты, необходимые для диагностики больных.

2. Технические средства обучения:

- компьютер;
- мультимедийный проектор;
- классная доска (меловая/маркерная);
- экран.

3. Наглядные пособия: учебно-методический материал, фантомы и оборудование для отработки практических манипуляций тесты, ситуационные задачи, иллюстрации.

Организационный момент

Преподаватель заполняет журнал, отмечает отсутствующих, проверяет готовность группы и аудитории к занятию. Определяется тема и учебные цели, проясняются вопросы, возникшие у студентов при подготовке к данному занятию.

Инфекционные заболевания ЦНС и ПНС занимают одно из ведущих мест среди неврологических заболеваний из-за своей распространенности. Тяжесть инфекционного процесса, серьезные осложнения, остающийся глубокий неврологический дефицит требуют хорошего знания данной патологии для своевременной диагностики и правильного лечения.

Существуют различные классификации инфекционных заболеваний нервной системы. По виду возбудителя выделяют бактериальные, вирусные, грибковые заболевания, а также инвазии простейших. По способу проникновения инфекционного агента (входным воротам) различают воздушно-капельные, контактные (при травмах,

заболеваниях ЛОР-органов), гематогенные, лимфогенные, периневральные (по пути следования периферических нервов) пути. Инфекционные агенты могут первично поражать нервную систему (так называемые нейротропные патогенные агенты), или заболевание также может возникнуть вторично, как осложнение инфекционного процесса в других органах и системах.

По локализации очага патологического процесса выделяют менингиты - поражение твердой (пахименингит) или мягкой (лептоменингит) мозговых оболочек. Ранее в классификацию включали изолированное поражение сосудистой (паутинной) оболочки - арахноидит, в настоящий момент эти патологические состояния рассматривают в группе лептоменингитов. Выделяют поражение вещества головного мозга - энцефалит и поражение спинного мозга - миелит.

Классификация энцефалитов

I. Энцефалиты первичные (самостоятельные заболевания).

1. Вирусные.

- Арбовирусные, сезонные, трансмиссивные:

клещевой весенне-летний; комариный японский; австралийский долины Муррея; американский Сент-Луис.

- Вирусные без четкой сезонности (полисезонные):

энтеровирусные Коксаки и ЕСНО;

герпетический;

при бешенстве;

ретровирусные (первичный энцефалит при нейроспиде, HTLV-1 миелопатия и др.).

- Вызванные неизвестным вирусом:

эпидемический (Экономо).

2. Микробные и риккетсиозные.

- При нейросифилисе.

- При сыпном тифе.

- Нейроборрелиоз (болезнь Лайма).

II. Энцефалиты вторичные.

1. Вирусные.

- при кори;

- при ветряной оспе;

- при краснухе;

- папавирусные (прогрессирующая мультифокальная лейкоэнцефалопатия);

- цитомегаловирусные и другие энцефалиты при нейроспиде.

2. Поствакцинальные (АКДС, оспенная, антирабическая вакцины).

3. Микробные и риккетсиозные.

- Стафилококковый.

- Стрептококковый.

- Малярийный.

- Токсоплазмозный.

III. Энцефалиты, вызванные медленными инфекциями.

1. Подострый склерозирующий панэнцефалит.

2. Прионные заболевания (болезнь Крейтцфельда-Якоба, куру и др.).

Практическая часть:

Задание 1. Используя рекомендуемые источники информации, повторите учебный материал по заданной теме.

Критерии оценки:

- обоснованность и чёткость ответов на вопросы преподавателя.

- правильность решения задачи

Контроль выполнения:

- фронтальная и индивидуальная проверка рабочих тетрадей

- фронтальный и индивидуальный опрос
 - решение ситуационных задач
 - выписывание рецептов на доске
- Самостоятельная работа.

Студенты проводят обследование больных. Преподаватель контролирует и корректирует их действия.

Работа с лекционным материалом, учебниками, справочниками и другими источниками

Работа с дополнительной литературой. Подготовка сообщения по одному из изучаемых заболеваний.

Подготовить таблицу: Работа с дополнительной литературой. Подготовка сообщения по одному из изучаемых заболеваний.

Составить таблицу «Дифференцированная диагностика опухолей ЦНС

Составить алгоритм подготовки пациента к люмбальной пункции

Решить ситуационные задачи.

Практическая подготовка №48 Эпилепсия. Судорожный синдром

Студент должен уметь:

- планировать обследование пациента;
- осуществлять сбор анамнеза;
- применять различные методы обследования пациента;
- формулировать предварительный диагноз в соответствии с современными классификациями;
- интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов диагностики;
- оформлять медицинскую документацию.

Студент должен знать:

- топографию органов и систем организма в различные возрастные периоды;
- биоэлектрические, биомеханические и биохимические процессы, происходящие в организме;
- основные закономерности развития и жизнедеятельности организма;
- строение клеток, тканей, органов и систем организма во взаимосвязи с их функцией в норме и патологии;
- основы регуляции физиологических функций, принципы обратной связи, механизм кодирования информации в центральной нервной системе;
- определение заболеваний;
- общие принципы классификации заболеваний;
- этиологию заболеваний;
- патогенез и патологическую анатомию заболеваний;
- клиническую картину заболеваний, особенности течения, осложнения у различных возрастных групп;
- методы клинического, лабораторного, инструментального обследования.

Обеспечение занятия.

1. Оборудование:

- фантомы, муляжи;
- методическое пособие для студентов по теме;
- презентация, учебный фильм по пальпации, перкуссии, аускультации.
- аппаратура, приборы, инструменты, необходимые для диагностики больных.

2. Технические средства обучения:

- компьютер;
- мультимедийный проектор;

- классная доска (меловая/маркерная);
- экран.

3. Наглядные пособия: учебно-методический материал, фантомы и оборудование для отработки практических манипуляций тесты, ситуационные задачи, иллюстрации.

Организационный момент

Преподаватель заполняет журнал, отмечает отсутствующих, проверяет готовность группы и аудитории к занятию. Определяется тема и учебные цели, проясняются вопросы, возникшие у студентов при подготовке к данному занятию.

Эпилепсия – это хроническое заболевание головного мозга различной этиологии, характеризующееся повторными эпилептическими припадками, возникающими в результате чрезмерных нейрональных разрядов и сопровождающееся разнообразными клиническими и параклиническими симптомами.

Этиопатогенез. Выделяют 2 группы факторов: экзо- и эндогенные. Факторы поражения головного мозга: внутриутробные (цитомегаловирус, вирус краснухи), перинатальные (травматические и гипоксически-ишемические), постнатальные (черепно-мозговые травмы, нейроинфекции). Также играют роль сосудистые заболевания и метаболические расстройства, токсические поражения, наследственные факторы.

В основе эпилептических припадков лежит триггерный механизм, который обеспечивается группой нейронов, обладающих особыми патофизиологическими свойствами. Это так называемые эпилептические нейроны, совокупность которых и составляет эпилептический очаг. Он возникает в результате эпилептического повреждения мозга. В нем обнаруживаются локальные клеточные изменения, имеющие характер глиоза. В очаге нарушается организация нервной ткани, ее кровоснабжение, взаимоотношение нейронов и их функция. Все это ведет к пароксизмальному деполяризационному сдвигу мембранного потенциала, т.е. к повышению деполяризации (к возбуждению). Основными патофизиологическими свойствами эпилептического очага являются: повышение синаптической возбудимости, синхронность и синфазность эпилептических нейронов. Однако, эпилептический очаг – это еще не эпилепсия, так как в головном мозге существуют защитные механизмы. Они активизируются самим эпилептогенным очагом и формируют систему антиэпилептической защиты. Ее можно определить как совокупность механизмов, препятствующих генерализации и распространению эпилептической активности. Если система антиэпилептической активности становится недостаточной, то эпилептические разряды прорываются за пределы очага и могут распространиться на весь мозг. В клинике это проявляется как генерализованные эпилептические припадки. Формируется эпилептическая система и возникает клиническое заболевание. По мере течения эпилепсии происходит усложнение эпилептической системы. В патологический процесс вовлекаются новые пути и структуры мозга, что ведет к массовой эпилептизации нейронов.

Практическая часть:

Задание 1.

Используя рекомендуемые источники информации, повторите учебный материал по заданной теме.

Задание 2. подготовьте сообщение на тему" Триггеры. вызывающие приступ эпилепсии."

Задание 3.

Решите тестовые задания:

1. Типичным возрастом возникновения пикнолептических припадков является:
 - а) 6-8 лет
 - б) старше 14 лет
 - в) 3-5 лет
2. Психические нарушения, наиболее часто отмечаемые у детей дошкольного и младшего школьного возраста, больных эпилепсией, характеризуются:
 - а) повышенным педантизмом

б) аффективной возбудимостью неустойчивого аффекта

в) аффективной вязкостью

3. Типичные эпилептические черты личности наиболее часто выявляются в:

а) подростковом возрасте

б) юношеском возрасте

в) школьном возрасте

4. Наиболее заметными становятся интеллектуально-мнестические нарушения:

а) в школьном возрасте

б) в юношеском возрасте

в) в младшем школьном возрасте

5. Для спазмофилии в отличие от эпилепсии не характерны:

а) повышенная нервно-мышечная возбудимость

б) сниженное содержание кальция в крови

в) припадки с глубоким выключением сознания

6. Назначать дифенин не рекомендуется до возраста:

а) 6 лет

б) 3 года

в) 4 года

7. Припадок в виде произвольных мыслей и представлений, отчуждения психических процессов, наплыва навязчивых мыслей отмечается у детей с препубертатного возраста. Его следует характеризовать как:

а) иллюзорный

б) галлюцинаторный

в) идеаторный

8. Абсолютным показанием к назначению противоэпилептических средств не являются:

а) единичные кратковременные фебрильные припадки у нормально развивающихся детей без специфических изменений ЭЭГ и наследственной отягощенности по эпилепсии

б) продолжительные (свыше 10-15 мин) респираторно-аффективные припадки

в) обмороки, сопровождающиеся эпилептическими изменениями на ЭЭГ, при отсутствии эффекта от лечения нейротропными и вегетотропными препаратами

9. При единичных кратковременных фебрильных припадках на фоне легкого резидуально-органического поражения ЦНС фенobarбитал назначается на срок:

а) до 1 года

б) до 4 месяцев

в) до 3 месяцев

10. Эмбрио- и фетопатии, постнатальные инфекции, интоксикации, хронические токсико-аллергические заболевания, эндокринные дисфункции:

а) оказывают провоцирующее влияние

б) повышают судорожную готовность

в) формируют эпилептический очаг

11. Родовая травма, асфиксия, тяжелые фебрильные судороги, постнатальные травмы, менингоэнцефалиты, сосудистые аномалии:

а) формируют эпилептический очаг

б) повышают судорожную готовность

в) оказывают провоцирующее влияние

12. Длительность ночного сна у детей дошкольного возраста, больных эпилепсией, должна составлять не менее:

а) 5-6 часов

б) 11-12 часов

в) 7-8 часов

13. Длительность ночного сна у детей школьного возраста, больных эпилепсией, должна составлять не менее:

- а) 9-10 часов
- б) 7-8 часов
- в) 11-12 часов

14. Классификация пограничных состояний включает:

- а) реактивные состояния и психозы
- б) психопатии
- в) оба варианта верны

15. Для психопатий характерно:

- а) дисгармония эмоционально-волевой сферы
- б) преобладание своеобразного, преимущественно аффективного мышления
- в) оба варианта верны

16. К особенностям психопатических личностей относится все перечисленное, за исключением:

- а) наличия аффективных колебаний
- б) эндогенных, внешне не мотивированных сдвигов
- в) слабости самообладания, самоконтроля

17. Общие признаки аффективных психопатий включают в себя:

- а) синтонность, общительность
- б) естественность и понятность эмоций
- в) оба варианта верны

18. Признаками гипертимической психопатии являются все перечисленные, за исключением:

- а) постоянно повышенного настроения
- б) наличия аффективной лабильности
- в) общительности, говорливости, подвижности, оживленности

19. Признаками гипертимической психопатии являются все перечисленные, за исключением:

- а) неспособности к серьезному глубокому состраданию
- б) преобладания низших влечений
- в) серьезной этической позиции

20. Признаками гипертимической психопатии являются:

- а) энергичность, предприимчивость, неутомимость
- б) богатство идей превращается в пустое прожектерство
- в) оба варианта верны

Самостоятельная работа.

Студенты проводят обследование больных. Преподаватель контролирует и корректирует их действия.

Работа с лекционным материалом, учебниками, справочниками и другими источниками

Работа с дополнительной литературой. Подготовка сообщения по одному из изучаемых заболеваний.

Подготовить таблицу: Работа с дополнительной литературой. Подготовка сообщения по одному из изучаемых заболеваний.

Составить памятку «Оказание неотложной доврачебной помощи при приступе эпилепсии».

Проведение сравнительного анализа клинических проявлений судорожного синдрома различной этиологии

Решить ситуационные задачи.

Практическая подготовка №49 Шизофрения. Маниакально-депрессивный психоз

Внутренние органы и системы человеческого организма регулируются нервной системой, которая разделяется на центральную и периферическую. В первую включен головной и спинной мозг, во вторую – нервы, распространяющиеся из головного и спинного мозга. Если происходит нарушение работы нервной системы, страдают и внутренние органы.

Классификация заболеваний нервной системы.

Исходя из причины, существуют следующие виды заболеваний нервной системы:

инфекционные;
травматические;
наследственные.

Инфекционная природа болезней обусловлена воздействием на организм патогенов – вирусов, бактерий, грибков, паразитарных инвазий. В большинстве случаев диагностируют поражение головного мозга, то есть центральной нервной системы. Это может быть:

энцефалит;
корь;
малярия и др.

Клинические проявления, характерные для инфекционного поражения ЦНС, - повышение общей температуры, нарушение сознания, частые головные боли и головокружение, тошнотно-рвотный синдром.

Болезни нервной системы травматического характера вызваны повреждением головного или спинного мозга в результате ушиба или иного механического фактора. Это может быть сотрясение мозга, которое сопровождается головной болью, тошнотой и рвотой, потерей или нарушением сознания.

Наследственное поражение нервной системы разделяют на хромосомное и геномное. Среди первых болезней можно выделить болезнь Дауна, среди вторых – нарушение работы нервно-мышечной системы. Клинические проявления наследственных патологий – неправильное формирование двигательных органов и щитовидной железы, слабоумие, отставание в физическом и умственном развитии.

Наследственные заболевания разделяют на несколько подвидов:

дегенеративное поражение ЦНС под действием определенного фактора (травмы, инфекции) и при наличии наследственной предрасположенности;
эпилепсия;
поражение нервно-мышечного аппарата;
опухолевидные процессы в ЦНС;
состояния, обусловленные сбоем в развитии нейронов.

Отдельно стоит выделить болезни нервной системы сосудистого типа, которые часто становятся причиной присвоения группы инвалидности и летального исхода. Сюда относят острое нарушение мозгового кровообращения (инсульт), сосудисто-мозговую недостаточность хронического типа. Среди характерных симптомов – головная боль, тошнотно-рвотный синдром, нарушение двигательной функции и чувствительности.

Обучающие:

Изучить:

1. Этиологию и патогенез шизофрении.
 2. Формы и типы течения шизофрении.
 3. Принципы медикаментозного лечения шизофрении.
 4. Проблемы пациента при шизофрении.
 5. Особенности сестринского ухода за больными шизофренией.
 6. Фиксация пациента в состоянии психомоторного возбуждения.
- уметь:

- готовить пациента к лечебно-диагностическим вмешательствам;
- осуществлять сестринский уход за пациентом при различных заболеваниях и состояниях;
- консультировать пациента и его окружение по применению лекарственных средств;
- осуществлять реабилитационные мероприятия в пределах своих полномочий в условиях первичной медико-санитарной помощи и стационара;
- осуществлять фармакотерапию по назначению врача;
- проводить комплексы упражнений лечебной физкультуры, основные приемы массажа;
- проводить мероприятия по сохранению и улучшению качества жизни пациента;
- осуществлять паллиативную помощь пациентам;
- вести утвержденную медицинскую документацию

знать:

- причины, клинические проявления, возможные осложнения, методы диагностики, проблемы пациента, организацию и методы оказания сестринской помощи при нарушениях здоровья;
- пути введения лекарственных препаратов;
- виды, формы и методы реабилитации;
- правила использования аппаратуры, оборудования, изделий медицинского назначения

назначения

сформировать практический опыт:

- осуществления ухода за пациентами при различных заболеваниях и состояниях;
- проведения реабилитационных мероприятий в отношении пациентов с различной патологией

Вопросы к практической подготовке:

Основные неврологические заболевания: Атеросклероз сосудов головного мозга. Болезнь Альцгеймера. Болезнь Паркинсона. ДЦП. Менингит. Обморок. Рассеянный склероз. Эпилепсия.

1. Клинические проявления, особенности сестринского процесса, фармакотерапия, реабилитация. Консультирование семьи по вопросам организации ухода за пациентом.
2. Клинические проявления изучаемых заболеваний.
3. Помощь при болевом синдроме

Задания к практической подготовке:

1. Решение ситуационных задач
2. Решение тестов
3. Отработка манипуляций

Манипуляции к практической подготовке:

Повторить:

1. Уход за больными при нарушении движений

Освоить

1. Алгоритм исследования менингеальных симптомов
2. Острое нарушение мозгового кровообращения(ОНМК)
3. Проведением мероприятий по профилактике пролежней

Практическая подготовка №50 Сосудистые заболевания ЦНС

Студент должен уметь:

- планировать обследование пациента;
- осуществлять сбор анамнеза;
- применять различные методы обследования пациента;

- формулировать предварительный диагноз в соответствии с современными классификациями;
- интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов диагностики;
- оформлять медицинскую документацию.

Студент должен знать:

- топографию органов и систем организма в различные возрастные периоды;
- биоэлектрические, биомеханические и биохимические процессы, происходящие в организме;
- основные закономерности развития и жизнедеятельности организма;
- строение клеток, тканей, органов и систем организма во взаимосвязи с их функцией в норме и патологии;
- основы регуляции физиологических функций, принципы обратной связи, механизм кодирования информации в центральной нервной системе;
- определение заболеваний;
- общие принципы классификации заболеваний;
- этиологию заболеваний;
- патогенез и патологическую анатомию заболеваний;
- клиническую картину заболеваний, особенности течения, осложнения у различных возрастных групп;
- методы клинического, лабораторного, инструментального обследования.

Обеспечение занятия.

1. Оборудование:

- фантомы, муляжи;
- методическое пособие для студентов по теме;
- презентация, учебный фильм по пальпации, перкуссии, аускультации.
- аппаратура, приборы, инструменты, необходимые для диагностики больных.

2. Технические средства обучения:

- компьютер;
- мультимедийный проектор;
- классная доска (меловая/маркерная);
- экран.

3. Наглядные пособия: учебно-методический материал, фантомы и оборудование для отработки практических манипуляций тесты, ситуационные задачи, иллюстрации.

Организационный момент

Преподаватель заполняет журнал, отмечает отсутствующих, проверяет готовность группы и аудитории к занятию. Определяется тема и учебные цели, проясняются вопросы, возникшие у студентов при подготовке к данному занятию.

Сосудистые заболевания нервной системы

Сосудистые заболевания нервной системы подразделяются на нарушения кровоснабжения головного и спинного мозга.

Цереброваскулярная патология является одной из самых актуальных проблем современной неврологии. Сосудистые заболевания головного мозга находятся на втором месте среди всех причин смерти, уступая заболеваниям сердечно-сосудистой системы и опережая онкологическую патологию. Среди всех заболеваний человека смертность в результате инсульта составляет 12%. Ежегодно в России инсульты возникают у 450000 человек, у 35% из них наблюдается летальный исход. Частота инсультов всех видов в зависимости от возрастного критерия обследуемых групп колеблется от 1,27 до 5 на 1000 населения.

Проблемой сосудистых заболеваний головного мозга занимаются ведущие неврологические школы всего мира. На сегодняшний день детально изучены и описаны

вопросы этиологии, патогенеза, эпидемиологии, клиники, лечения и реабилитации при острых нарушениях мозгового кровообращения. Несмотря на это, интерес к данному разделу неврологической науки не ослабевает. В связи с улучшением диагностики и лечения больных наметились определенные тенденции в эпидемиологии инсультов. На 2,3-3% ежегодно снижается смертность в результате перенесенного заболевания. Изменилась структура цереброваскулярных заболеваний. Если до 1945 года соотношение церебральных кровоизлияний и ишемических инсультов было 2:1 или 4:1, а в период второй мировой войны 7:1, то в настоящее время инфаркты мозга встречаются у 80% больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения или в 3-4 раза чаще, чем геморрагические инсульты. Отмечается более раннее возникновение ишемического инсульта в популяции. Каждый восьмой больной ишемическим инсультом моложе 40 лет. В связи с этим вопросы лечения и реабилитации пациентов, перенесших инфаркт мозга, в настоящее время остаются чрезвычайно актуальными.

Классификация сосудистых заболеваний головного и спинного мозга

1. Заболевания патологические состояния, которые приводят к нарушениям кровообращения:

- атеросклероз;•
- гипертоническая болезнь;•
- сочетание атеросклероза и гипертонической болезни;•
- симптоматические артериальные гипертензии;•
- синдром вегетативной дистонии, сопровождающийся колебанием артериального давления и тонуса сосудистой стенки;•
- артериальная гипотензия;•
- патология сердца и нарушение его деятельности (уменьшение ударного объема, пороки сердца, ИМ, эндокардиты, инсульты на фоне оперативного вмешательства, нарушение сердечного ритма, аневризмы сердца и др.);•
- аномалии сердечно-сосудистой системы (аневризмы сосудов – мешотчатые и артерио-венозные, аплазии сосудов, гипоплазии, патологическая извитость, перегибы);•
- васкулиты (ревматический, сифилитический, неспецифический аорто-артериит или болезнь Такаясу);•
- токсические поражения сосудов мозга: эндогенная интоксикация при опухолях, экзогенная – при отравлении угарным газом (СО), некоторыми лекарствами;•
- травматическое поражение сосудов мозга, преимущественно возникают гематомы и кровоизлияния;•
- сдавление артерий и вен костными образованиями (при патологии шейного отдела позвоночника происходит сдавление позвоночных артерий), сдавление опухолями;•
- заболевания крови и нарушение ее свертываемости (лейкозы, полицитемия, тромбоцитопатии, гемофилия);•
- заболевания эндокринной системы (сахарный диабет, тиреотоксикоз).•

2. Характер нарушения мозгового кровообращения.

1. Начальные проявления недостаточности кровоснабжения мозга. Это самая ранняя стадия патологического процесса с поражением сосудов мозга. У больных имеется комплекс субъективных ощущений неврастенического характера, но нет симптомов поражения нервной системы. Чаще всего предъявляются следующие жалобы:

- головная боль;•
- головокружение;•
- шум в голове;•
- нарушение сна;•
- ухудшение памяти;•
- снижение работоспособности.•

Такое заболевание диагностируется при наличии 2 и более жалоб не реже 1 раза в неделю на протяжении последних трех месяцев. Однако этого недостаточно для выставления диагноза. Начальные проявления недостаточности кровоснабжения мозга.

Необходимо выявить этиологические факторы заболевания, а таковыми являются чаще всего атеросклероз и гипертоническая болезнь. Чаще это люди старше 40 лет.

Практическая часть:

Задание 1.

Используя рекомендуемые источники информации, повторите учебный материал по заданной теме.

Задание 2.

Решите тесты:

07.1. Для поражения задней мозговой артерии характерно наличие

- а) гомонимной гемианопсии +
- б) битемпоральной гемианопсии
- в) биназальной гемианопсии
- г) концентрического сужения полей зрения
- д) отека дисков зрительных нервов

07.2. В развитии недостаточности кровоснабжения мозга при атеросклерозе играют роль следующие факторы

- а) пролапс митрального клапана
- б) повышение фибринолитической активности крови
- в) снижения активности свертывающей системы
- г) стеноз магистральных сосудов на шее+
- д) все перечисленное

07.3. Субъективные церебральные симптомы при начальных проявлениях недостаточности кровоснабжения мозга обычно появляются

- а) в утренние часы
- б) в вечерние часы
- в) после физической нагрузки
- г) после эмоционального стресса
- д) при условиях, требующих усиления кровоснабжения мозга +

07.4. Диагноз преходящего нарушения мозгового кровообращения устанавливают, если очаговая церебральная симптоматика подвергается полному регрессу в течение

- а) 1 суток +
- б) 1 недели
- в) 2 недель
- г) 3 недель
- д) 1 месяца

07.5. Диагноз инсульта с обратимой неврологической симптоматикой устанавливают, если очаговая церебральная симптоматика подвергается полному регрессу не позднее

- а) 1 недели
- б) 3 недель +
- в) 1 месяца
- г) 3 месяцев
- д) 6 месяцев

07.6. Для бульварного синдрома при хронической недостаточности мозгового кровообращения, в отличие от псевдобульварного, характерно наличие

- а) дизартрии
- б) дисфонии
- в) дисфагии
- г) фибрилляции языка +
- д) симптомов орального автоматизма

07.7. Псевдобульбарный синдром развивается при сочетанном поражении

- а) пирамидных и мозжечковых путей доминантного полушария
- б) пирамидных и мозжечковых путей недоминантного полушария
- в) пирамидных и экстрапирамидных путей доминантного полушария
- г) пирамидных и экстрапирамидных путей недоминантного полушария
- д) пирамидных путей доминантного и недоминантного полушарий +

07.8. При формулировании диагноза сосудистого заболевания головного мозга согласно классификации НИИ неврологии АМН РФ на первое место выносятся

- а) этиология сосудистого процесса
- б) характер нарушения мозгового кровообращения +
- в) пораженный сосудистый бассейн
- г) клинический синдром
- д) состояние трудоспособности

07.9. К этиотропной терапии атеросклеротической энцефалопатии относится назначение

- а) антигипертензивных препаратов
- б) вазоактивных средств
- в) антиагрегантов
- г) антиоксидантов
- д) препаратов, нормализующих липидный обмен +

07.10. Главной причиной церебральной ишемии при остром инфаркте миокарда с нарушением ритма (кардиocereбральный синдром) является

- а) повышение вязкости крови
- б) повышение активности свертывающей системы
- в) ухудшение реологических свойств крови
- г) снижение системного перфузионного давления +
- д) повышение агрегации форменных элементов крови

07.11. Решающее влияние на прогноз преходящего нарушения мозгового кровообращения оказывает

- а) адекватный уровень артериального давления
- б) состояние вязкости и текучести крови
- в) состояние свертывающей системы крови
- г) сохранная проходимость приводящих артерий +
- д) продолжительность эпизодов преходящей ишемии

07.12. Геморрагический инфаркт головного мозга локализуется только в

- а) коре больших полушарий, коре мозжечка
- б) подкорковых узлах, стволе мозга +
- в) подкорковых узлах, коре мозжечка
- г) подкорковых узлах, коре больших полушарий и мозжечка
- д) белом веществе головного мозга

07.13. С помощью магнитно-резонансной томографии очаг ишемического инсульта головного мозга выявляется от начала заболевания

- а) через 1 ч
- б) через 3 ч +
- в) через 6 ч
- г) к концу первых суток
- д) только на вторые сутки

07.14. Для тромбоза мозговых сосудов характерно

- а) наличие в анамнезе транзиторных ишемических атак
- б) постепенное нарастание очаговой симптоматики
- в) малая выраженность общемозговой симптоматики

- г) отсутствие примеси крови в ликворе +
- д) верно все перечисленное

07.15. Для эмболии мозговых артерий характерно

- а) постепенное развитие очаговой неврологической симптоматики
- б) внезапное развитие очаговой симптоматики +
- в) отек соска зрительного нерва на стороне эмболии
- г) наличие общемозговой симптоматики
- д) верно все перечисленное

07.16. Фибринолитическая терапия при закупорке сосудов мозга целесообразна в случае

- а) молодого возраста больного
- б) продолжительности закупорки менее 6 ч +
- в) отсутствия анурии
- г) геморрагического синдрома
- д) артериального давления ниже 20 7./10 7. мм рт. ст.

07.17. Антикоагулянтная терапия при ишемическом инсульте применяется для коррекции

- а) метаболического ацидоза
- б) гиперфибриногенемии +
- в) гиперпротеинемии
- г) гиперлипидемии
- д) верно все перечисленное

07.18. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания патогномоничен

- а) для тромботического инфаркта
- б) для нетромботического инфаркта
- в) для геморрагического инфаркта
- г) для кровоизлияния в мозг
- д) ни для чего из перечисленного +

07.19. Для субарахноидального кровоизлияния обязательным признаком является

- а) утрата сознания
- б) зрачковые расстройства
- б) нистагм
- г) менингеальный синдром +
- д) двусторонние пирамидные патологические знаки

07.20. Аневризма артерий мозга диаметром 3 мм может быть диагностирована с помощью

- а) ангиографии +
- б) реоэнцефалографии
- в) ультразвуковой доплерографии
- г) компьютерной томографии
- д) радиоизотопной сцинтиграфии

Критерии оценки:

- обоснованность и чёткость ответов на вопросы преподавателя.
- правильность решения

тестов.

Контроль выполнения:

- фронтальная и индивидуальная проверка рабочих тетрадей
- фронтальный и индивидуальный опрос
- решение ситуационных задач
- выписывание рецептов на доске

Самостоятельная работа.

Студенты проводят обследование больных. Преподаватель контролирует и корректирует их действия.

Работа с лекционным материалом, учебниками, справочниками и другими источниками

Работа с дополнительной литературой. Подготовка сообщения по одному из изучаемых заболеваний.

Подготовить таблицу: Работа с дополнительной литературой. Подготовка сообщения по одному из изучаемых заболеваний.

Описать клинические проявления основных психопсихологических симптомов и синдромов.

Решить ситуационные задачи.

Практическая подготовка №51 Пограничные психические расстройства

Студент должен уметь:

- планировать обследование пациента;
- осуществлять сбор анамнеза;
- применять различные методы обследования пациента;
- формулировать предварительный диагноз в соответствии с современными классификациями;
- интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов диагностики;
- оформлять медицинскую документацию.

Студент должен знать:

- топографию органов и систем организма в различные возрастные периоды;
- биоэлектрические, биомеханические и биохимические процессы, происходящие в организме;
- основные закономерности развития и жизнедеятельности организма;
- строение клеток, тканей, органов и систем организма во взаимосвязи с их функцией в норме и патологии;
- основы регуляции физиологических функций, принципы обратной связи, механизм кодирования информации в центральной нервной системе;
- определение заболеваний;
- общие принципы классификации заболеваний;
- этиологию заболеваний;
- патогенез и патологическую анатомию заболеваний;
- клиническую картину заболеваний, особенности течения, осложнения у различных возрастных групп;
- методы клинического, лабораторного, инструментального обследования.

Обеспечение занятия.

1. Оборудование:

- фантомы, муляжи;
- методическое пособие для студентов по теме;
- презентация, учебный фильм по пальпации, перкуссии, аускультации.
- аппаратура, приборы, инструменты, необходимые для диагностики больных.

2. Технические средства обучения:

- компьютер;
- мультимедийный проектор;
- классная доска (меловая/маркерная);
- экран.

3. Наглядные пособия: учебно-методический материал, фантомы и оборудование для отработки практических манипуляций тесты, ситуационные задачи, иллюстрации.

Организационный момент

Преподаватель заполняет журнал, отмечает отсутствующих, проверяет готовность группы и аудитории к занятию. Определяется тема и учебные цели, проясняются вопросы, возникшие у студентов при подготовке к данному занятию.

К числу наиболее быстро развивающихся в последние годы областей клинической и социальной медицины относится пограничная психиатрия. Это связано не только с тенденцией к интеграции психиатрии в общую медицину и психологию, но и с рядом объективных реальностей современной жизни, приводящих к психоэмоциональному перенапряжению людей, что требует дальнейшего совершенствования оценок психопатологических проявлений. Пластичность психики зачастую оказывается недостаточной для быстрого и адекватного приспособления к меняющимся условиям окружающей среды.

Тот факт, что увеличение числа лиц с невротическими и психосоматическими нарушениями наблюдается прежде всего в развитых странах, вероятно, объясняется не только улучшением выявляемости нарушений психической деятельности, но и комплексом факторов, способствующих их истинному росту. Заболевания невротического круга, как правило, поражают лиц трудоспособного возраста и зачастую оказываются причинами значительного снижения качества жизни больных, а также длительной и рецидивирующей нетрудоспособности.

Введение

Понятие о пограничных психических расстройствах используется для обозначения нерезко выраженных нарушений, граничащих с состоянием здоровья и отделяющих его от собственно патологических психических проявлений, сопровождающихся значительными отклонениями от нормы. Расстройства данной группы нарушают лишь определенные сферы психической деятельности. В их возникновении и течении значительную роль играют социальные факторы, что с определенной долей условности позволяет характеризовать их как срыв психической адаптации. В группу пограничных психических расстройств не включают невротические и невротоподобные симптомокомплексы, сопутствующие психотическим (шизофрения и др.), соматическим и неврологическим заболеваниям.

Все более отчетливо прослеживается тенденция выхода психопатологии невротического круга за рамки психиатрического поля. В этой связи представляются важными взаимодополняющее сотрудничество психиатров и интернистов, сближение позиций специалистов различного профиля, конструктивный обмен научно-практической информацией, повышение уровня грамотности врачей различных специальностей в вопросах психического здоровья, равно как и психиатров в клинике внутренних болезней.

Диагностика

К числу наиболее характерных признаков пограничной психопатологии относят:

- невротический уровень, функциональный характер и обратимость имеющихся нарушений;
- вегетативное "сопровождение", наличие коморбидных астенических, диссомнических и соматоформных расстройств;
- связь возникновения заболеваний с психотравмирующими обстоятельствами и личностно-типологическими характеристиками;
- эгодистонность (неприемлемость для "Я" пациента) болезненных проявлений и сохранение критического отношения к болезни.

При пограничной психопатологии исключены:

- психотические нарушения (бред, галлюцинации);
- прогрессивно нарастающее слабоумие;
- тяжелые личностные изменения, нарушения мышления и поведения, эгосинтонность (гармоничность, созвучность для "Я" пациента) симптоматики, характерные для эндогенных психических расстройств

Классификация

С введением в практику Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-Х) номенклатура пограничных психических расстройств претерпела существенные изменения. Пожалуй, наиболее непростым для понимания и дискуссионным явилось изъятие из классификации просуществовавшего в психиатрии свыше 200 лет понятия "невроз" при сохранении дефиниций "невротический" и "неврозоподобный". Тем не менее отсутствие традиционного деления на неврозы и психозы, уделение значительного внимания поведенческим расстройствам, представленность большинства расстройств в виде синдромальных рубрик способствовали значительному расширению диагностических возможностей пограничной психиатрии, уточнению и разграничению ее понятий. В то же время это сделало еще менее определяемыми и без того с трудом различимые границы между психиатрией "большой" и "малой", вызвало затруднения в обозначении эндогенного и психогенного. В частности, при диагностировании депрессивного эпизода МКБ-Х предлагает фиксировать так называемый соматический симптом теми, кто хотел бы этого, допуская возможность игнорирования его без потери другой информации. Весьма непросто на практике оказывается и отграничение шизотипического личностного расстройства как от шизоидного расстройства личности, так и от различных форм вялотекущей шизофрении. Вышеизложенное предопределило возникновение многочисленных и порой жестких дискуссий как на различных научных форумах, так и на страницах профессиональной печати, в том числе и в "МГ", о несовершенстве и "американизированности" МКБ-Х и необходимости разработки отечественной психиатрической классификации. Тем не менее, учитывая тот факт, что МКБ-Х является действующей, а отечественной классификации нет, мы приводим свое видение пограничной психической патологии в соответствии с первой. Исходя из сказанного, к пограничным психическим расстройствам могут быть отнесены:

1. Органические, включая симптоматические, психические расстройства (F-06):

- непсихотическое депрессивное расстройство органической природы (F06.36);
- органическое тревожное расстройство (F06.4);
- органическое диссоциативное расстройство (F06.5);
- органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство (F06.6);
- легкое когнитивное расстройство (F06.7);
- другие непсихотические расстройства, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга или соматической болезнью (F06.82);
- неуточненные непсихотические расстройства, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга или соматической болезнью (F06.92);
- расстройства личности и поведения, обусловленные болезнью, повреждением или дисфункцией головного мозга (F07).

2. Расстройства настроения (аффективные расстройства) (F-3):

- депрессивный эпизод легкой степени (F32.0);
- депрессивный эпизод средней степени (F32.1);
- депрессивный эпизод тяжелой степени без психотических симптомов (F32.2);
- рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод легкой степени (F33.0);
- рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод средней степени (F33.1);
- рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод тяжелой степени без психотических симптомов (F33.2);
- циклотимия (F34.0);
- дистимия (F34.1).

3. Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства (F-4):

- фобические тревожные расстройства (F40);
- другие тревожные расстройства (F41);
- обсессивно-компульсивное расстройство (F42);
- реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации (F43);

- диссоциативные (конверсионные) расстройства (F44);
- соматоформные расстройства (F45);
- неврастения (48.0).

4. Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами (F-5):

- расстройства приема пищи (F50);
- расстройства сна неорганической этиологии (F51);
- сексуальные расстройства (дисфункции), не обусловленные органическими нарушениями или болезнями (F52).

5. Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте (F-6).

Практическая часть:

Задание 1.

Используя рекомендуемые источники информации, повторите учебный материал по заданной теме.

Задание 2.

Решите тестовые задания:

Вопрос № 1

К особенностям дистимий у психопатов относятся

- а) более выраженные психопатические расстройства с преобладанием мрачности, уныния, чувства досады, обиды на несправедливость жизни
- б) депрессивный аффект нестойкий, идеаторная и моторная заторможенность отсутствуют
- в) при дисфорическом варианте - злобность, гневливость, чувство внутреннего напряжения, часто агрессия
- г) все перечисленные
- д) верно б) и в)

Вопрос № 2

Для неврастенической гастралгии характерно все перечисленное, исключая

- а) возникновение неприятных ощущений в эпигастрии (тяжести, распирания, переполнения желудка, болей)
- б) зависимость от времени приема пищи
- в) полиморфность, неопределенность ощущений
- г) роль в их возникновении ятрогений
- д) роль психогенно-эмоционального фактора

Вопрос № 3

Медикаментозная терапия при психопатиях показана

- а) в периоды острых и затяжных реакций и фаз
- б) при выраженных личностных аномалиях и в случаях с частыми декомпенсациями
- в) чаще применяются транквилизаторы и нейролептики, тимолептики и ноотропы
- г) верно все перечисленное
- д) верно б) и в)

Вопрос № 4

Синдром эпилептоидных черт характера чаще проявляется в возрасте

- а) в первые годы жизни
- б) 2-3 лет
- в) 5-7 лет
- г) 12-15 лет

Вопрос № 5

Присоединение к навязчивым расстройствам истерических нарушений, сенестопатий, деперсонализации у детей характерно

- а) для обсессивного невроза
- б) для шизофрении

- в) для психастении
- г) для истерического невроза

Вопрос № 6

Лечение психогенных реакций и психозов

- а) включает широкий круг психотерапевтических и социальных мероприятий, психотропных и других лекарственных средств, физио- и трудотерапию
- б) терапевтическая практика определяется остротой и особенностями клинической картины психогении
- в) учитывает склад личности, характер психической травмы и механизмы возникновения реактивного состояния
- г) учитывает все перечисленное
- д) все перечисленное неверно

Вопрос № 7

Сознательный отказ от речи в трудной ситуации при сохранной способности управлять ею в любой момент характеризует элективный мутизм

- а) при истерическом неврозе
- б) при логофобии
- в) при патохарактерологических реакциях
- г) при реактивной депрессии

Вопрос № 8

Фазы при психопатиях

- а) возникают без видимой причины, аутононо
- б) не исключена их связь с внешними влияниями, психогенными воздействиями, менструальным циклом, соматическими заболеваниями, изменениями погоды
- в) стойкие фазы свидетельствуют о более глубоком (по сравнению с реактивно обусловленной декомпенсацией) нарушении
- г) верно все перечисленное
- д) все перечисленное неверно

Вопрос № 9

Трудовая экспертиза реактивных состояний исходит из того, что

- а) большинство реактивных состояний преходящие и не приводят к инвалидности
- б) при острых реактивных психозах имеет место временная нетрудоспособность
- в) при затяжных состояниях может быть установлена временная инвалидность
- г) верно все перечисленное
- д) все перечисленное неверно

Вопрос № 10

Течение и прогноз неврозов характеризуется

- а) редкими, сравнительно кратковременными состояниями
- б) рецидивирующим и затяжным течением
- в) переходной в невротическое развитие
- г) всем перечисленным
- д) ничем из перечисленного

Вопрос № 11

Основными свойствами возбудимой психопатии являются

- а) крайний эгоизм и себялюбие
- б) обидчивость и подозрительность
- в) вязкость аффекта, педантичность, обстоятельность, тугоподвижность мышления
- г) все перечисленные
- д) ничего из перечисленного

Вопрос № 12

Особенностями психастении являются

- а) симптом пониженной активности

- б) снижение особого "психологического направления", полнота которого определяет психическую деятельность
- в) нарушение "фокуса" психической деятельности, четкости, завершенности мышления
- г) дисгармоническое преобладание абстрактного над чувственным
- д) все перечисленные

Вопрос № 13

Сочетание полиморфных страхов, заострения преморбидных особенностей личности, общеневротических расстройств в межприступном периоде при неврозе страха характерно

- а) для первого периода невроза
- б) для второго этапа невроза
- в) для третьего этапа невроза
- г) для любого этапа динамики невроза

Вопрос № 14

Затяжное течение аффективно-шоковых реакций с преобладанием астенических и истерических расстройств характерно

- а) для дошкольного и младшего школьного возраста
- б) для школьного возраста
- в) для подросткового возраста
- г) для юношеского возраста

Вопрос № 15

Для невротической астении у детей характерно

- а) связь с психо- или соматогенией
- б) выраженный физический характер
- в) головные боли по типу "каска"
- г) все перечисленное

Самостоятельная работа.

Студенты проводят обследование больных. Преподаватель контролирует и корректирует их действия.

Работа с лекционным материалом, учебниками, справочниками и другими источниками

Работа с дополнительной литературой. Подготовка сообщения по одному из изучаемых заболеваний.

Подготовить таблицу: Работа с дополнительной литературой. Подготовка сообщения по одному из изучаемых заболеваний.

Подготовьте сообщение на тему "особенности течения психических заболеваний у детей"

Решить ситуационные задачи.

Практические занятия №13 Алкоголизм, наркомания, токсикомании

Студент должен уметь:

- планировать обследование пациента;
- осуществлять сбор анамнеза;
- применять различные методы обследования пациента;
- формулировать предварительный диагноз в соответствии с современными классификациями;
- интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов диагностики;
- оформлять медицинскую документацию.

Студент должен знать:

- топографию органов и систем организма в различные возрастные периоды;

- биоэлектрические, биомеханические и биохимические процессы, происходящие в организме;
- основные закономерности развития и жизнедеятельности организма;
- строение клеток, тканей, органов и систем организма во взаимосвязи с их функцией в норме и патологии;
- основы регуляции физиологических функций, принципы обратной связи, механизм кодирования информации в центральной нервной системе;
- определение заболеваний;
- общие принципы классификации заболеваний;
- этиологию заболеваний;
- патогенез и патологическую анатомию заболеваний;
- клиническую картину заболеваний, особенности течения, осложнения у различных возрастных групп;
- методы клинического, лабораторного, инструментального обследования.

Обеспечение занятия.

1. Оборудование:

- фантомы, муляжи;
- методическое пособие для студентов по теме;
- презентация, учебный фильм по пальпации, перкуссии, аускультации.
- аппаратура, приборы, инструменты, необходимые для диагностики больных.

2. Технические средства обучения:

- компьютер;
- мультимедийный проектор;
- классная доска (меловая/маркерная);

3. Наглядные пособия: учебно-методический материал, фантомы и оборудование для отработки практических манипуляций тесты, ситуационные задачи, иллюстрации.

Организационный момент

Преподаватель заполняет журнал, отмечает отсутствующих, проверяет готовность группы и аудитории к занятию. Определяется тема и учебные цели, проясняются вопросы, возникшие у студентов при подготовке к данному занятию.

Порядок оказания наркологической помощи определили принятие Федерального закона "О наркотических средствах и психотропных веществах" и Основы законодательства об охране здоровья граждан.

В соответствии с этими документами, наркологическая помощь оказывается больным по их просьбе или с их согласия.

Больным наркоманией, находящимся под медицинским наблюдением и продолжающим потреблять наркотические средства или психотропные вещества без назначения врача либо уклоняющимся от лечения, а также лицам, осужденным за совершение преступлений и нуждающимся в лечении от наркомании, по решению суда назначаются принудительные меры медицинского характера.

Наркологическая помощь больным наркоманией включает обследование, консультирование, диагностику, лечение и медико-социальную реабилитацию. Диагностика, обследование, консультирование и медико-социальная реабилитация проводятся в учреждениях государственной, муниципальной или частной систем здравоохранения. Лечение— только в государственных и муниципальных учреждениях, приватизация и передача в доверительное управление учреждений, оказывающих наркологическую помощь, запрещаются.

В настоящее время оказание наркологической помощи осуществляется учреждениями общей лечебной сети (психиатрические, психоневрологические и многопрофильные больницы), а также сетью специализированных наркологических учреждений, к последним относятся наркологические диспансеры (отделения, кабинеты),

отделения неотложной наркологической помощи и наркологические реабилитационные центры. Методическое руководство осуществляет Научно-исследовательский институт наркологии МЗ РФ.

Основным звеном в организации наркологической помощи населению является наркологический диспансер — самостоятельное ЛПУ, которое организует широкую профилактическую работу и оказывает специализированную помощь.

С целью организации и проведения диагностики и лечения опьянения и абстинентного синдрома, вызванных употреблением алкогольных напитков или наркотических средств, состояния алкогольного или интоксикационного психоза и оказания консультативной и организационно-методической помощи лечебно-профилактическим учреждениям организуются отделения неотложной наркологической помощи. Такие отделения создаются во всех республиканских, городских, районных центрах и в городах с населением 100 тыс. человек и более. Отделения неотложной наркологической помощи входят в состав наркологических учреждений, а при их отсутствии — в состав крупных многопрофильных больниц. В населенных пунктах с численностью населения менее 100 тыс. человек в многопрофильных больницах организуются палаты неотложной наркологической помощи.

Специализированную реабилитационную помощь в настоящее время оказывают наркологические реабилитационные центры. Центры могут являться структурным подразделением наркологического учреждения или быть самостоятельным учреждением здравоохранения. Они осуществляют меры по социальному восстановлению выздоравливающих больных и лечению психических, общесоматических и неврологических осложнений основного заболевания.

Прием больных в центр осуществляется по направлению наркологических учреждений (кабинетов). Пациент должен дать добровольное письменное согласие. При поступлении с больным заключается договор.

Реабилитационная помощь больным в центре оказывается конфиденциально. Продолжительность пребывания на реабилитации определяется физическим и психическим состоянием больного, его социальным статусом, достигнутыми результатами и соглашением между пациентом и учреждением.

Задача реабилитационного центра состоит в закреплении терапевтического успеха, достигнутого в наркологических учреждениях (отделениях), и реинтеграции пациентов в общество.

Основными принципами деятельности наркологических учреждений должны быть добровольность и конфиденциальность.

Наркологическая помощь должна быть многоступенчатой, поливариантной, преемственной и дифференцированной и направленной:

- 1) на первичную профилактику;
- 2) на диагностику, неотложную помощь, лечение;
- 3) на вторичную профилактику (предупреждение и купирование рецидивов у больных алкоголизмом) и реабилитацию.

Практическая часть:

Задание 1.

Используя рекомендуемые источники информации, повторите учебный материал по заданной теме.

задание 2.

Решите тестовые задания:

Вопрос № 1

В задачу подросткового наркологического кабинета входит

- а) выявление и диспансерный учет подростков, больных алкоголизмом, наркоманиями
- б) выявление и профилактический учет подростков, склонных к злоупотреблению

алкоголем, но не больных алкоголизмом

- в) проведение экспертизы алкогольного опьянения
- г) все перечисленное

Вопрос № 2

В задачи наркологического диспансера входит все перечисленное, кроме

- а) раннего выявления лиц, злоупотребляющих алкоголем, немедицинским употреблением лекарственных, наркотических и токсикоманических средств
- б) учета и динамического наблюдения больных алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями
- в) вытрезвления лиц в состоянии опьянения
- г) социально-бытовой помощи больным, находящимся под наблюдением диспансера
- д) проведения медицинского освидетельствования лиц, направляемых на принудительное лечение по поводу алкоголизма, наркоманий и токсикоманий

Вопрос № 3

При проведении антиалкогольной профилактической работы с лицами, проходящими лечение от алкоголизма, необходимо ориентировать их

- а) на полное воздержание от алкоголя
- б) на возможность эпизодического употребления небольших доз через полгода
- в) на возможность эпизодического употребления небольших доз через 1 год
- г) на возможность употребления небольших доз через 3 года

Вопрос № 4

Целостная система организации наркологической помощи в России включает в себя

- а) учреждения здравоохранения
- б) соответствующие структуры МВД
- в) общественные организации
- г) все перечисленное

Вопрос № 5

Объектом антитоксикоманической санитарно-гигиенической работы являются

- а) все подростки
- б) неблагополучные подростки
- в) лица, замеченные в эпизодическом применении токсикоманических средств
- г) лица, больные токсикоманией
- д) все контингенты граждан

Вопрос № 6

Целью наркологической службы является оказание

- а) лечебно-профилактической помощи
- б) медико-социальной помощи
- в) медико-юридической помощи
- г) всего перечисленного

Вопрос № 7

Объектом санитарно-гигиенического антиалкогольного просвещения являются

- а) школьники, учащиеся техникумов, ПТУ, студенты
- б) преподаватели, работники органов внутренних дел, работники прокуратуры, юстиции, работники торговли
- в) пьющие граждане
- г) все граждане

Вопрос № 8

В задачи организационно-методического консультативного отдела наркологического диспансера входит

- а) изучение заболеваемости наркологическими заболеваниями среди населения
- б) анализ эффективности оказываемой лечебной и профилактической помощи

в) консультативная и организационно-методическая помощь наркологическим кабинетам амбулаторно-поликлинических учреждений

г) составление ежегодных оперативных планов лечебно-профилактической помощи больным алкоголизмом, наркоманиями, токсикоманиями

д) все перечисленное

Вопрос № 9

Отделение внебольничной помощи наркодиспансера включает в себя, кроме кабинетов участковых психиатров-наркологов

а) кабинет анонимного лечения

б) кабинет профилактической медицинской помощи и антиалкогольной пропаганды

в) кабинеты терапевта, невропатолога, психолога

г) кабинет экспертизы алкогольного опьянения

д) все перечисленные кабинеты

Вопрос № 10

Деонтология - наука о долге врача и среднего медперсонала, который состоит в том, чтобы:

1) обеспечить наилучшее лечение

2) создать благоприятную обстановку для выздоровления больного

3) установить доверительные отношения: больной - врач, врач - больной, врач - родственники больного, врач- медперсонал, врач - другой врач

а) верно все перечисленное

б) верно 1

в) верно 2

г) верно 3

д) верно 2, 3

Вопрос № 11

Кабинет психиатра-нарколога в общесоматической поликлинике осуществляет

а) консультативную работу

б) лечебно-диагностическую работу

в) способствует приближению специализированной помощи к населению

г) все перечисленное

Вопрос № 12

Этические нормы врача определяются

а) умением и навыками

б) законами и приказами

в) этническими, региональными особенностями и нормами

г) моральной ответственностью перед обществом

Вопрос № 13

Решение о назначении принудительного лечения принимается

а) участковым психиатром-наркологом

б) комиссией по борьбе с пьянством и алкоголизмом

в) судом

г) отделением милиции

Вопрос № 14

Задачами антиалкогольной санитарно-гигиенической работы являются

а) ориентация на полную трезвость

б) ориентация на умеренное, дозированное потребление алкоголя

в) все перечисленные

Вопрос № 15

В задачи врачей общесоматической сети входит

а) выявление лиц, страдающих пьянством и алкоголизмом, и направление их на лечение в наркоучреждения

- б) раннее выявление и лечение заболеваний, связанных с пьянством и алко-голизмом
- в) проведение антиалкогольной санитарно-гигиенической работы
- г) все перечисленное

Вопрос № 16

Дифференцированный подход в проведении антиалкогольной санитарно-гигиенической работы предполагает учет всего перечисленного, кроме

- а) пола слушателей
- б) возраста
- в) образования
- г) профессии
- д) вида предпочитаемого спиртного: пиво, вино, водка, коньяки и т.д.

Вопрос № 17

В задачи медицинского вытрезвителя входит следующее

- а) кратковременная изоляция лиц, находящихся в сильном алкогольном опьянении
- б) проведение отрезвляющих мероприятий
- в) проведение санитарно-просветительной и воспитательной работы
- г) все перечисленное

Вопрос № 18

Главный внештатный психиатр-нарколог назначается

- а) вышестоящим органом здравоохранения республики, края, области, района, города на общественных началах
- б) министром здравоохранения РФ
- в) министрами здравоохранения республик, входящих в состав РФ

Вопрос № 19

Целью создания наркологических отделений при промпредприятии является

- а) более полное выявление лиц, страдающих алкоголизмом или злоупотребляющих алкоголем
- б) максимальное приближение специализированной помощи к населению
- в) использование труда лиц, страдающих алкоголизмом
- г) все перечисленное

Вопрос № 20

Деятельность главного внештатного психиатра-нарколога определяется

- а) приказом Минздрава РФ
- б) приказами министерств здравоохранения республик, входящих в состав РФ
- в) положением о главном внештатном наркологе
- г) всем перечисленным

Критерии оценки:

- обоснованность и чёткость ответов на вопросы преподавателя
- правильность решения тестовых заданий.

Контроль выполнения:

- фронтальная и индивидуальная проверка рабочих тетрадей
- фронтальный и индивидуальный опрос
- решение ситуационных задач
- выписывание рецептов на доске

Самостоятельная работа.

Студенты проводят обследование больных. Преподаватель контролирует и корректирует их действия.

Работа с лекционным материалом, учебниками, справочниками и другими источниками

Работа с дополнительной литературой. Подготовка сообщения по одному из изучаемых заболеваний.

Подготовить таблицу: Работа с дополнительной литературой. Подготовка сообщения по одному из изучаемых заболеваний.

Написание алгоритмов объективного обследования пациентов при изучаемых заболеваниях. Решить ситуационные задачи.