ЛЕКЦИОННЫЙ КОМПЛЕКС

Дисциплина: «Пропедевтика внутренних болезней»

Код дисциплины: PVB 3226

Название и шифр ОП: 6B10116 «Педиатрия»

Объем учебных часов/кредитов: 150ч. / 5 кредитов

Курс и семестр изучения: 3 курс, V семестр

Объем лекций: 10

Шымкент, 2025 г.

Лекционный комплекс разработаны в соответствии с рабочей учебной программой дисциплины (силлабусом) и обсуждены на заседании кафедры.

Протокол: № 11 « 26 » 06 2025г.

Зав.кафедрой, д.м.н., профессор Бекмурзаева Э.К. _____

Лекция №1

1. Тема: Опрос, осмотр и пальпация, перкуссия, аускультация грудной клетки больных с патологией дыхательной системы. Диагностическое значение.

2. Цель: Ознакомить студентов с основными методами обследования дыхательной системы. Научить правильно выполнять каждый метод. Показать диагностическое значение клинических признаков.

3. Тезисы лекции:

I. Опрашивание (сбор анамнеза)

Методика: спокойно выслушать жалобы пациента, выяснить начало, течение и провоцирующие факторы заболевания. Уточнить анамнез жизни (курение, профессия, контакт с туберкулёзом).

Значение: по характеру кашля, мокроты, кровохарканья и одышки формируется предварительный диагноз.

II. Осмотр

Методика: раздеть пациента до пояса, осмотреть в хорошо освещённом помещении. Оценить форму грудной клетки спереди, сбоку и сзади. Подсчитать частоту дыхательных движений за 1 минуту. Определить тип дыхания (грудной, брюшной, смешанный). Отметить участие вспомогательных мышц, наличие цианоза.

Значение: при плеврите отмечается асимметрия дыхания, при эмфиземе грудная клетка приобретает «бочкообразную» форму, при дыхательной недостаточности наблюдаются тахипноэ и центральный цианоз.

III. Пальпация

Методика: ладони кладут на переднюю, боковую и заднюю поверхность грудной клетки, оценивают дыхательные экскурсии. Пациента просят громко произнести «один-два», сравнивают голосовое дрожание на симметричных участках. При необходимости пальпируют межрёберья для выявления болезненности.

Значение: голосовое дрожание усиливается при уплотнении лёгочной ткани (пневмония), ослабляется при скоплении жидкости или воздуха в плевральной полости (плеврит, пневмоторакс). Асимметрия дыхательной экскурсии указывает на ателектаз или плевральный выпот.

IV. Перкуссия

Методика: пациента усаживают или ставят. Средний палец левой руки (плессиметр) плотно прикладывают к поверхности грудной клетки, по нему наносят короткий удар средним пальцем правой руки. Сравнивают звук на симметричных участках (сравнительная перкуссия), затем определяют границы лёгких (топографическая перкуссия).

Значение: в норме определяется ясный лёгочный звук. При пневмонии наблюдается притупление, при эмфиземе – коробочный оттенок, при пневмотораксе – тимпанический звук.

V. Аускультация

Методика: пациента усаживают, раздевают до пояса. Стетоскоп прикладывают к симметричным участкам грудной клетки. В каждом месте пациента просят глубоко вдохнуть и выдохнуть ртом. Прослушивают переднюю, боковую и заднюю поверхность. При необходимости проверяют бронхофонию (шёпот «один-два»).

Значение: в норме выслушивается везикулярное дыхание. При пневмонии – бронхиальное дыхание и крепитация, при бронхите – сухие хрипы, при отёке лёгких – мелкопузырчатые влажные хрипы, при плеврите – шум трения плевры.

Дополнительные исследования

Рентгенография позволяет выявить очаги инфильтрации, опухоль, жидкость в плевральной полости. КТ и МРТ уточняют структуру лёгких. Спирография применяется для оценки функции

внешнего дыхания. Исследование мокроты проводится бактериологическим, цитологическим и молекулярным методами (ПЦР).
3. Иллюстративный материал: Презентация с изображениями и видео выполнения методов исследования.
4. Литература: Основная и дополнительная литература по силлабусу.
5. Контрольные вопросы:
1. Назовите основные методы исследования дыхательной системы.
2. В каких случаях голосовое дрожание усиливается, а в каких ослабляется?
3. Какой перкуторный звук характерен для эмфиземы?
4. Назовите аускультативные признаки пневмонии.
5. Какие патологические признаки можно выявить при осмотре грудной клетки?

№2 лекция

1. Тема: Ведущие клинические синдромы (уплотнения легочной ткани, нарушения бронхиальной проходимости, повышения воздушности в легком, наличия жидкости и полости в легком, дыхательная) в пульмонологии.

2. Цель: Познакомить студентов с основными клиническими синдромами в пульмонологии, их клиническими проявлениями, особенностями выявления при физикальном обследовании и диагностическим значением.

3. Тезисы лекции:

I. Синдром уплотнения лёгочной ткани
Причины: пневмония, ателектаз, инфаркт лёгкого, опухоли.
Клинические признаки:
- Ограничение дыхательной экскурсии.
- Усиление голосового дрожания.
- При перкуссии – тупой звук.
- При аускультации – бронхиальное дыхание, крепитация, мелкопузырчатые хрипы.

Значение: позволяет выявить пневмонию, инфильтративный туберкулёз.
II. Синдром нарушения бронхиальной проходимости
Причины: острый и хронический бронхит, бронхиальная астма, инородное тело.
Клинические признаки:
- Экспираторная одышка.
- Удлинённый выдох с «свистящими» звуками.
- При перкуссии – коробочный оттенок (при гипервентиляции).
- При аускультации – сухие хрипы (свистящие, жужжащие).

Значение: характерен для астмы, обструктивного бронхита, инородных тел дыхательных путей.
III. Синдром повышенного содержания воздуха в лёгких (эмфизема)
Причины: хроническая обструктивная болезнь лёгких (ХОБЛ), бронхиальная астма, деструктивные процессы лёгочной ткани.
Клинические признаки:
- «Бочкообразная» грудная клетка.
- Поверхностное и учащённое дыхание.
- При перкуссии – коробочный звук.
- Дыхательные шумы ослаблены.

Значение: основной диагностический признак хронических обструктивных заболеваний.
IV. Синдром наличия жидкости или полостей в лёгких
Причины: плевральный выпот, гидроторакс, абсцесс лёгкого, каверна, булла.
Клинические признаки:

• При перкуссии: над жидкостью – тупой звук, над полостью – тимпанический.
• При аускультации: над полостью – амфорическое дыхание, над жидкостью – ослабленное дыхание.
Значение: важен для диагностики плеврита, абсцесса лёгкого, кавернозного туберкулёза.
V. Синдром дыхательной недостаточности
Причины: острые и хронические заболевания лёгких, травмы грудной клетки, опухоли.
Клинические признаки:
• Одышка (частое, поверхностное дыхание).
• Цианоз кожи и слизистых оболочек.
• Участие вспомогательных мышц в дыхании.
• Гипоксемия (снижение парциального давления кислорода в крови).
Значение: раннее выявление жизнеугрожающих состояний (отёк лёгких, ОРДС).
Дополнительные исследования
• Рентгенография, КТ, МРТ.
• Спирография, пневмотахометрия.
• Бактериологическое, цитологическое исследование мокроты.
• Анализ газов крови.
4. Иллюстрационный материал
Слайды с изображениями, рентгенограммами, клиническими примерами.
5. Литература
Основная и дополнительная литература по силлабусу.
6. Контрольные вопросы
1. Назовите признаки синдрома уплотнения лёгочной ткани.
2. Какие хрипы характерны для нарушения бронхиальной проходимости?
3. Укажите основные физикальные признаки эмфиземы.
4. Как выявить наличие полости или жидкости в лёгких?
5. Назовите клинические проявления дыхательной недостаточности.

№3 лекция

1. Тема: Опрос, осмотр, пальпация, перкуссия и аускультация больных с патологиями сердечно-сосудистой системы. Диагностическое значение.

2. Цель: Познакомить студентов с методами клинического исследования сердечно-сосудистой системы. Научить правильно выполнять каждый метод. Показать диагностическое значение клинических признаков при заболеваниях сердца и сосудов.

3. Тезисы лекции:
I. Опрашивание (сбор анамнеза)
Жалобы:
• Боли в области сердца (стенокардия, инфаркт миокарда).
• Одышка (сердечная недостаточность, лёгочная гипертензия).
• Сердцебиение, перебои в работе сердца.
• Слабость, головокружение, обмороки (аритмии, гипотензия).
• Отёки ног, увеличение печени (правожелудочковая недостаточность).
Значение: характер жалоб, их продолжительность и связь с нагрузкой помогают установить вид патологии сердца.
II. Осмотр
• Общее состояние: бледность, акроцианоз, цианоз губ.
• Отёки: на ногах, под глазами, при тяжёлом течении – анасарка.
• Область сердца: усиленный или смещённый верхушечный толчок.

- Вены шеи: набухание при правожелудочковой недостаточности.

Значение: позволяет выявить признаки сердечной недостаточности, клапанных пороков, застойных явлений в большом круге кровообращения.

III. Пальпация

- Верхушечный толчок: его локализация, сила, площадь. При гипертрофии левого желудочка – усиленный и смещённый.
- Патологическая пульсация («кошачье мурлыканье»): определяется при выраженных клапанных пороках (митральный стеноз, аортальный стеноз).
- Периферический пульс: частота, ритм, наполнение, напряжение.

Значение: помогает выявить гипертрофию и дилатацию камер сердца, клапанные пороки.

IV. Перкуссия

- Определение границ сердца: относительной и абсолютной тупости.
- Форма сердца: в норме – конусовидная.
- Патология: расширение границ (кардиомегалия, экссудативный перикардит), смещение (патология лёгких, опухоли).

Значение: позволяет выявить увеличение размеров сердца, дилатацию и гипертрофию полостей, жидкость в перикарде.

V. Аускультация

Тоны сердца:

- Усиление или ослабление I и II тонов.
- Появление дополнительных тонов (III и IV) при сердечной недостаточности, дилатации.

Шумы:

- Органические – при клапанных пороках (митральный стеноз, аортальная недостаточность).
- Функциональные – при анемии, тахикардии, тиреотоксикозе.

Нарушения ритма: экстрасистолия, мерцательная аритмия, блокады сердца.

Значение: позволяет диагностировать клапанные пороки, сердечную недостаточность, нарушения ритма.

Дополнительные исследования

- Электрокардиография (ЭКГ).
- Эхокардиография (ЭхоКГ).
- Холтеровское мониторирование.
- Суточное мониторирование артериального давления.
- Лабораторные исследования (тропонин, BNP).

4. Иллюстрационный материал: Схемы точек аускультации, ЭКГ-примеры, рентгенограммы.
5. Литература: Основная и дополнительная литература по силлабусу.
6. Контрольные вопросы:

1. Назовите основные жалобы у пациентов с сердечно-сосудистой патологией.
2. Как изменяется верхушечный толчок при гипертрофии левого желудочка?
3. Как определяются границы сердца при перкуссии?
4. Какие патологические шумы можно выявить при аускультации сердца?
5. Основные признаки сердечной недостаточности.

Лекция №4

Тема: Ведущие клинические синдромы (повышения артериального давления и ишемическая болезнь сердца. Острая и хроническая коронарная недостаточность, пораженние клапанного аппарата) в кардиологии.

1. Цель:

Научить студентов основным признакам артериальной гипертензии (АГ) и ишемической болезни сердца (ИБС), объяснить механизмы развития симптомов, рассмотреть причины АГ и ИБС, ознакомить с изменениями, характерными для этих заболеваний при лабораторных и инструментальных исследованиях, показать их диагностическое значение.

2. Тезисы лекции:

I. Артериальная гипертензия (АГ)

- АГ – одно из самых распространенных заболеваний сердечно-сосудистой системы. У мужчин 40–50 лет встречается в 25% случаев.
- Часто выявляется впервые при обследовании, когда уже имеются выраженные изменения со стороны органов-мишеней (сердце, почки, мозг, глаза).
- Поэтому измерение артериального давления должно проводиться у каждого пациента, обратившегося в клинику.

Физиология артериального давления:

- У здорового человека давление поддерживается в определённых пределах за счёт работы сердца, сосудов и регуляторных механизмов (нервных и гуморальных).
- Уровень давления зависит от:

1. Сердечного выброса (систолическая функция).
2. Общего периферического сосудистого сопротивления (ОПСС).

Механизмы повышения АД:

- Увеличение сердечного выброса.
- Повышение сосудистого сопротивления.
- Увеличение внутрисосудистого и внеклеточного объёма жидкости.
- Изменение тонуса венозной системы → влияет на возврат крови к сердцу.
- Значение имеет состояние вегетативной нервной системы, особенно симпатической, гормональные влияния (ренин-ангиотензин-альдостероновая система, натрийуретический фактор, брадикинины).
- Наследственные факторы определяют предрасположенность к АГ.

II. Синдром поражения миокарда

Причины: инфаркт миокарда, миокардит, миокардиодистрофия, кардиосклероз, кардиомиопатии.
Функции миокарда: автоматизм, возбудимость, проводимость, сократимость.

Клинические проявления:

- Боли стенокардитического характера (сжимающие, за грудиной, с иррадиацией в левую руку, под лопатку).
- Длительные колющие боли в области верхушки сердца.
- Перебои в работе сердца, сердцебиение, слабость.

Физикальные признаки:

- Аритмичный пульс.
- Смещение границ сердца влево.
- Ослабление I тона на верхушке, систолический шум.
- «Маятникообразный ритм», «ритм перепела».

Инструментальные данные:

- ЭКГ: нарушения ритма и проводимости, признаки ишемии.
- Рентген: увеличение размеров сердца.
- ЭхоКГ: гипокинезия, акинезия, дискинезия миокарда, гипертрофия, дилатация, клапанная недостаточность.

III. Ишемическая болезнь сердца (ИБС)

- Возникает при несоответствии между потребностью миокарда в кислороде и его доставкой вследствие сужения коронарных артерий.

- Основная причина – атеросклероз коронарных сосудов.
- Коронароспазм усиливает ишемию.

Формы коронарной недостаточности:

Острые:

- Нестабильная стенокардия (впервые возникшая, прогрессирующая, учащение и удлинение приступов, снижение толерантности к нагрузке).
- Острый инфаркт миокарда.
- Ранняя постинфарктная стенокардия.

Хронические:

- Стенокардия напряжения.
- Стенокардия покоя.

Гемодинамически значимые стенозы:

- При сужении просвета коронарных артерий на 30–45% снижается максимальный коронарный кровоток.
- Сужение основного ствола левой коронарной артерии на 50% и более вызывает приступы ишемии.

3. Дополнительные исследования

- Электрокардиография (ЭКГ).
- Эхокардиография.
- Холтеровское мониторирование.
- Коронарография.
- Лабораторные: тропонин, КФК, липидограмма.

4. Иллюстрационный материал

Презентация (ЭКГ при ишемии и инфаркте, эхокардиография, коронарография).

5. Литература

Основная и дополнительная – указана в силлабусе.

6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Какие показатели артериального давления соответствуют артериальной гипертензии?
2. Каковы основные механизмы повышения артериального давления?
3. Назовите ведущие признаки синдрома поражения миокарда.
4. Какие изменения выявляются на ЭКГ при ишемической болезни сердца?
5. Какие формы относятся к острой коронарной недостаточности?
6. Каковы основные жалобы при ишемической болезни сердца?
7. Какова морфологическая основа развития коронарной недостаточности?

Лекция №5

1.Тема: Ведущие клинические синдромы (острая и хроническая коронарная недостаточность).

2. Цель: Научить студентов сбору жалоб и анамнеза, методике целенаправленного обследования больного с коронарной недостаточностью и выявлению типичных для этого заболевания симптомов и изменений в лабораторно-инструментальных методах исследования.

3. Тезисы лекции:

Синдром коронарной недостаточности – одно из наиболее ведущих проблем во врачебной практике из – за влияния на состояние здоровья пациента, а также из – за риска фатальных состояний, трудностей диагностики, социального значения.

Патоморфологической основой коронарной недостаточности является атеросклероз венечных артерий, приводящий к абсолютной или относительной недостаточности коронарного кровообращения, развитию ИБС.

В коронарном синдроме выделяют острую и хроническую формы. К острым формам относят нестабильную стенокардию; впервые возникшую; прогрессирующую, с учащением, большей продолжительностью приступов, снижением толерантности к физической нагрузке, недостаточной эффективностью антиангинальной терапии; острый инфаркт миокарда; раннюю постинфарктную стенокардию. Хронические формы: стенокардия напряжения: стенокардия покоя.

Ишемическая болезнь сердца – это острое или хроническое поражение сердечной мышцы, обусловленное несоответствием между потребностью миокарда в кислороде и его доставкой вследствие сужения просвета коронарных артерий сердца.

Атеросклеротические изменения коронарных сосудов повышают склонность к коронароспазму. Такие сосуды не реагируют на сосудорасширяющие воздействия.
При уменьшении просвета сосуда на 30 – 45% начинает снижаться величина максимального кровотока. Сужение основного ствола левой коронарной артерии на 50%, возможно, появление приступов ишемии.
4. Иллюстративный материал: презентация.
5. Литература: в силлабусе указана.
6. Контрольные вопросы (обратная связь):
1. Что такое синдром коронарной недостаточности?
2. Какие знаете причины развития коронарной недостаточности?
3. Какие формы коронарной недостаточности знаете?
4. Что такое атеросклероз?
5. Что относится к острым формам коронарной недостаточности?

Лекция №6

1. Тема: Методы исследования больных с патологией пищеварительной системы. Пальпация, перкуссия, аускультация. Ведущие клинические синдромы в гастроэнтерологии. Диагностическое значение.

2. Цель: На основе интеграции фундаментальных и клинических дисциплин обучить студентов основам клинического обследования органов пищеварения в норме и патологии, диагностировать патологические синдромы при физикальном и лабораторно-инструментальном обследовании больного.

3. Тезисы лекции:

Эзофагит (oegophagitis) — воспаление пищевода, обычно затрагивающее его слизистую оболочку, но в тяжелых случаях наблюдается поражение и более глубоких его слоев. Различают острые, подострые и хронические эзофагиты.

Рак является одним из наиболее частых и серьезных заболеваний пищевода. В структуре злокачественных опухолей пишеварительного тракта он составляет 20%. Раком пищевода заболевают преимущественно мужчины, обычно старше 55 лет.

Обширная группа заболеваний желудка включает в себя аномалии развития, различные функциональные расстройства его двигательной и секреторной функций (дискинезии, функциональная желудочная гиперсекреция и ахилия), заболевания воспалительной природы (острый и хронический гастрит), язвенную болезнь, полипы, доброкачественные и злокачественные опухоли, дивертикулы желудка. Могут также встречаться специфические поражения желудка при туберкулезе, сифилисе. К наиболее часто встречающимся заболеваниям желудка относятся гастрит, язвенная болезнь, рак желудка.

Синдром недостаточности (нарушения) пищеварения (син.: синдром мальдигестили) — симптомокомплекс, характеризующийся нарушением пищеварения в пищеварительном тракте. Различают следующие формы нарушения пищеварения: 1) нарушения преимущественно полостного пищеварения, которые нередко обозначаются как диспепсии в широком смысле этого слова (от греч. dyspepsia: приставка dys, означающая нарушение функции, «затруднение», pepsio — пищеварение); 2) нарушения пристеночного кишечного пищеварения; 3) смешанные формы. Выделяют также острые, подострые и хронические формы нарушений пищеварения (диспепсий).

Синдром недостаточности кишечного всасывания (син.: синдром мальабсорбции) — симптомокомплекс, возникающий вследствие расстройства процессов всасывания в тонкой кишке. Нередко сочетается с синдромом недостаточности пищеварения.

Под дуоденитом (duodenitis) понимают острое или хроническое (чаще) заболевание, при котором отмечаются воспаление и структурная перестройка слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки.

Хронический энтерит (enteritis ghronica) представляет собой длительно протекающее заболевание, при котором наблюдаются воспалительные и дистрофические изменения слизистой оболочки тонкой кишки.

Под хроническим колитом (colitis chronica) понимают длительно протекающее заболевание, при котором воспалительные и дистрофические изменения развиваются преимущественно в слизистой оболочке толстой кишки.

Холецистит (cholecystitis) — воспаление желчного пузыря. Это заболевание весьма распространено, чаще встречается у женщин.

Хронический холецистит может возникнуть после острого. но чаще развивается самостоятельно и постепенно.

Внешнесекреторная недостаточность поджелудочной железы — симптомо-комплекс, характеризующийся нарушением выделения поджелудочной железой сока, содержащего основные пищеварительные ферменты: трипсин, липазу, амилазу и др. (их более 15), а также гидрокарбонаты, обеспечивающие оптимальную для действия этих ферментов реакцию среды. Внешнесекреторная недостаточность поджелудочной железы может быть первичной (врожденной) и вторичной (приобретенной).

Панкреатит (pancreatitis) — воспаление поджелудочной железы. Различают острый и хронический панкреатит.

Хронический панкреатит (pancreatitis chronica) в большинстве случаев встречается у женщин в возрасте 30—70 лет. Он может развиться после перенесенного острого панкреатита или непосредственно как хронический вследствие воздействия тех же этиологических факторов, что и острый. У мужчин хронический панкреатит чаще является следствием хронического алкоголизма.

4. Иллюстративный материал: презентация.
5. Литература: в силлабусе указана.
6. Контрольные вопросы (обратная связь):

1. Какие Вы знаете синдромы, характерные для заболеваний пищевода?
2. Чем обусловлен возникновение синдрома дисфагии?
3. Чем обусловлен возникновение синдрома желудочной диспепсии?
4. Чем обусловлен возникновение синдрома внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы?
5. Какие Вы знаете синдромы, характерные для заболеваний желчного пузыря и поджелудочной железы?

Лекция №7

1. Тема: Ведущие клинические синдромы (желтуха и печеночная недостаточность) в гепатологии. Диагностическое значение.

2. Цель: Обучить студента детализировать жалобы, оценивать анамнестические данные, дать клиническую оценку на основании применения методов клинического исследования в сочетании с использованием лабораторных методов диагностики, выделять основные клинические синдрома при патологии гепатобилиарной системы.

3. Тезисы лекции:

Желтуха (icterus) — желтушное окрашивание кожи и слизистых оболочек, обусловленное повышенным содержанием в тканях и крови билирубина. Сыворотка крови, взятой на исследование у больных с истинной желтухой, также приобретает более или менее насыщенный желтый цвет. Желтухе сопутствуют, а иногда предшествуют изменения цвета мочи, которая приобретает темно-желтую или коричневую (цвета пива) окраску, и испражнений. которые в одних случаях становятся более светлыми или совсем обесцвечиваются, в других — приобретают насыщенный темно-коричневый цвет.

Желтуха может возникать быстро, в течение 1—2 дней. достигая значительной степени интенсивности, или постепенно и быть нерезко выраженной (субиктеричность). Нередко сами больные (или окружающие) отмечают появление у них желтушной окраски кожи, что и заставляет их обратиться к врачу. В некоторых случаях желтуха может сопровождаться мучительным кожным зудом, кожными геморрагическими кровотечениями из носа и желудочно-кишечного тракта. Желтуха может возникать при многих заболеваниях печени, желчных путей и системы крови, а также при болезнях других органов и систем. при которых вторично нарушается билирубиновый обмен. Ряд клинических симптомов, сопутствующих желтухе, до некоторой степени позволяет предположить ее тип и причину возникновения в каждом случае заболевания. Точная диагностика различных типов желтух возможна с помощью специальных лабораторных методов исследования. Портальная гипертензия характеризуется стойким повышением кровяного давления в воротной вене и проявляется расширением портокавальных анастомозов, асцитом и увеличением селезенки. Портальная гипертензия возникает вследствие нарушения оттока крови из воротной вены в результате сдавления ее извне (опухолью, увеличенными лимфатическими узлами ворот печени при метастазах рака и др.) или облитерации части ее внутрипеченочных разветвлений при хронических поражениях паренхимы печени (при циррозе), либо тромбоза воротной вены или ее ветвей. При циррозах печени разрастание и последующее рубцевание соединительной ткани на месте погибших печеночных клеток приводят к сужению или полной облитерации части печеночных синусоидов и внутрипеченочных сосудов. В результате создается препятствие току крови, портальное давление повышается, нарушается отток крови от органов брюшной полости. В этих условиях усиливается транссудация жидкости из сосудистого русла в брюшную полость и образуется асцит. В развитии асцита при циррозе печени играет роль также понижение онкотического давления плазмы в результате нарушения синтеза альбуминов в печени; имеет значение задержка натрия и воды в результате повышенной продукции альдостерона надпочечниками (вторичный гиперальдостеронизм) и недостаточной инактивации в печени его и антидиуретического гормона. Срок возникновения асцита зависит от степени развития коллатерального кровообращения — от числа портокавальных анастомозов. Нарушения портального кровообращения в течение длительного времени могут быть компенсированы тем, что кровь из воротной вены по существующим в норме анастомозам может поступать в верхнюю и нижнюю полые вены. При портальной гипертензии эти анастомозы развиваются очень сильно.

Гепатолиенальный синдром характеризуется одновременным увеличением печени и селезенки при первичном поражении одного из этих органов. Общее участие этих органов в патологических процессах (болезни печени, системы крови, некоторые инфекции, интоксикации) объясняется богатством их ретикулоэндотелиальной ткани. В некоторых случаях (например, при тромбозе

печеночных вен) одновременное увеличение печени и селезенки обусловлено венозным застоем в них. Выявить гепатолиенальный синдром позволяют методы пальпации, УЗИ и сканирования. Синдром печеночной недостаточности (insufficientia hepatis) — принятое клиницистами обозначение нарушений функции печени различной степени тяжести. Тяжелые острые и хронические заболевания печени вследствие выраженной дистрофии и гибели гепатоцитов, несмотря на значительные компенсаторные возможности этого органа, сопровождаются глубокими нарушениями его многочисленных и крайне важных для организма функций.

Печеночная кома (coma hepatica) — крайняя степень печеночной недостаточности. Патогенез печеночной комы сводится к тяжелому самоотравлению организма вследствие почти полного прекращения деятельности печени. Отравление вызывают необезвреженные продукты кишечного (бактериального) распада белка, конечные продукты обмена веществ и особенно аммиак. Токсическим действием обладают также фенолы. При печеночной недостаточности в крови накапливаются и другие токсичные вещества, нарушается электролитный обмен, в тяжелых случаях возникают гипокалиемия, алкалоз.

Среди заболеваний печени чаще всего встречаются воспалительные ее поражения — острые и хронические гепатиты, а также циррозы, гепатозы. Первичный рак печени встречается редко, но метастазы злокачественных опухолей из различных органов в печень представляют собой очень частое явление. В печени обычно локализуется эхинококк: поражается она также при описторхозе и некоторых других паразитарных инвазиях.

4. Иллюстративный материал: презентация.
5. Литература: в силлабусе указана.
6. Контрольные вопросы (обратная связь):

1. Что такое желтуха. Причины, симптомы и виды.
2. Какие знаете методы лабораторной и инструментальной диагностики желтухи.
3. Как проявляется синдром печеночно-клеточной недостаточности. Причины, симптомы.
4. Какие знаете методы лабораторной и инструментальной диагностики печеночно-клеточной недостаточности.
5. Что такое портальная гипертензия?

Лекция №8

1.Тема: Ведущие клинические синдромы (дизурический, нефротический, нефритический, гипертензивный и почечной недостаточности) в нефрологии. Диагностическое значение.

2. Цель: обучить студента детализировать жалобы, оценивать анамнестические данные, дать клиническую оценку на основании применения методов клинического исследования в сочетании с использованием лабораторных методов диагностики, выделять основные клинические синдрома при патологии мочевыделительной системы.

3. Тезисы лекции:

Отеки почечного происхождения в большинстве случаев очень характерны и легко отличимы от отеков другого происхождения, в частности сердечных. Они прежде всего возникают не на ногах, а в местах, где наиболее рыхлая клетчатка, — на веках, на лице. Почечные отеки могут быстро возникать и увеличиваться и так же быстро исчезать; в выраженных случаях они обычно более равномерно распространены по туловищу и конечностям (подобные общие отеки тела носят название анасарки). Отекают не только кожа и подкожная клетчатка, но и внутренние органы. Обычно отекает и увеличивается печень, однако при заболеваниях почек увеличение печени пропорционально увеличению других органов и никогда не бывает столь значительным, как при сердечных отеках. Большее или меньшее количество жидкости накапливается и в серозных полостях: плевральной, брюшной, в перикарде. Определить отек можно пальпацией. Наличие отека также подтверждается волдырной пробой.

Эклампсия (от греч. eclampsis — вспышка, судороги) чаще всего наблюдается при остром диффузном гломерулонефрите, но может также возникать при обострении хронического гломерулонефрита, нефропатии беременных. В патогенезе эклампсии основное значение отводится повышению внутричерепного давления, отеку мозговой ткани и церебральному ангиоспазму. При всех указанных заболеваниях эклампсия обычно возникает в период выраженных отеков и повышения артериального давления.

Почечная недостаточность (insufficientia renalis) — патологическое состояние, характеризующееся нарушением функции почек с задержкой выведения из организма продуктов азотистого обмена и расстройством водного, электролитного, осмотического и кислотно-основного равновесия.

Уремия (от греч. urina — моча и haima — кровь) — мочекровие — тяжелая интоксикация организма, обусловленная тотальной недостаточностью функции почек. Острая уремия возникает при отравлении нефротоксичными ядами (соединения ртути, свинца, четыреххлористый углерод, барбитураты и др.), переливании группонесовместимой крови и массивном гемолизе, шоковых состояниях. Хроническая уремия развивается в конечной стадии многих хронических почечных заболеваний, заканчивающихся нефросклеро-зом: хронического гломерулонефрита,
В клинической практике нередко приходится наблюдать заболевания, протекающие с поражениями почек преимущественно дистрофического характера. Подобные поражения почек раньше рассматривали как самостоятельный вид почечной патологии и выделяли под названием «липоидный нефроз». В дальнейшем выяснилось, что эта группа поражений почек не является

Токсическая почка (син.: острый нефротический синдром, острый нефроз, нефронекроз) наблюдается при острых инфекционно-токсических заболеваниях, таких, как тифы, малярии, грипп, при отравлении нефротоксичными ядами (сулема, четыреххлористый углерод), при переливании несовместимой крови, массивных ожогах и в некоторых других случаях.

Хронический нефротический синдром наблюдается при хроническом гломеру-лонефрите, малярии, сепсисе, туберкулезе, коллагенозах, сахарном диабете, амилоидозе и некоторых других заболеваниях. В более редких случаях причину возникновения нефротического синдрома установить сразу не удается. Однако в большинстве случаев детальный анализ анамнестических данных и тщательное обследование больного позволяют выявить хронический гломерулонефрит, в результате которого и возник нефротический синдром. Чаще такие формы нефротического синдрома наблюдаются в детском возрасте. Случаи, когда причина возникновения дистрофических явлений в почках остается неясной, обозначаются как липоидный нефроз.

4.Иллюстративный материал: презентация.

5.Литература: в силлабусе указана.

6. Контрольные вопросы (обратная связь):

1. Какие виды почечной недостаточности Вы знаете?
2. При каких патологиях развивается острая почечная недостаточность?
3. Каким методом можно выявить клинической картины уремии?
4. Какие лабораторные и инструментальные исследование используется для диагностики нефротического синдрома?
5. Чем отличаются почечные отеки от сердечных?

Лекция №9

1. Тема: Ведущие клинические синдромы (гипо – гипертиреоз и гипо - гипергликемии) в эндокринологии. Диагностические значение.

2. Цель: Обучить студента детализировать жалобы, оценивать анамнестические данные, дать клиническую оценку на основании применения методов клинического исследования в сочетании с

использованием лабораторных методов диагностики, выделять основные клинические синдрома при гипо – гипертиреозе и гипо - гипергликемии.

3. Тезисы лекции:

Диффузный токсический зоб (син.: базедова болезнь, morbus Basedowi) представляет собой диффузное увеличение щитовидной железы, сопровождающееся повышенной секрецией тиреоидных гормонов. Диффузный токсический зоб встречается у 0,2—0,5% населения, в основном у лиц в возрасте 20—50 лет, причем у женщин в несколько раз чаще, чем у мужчин.
Гипотиреоз (hypothyreosis) представляет собой заболевание, характеризующееся гипофункцией щитовидной железы. Термином «микседема» (буквально «слизистый отек») традиционно обозначают наиболее тяжелые формы гипотиреоза, протекающие с распространенным слизистым отеком. Заболевание чаще обнаруживается у женщин в возрасте 40—60 лет. Его удельный вес в общей структуре эндокринных заболеваний в последние годы заметно возрос.
4. Иллюстративный материал: презентация.
5. Литература: в силлабусе указана.
6. Контрольные вопросы (обратная связь):
1. Что такое гипертиреоз?
2. Чем характеризуется гипотиреоз?
3. Каким методом можно выявить гиперфункцию щитовидной железы?
4. Какие лабораторные и инструментальные исследование используется для диагностики диффузного зоба?

Эндокринное заболевание, характеризующееся синдромом хронической гипергликемии, являющейся следствием недостаточной продукции или действия инсулина, что приводит к нарушению всех видов обмена веществ, прежде всего углеводного, поражению сосудов (ангиопатии), нервной системы (нейропатии), а также других органов и систем. Два основных типа сахарного диабета: *инсулинозависимый сахарный диабет (ИЗСД) или СД I типа и инсулиннезависимый сахарный диабет (ИНСД) или СД II типа.* При ИЗСД имеет место резко выраженная недостаточность секреции инсулина β-клетками островков Лангерганса (абсолютная инсулиновая недостаточность), больные нуждаются в постоянной, пожизненной терапии инсулином, т.е. являются инсулинозависимыми. При ИНСД на первый план выступает недостаточность действия инсулина, развивается резистентность периферических тканей к инсулину (относительная инсулиновая недостаточность). Заместительная терапия инсулином при ИНСД, как правило, не проводится. Больные лечатся диетой и пероральными гипогликемизирующими средствами. В последние годы установлено, что при ИНСД имеет место нарушение ранней фазы секреции инсулина. Все симптомы СД можно поделить на две группы: симптомы гипергликемии и симптомы, специфичные для СД I или II типов.
Симптомами гипергликемии являются: жажда (в периоде декомпенсации СД пациенты могут выпивать 3-5 л и более жидкости в день, часто они употребляют немало воды ночью; чем выше гипергликемия, тем больше выражена жажда), полиурия, кожный зуд, выраженная слабость общая и мышечная (при недостатке образования энергии, гликогена и белка в мышцах), сухость во рту (в связи с обезвоживанием и снижением функции слюнных желез) и повышенная склонность к разным инфекц
4. Иллюстративный материал: презентация.
5. Литература: в силлабусе указана.
6. Контрольные вопросы (обратная связь):
1. Что такое гипергликемия?
2. Чем характеризуется гипогликемия?
3. Каким методом можно выявить гиперфункцию поджелудочной железы?
4. Какие лабораторные

Лекция №10

1.Тема: Ведущие клинические синдромы (анемический, геморрагический и тромбоцитопенический) в гематологии. Диагностические значение.

2. Цель: Обучить студента детализировать жалобы, оценивать анамнестические данные, дать клиническую оценку на основании применения методов клинического исследования в сочетании с использованием лабораторных методов диагностики, выделять основные клинические синдрома при патологии кроветворной системы.

3. Тезисы лекции:

Анемии (anaemiae) — патологические состояния, характеризующиеся снижением количества эритроцитов и(или) содержания гемоглобина в единице объема крови вследствие их общего уменьшения в организме. Анемия в переводе с греческого означает «бескровие» (an — без, haima — кровь). Более точно отражает сущность указанных состояний термин «малокровие».

Всего в настоящее время выделяют более 50 разновидностей анемий. В соответствии с происхождением выделяют следующие виды анемий.

1. Анемии вследствие кровопотерь (острых и хронических).

2. Анемии вследствие нарушенного кровообразования (при недостатке в организме железа, необходимого для построения гемоглобина эритроцитов, витамина B_{12}, необходимого для нормального эритропоэза. при угнетении деятельности костного мозга в результате эндогенного или экзогенного токсикоза, лучевого воздействия или других, в ряде случаев невыясненных причин, а также вследствие замещения красного костного мозга другой тканью — миеломными разрастаниями, множественными метастазами опухоли и др.).

3. Анемии вследствие чрезмерного кроворазрушения — гемолитические. В этой группе выделяют: а) анемии с преимущественным внесосудистым (внутриклеточным) гемолизом эритроцитов в макрофагах селезенки, в меньшей степени костного мозга и печени (анемии, обусловленные врожденной морфологической и функциональной неполноценностью эритроцитов сфероцитарная, овалоклеточная и др., аутоиммунная гемолитическая анемия), протекающие с гипербилирубинемией и спленомегалией; б) анемии с внутрисосудистым гемолизом, обычно острым (при различных токсических воздействиях, переливании группонесовместимой крови, холодовая, маршевая и др.), сопровождающимся выходом в плазму свободного гемоглобина и гемоглобинурией; при хроническом гемолизе (например, при болезни Маркиафавы—Микеле) наблюдается также гемосидероз внутренних органов. Это подразделение условно, поскольку в некоторых случаях при одной и той же форме гемолитической анемии может иметь место как внутриклеточный, так и сосудистый гемолиз.

4.Иллюстративный материал: презентация.

5.Литература: в силлабусе указана.

6. Контрольные вопросы (обратная связь):

1. Какие виды анемии Вы знаете?
2. При каких патологиях развивается анемический синдром?
3. Каким методом можно выявить апластическую анемию?
4. Какие лабораторные и инструментальные исследование используется для диагностики анемии?

: Обучить студента детализировать жалобы, оценивать анамнестические данные, дать клиническую оценку на основании применения методов клинического исследования в сочетании с использованием лабораторных методов диагностики, выделять геморрагического и тромбоцитопенического синдрома.

3. Тезисы лекции:

Миелоапластический синдром объединяет большую группу состояний, различных по этиологии и патогенезу, основные клинические проявления которых обусловлены подавлением костно-мозгового кроветворения. По происхождению различают врожденные, т. е. генетически

обусловленные, и приобретенные формы миелоидной аплазии; по течению — острые и хронические. Выделяют также формы, характеризующиеся неполным угнетением регенераторной способности костного мозга, его гипоплазией и полным подавлением его функции аплазией.
Гемобластозы — опухоли, исходящие из кроветворной ткани; рост патологических клеток может быть диффузным и очаговым.
Гемобластозы — злокачественные заболевания системы крови, характеризующиеся следующими признаками: а) прогрессирующей клеточной гиперплазией в органах кроветворения с резким преобладанием процессов размножения (пролиферации) определенных клеток, составляющих в каждом случае морфологическую сущность болезни, над процессами их созревания (дифференциации) и утратой ими типичных морфологических и функциональных свойств; б) замещением (метаплазией) этими патологическими клетками нормальных клеток кроветворных органов; в) появлением патологических очагов кроветворения в различных органах.
Острый лейкоз (leucosis acuta) характеризуется неудержимой пролиферацией наиболее молодых (бластных) элементов крови с нарушением их последующей дифференцировки, а также развитием очагов патологического кроветворения в различных органах. Наиболее часто встречаются его лимфо- и миелобластный варианты (острый лимфолейкоз, острый миелолейкоз).
Острый лейкоз наблюдается в любом возрасте, чаще болеют мужчины и женщины в возрасте 20—30 лет.
Хронический лимфолейкоз (lympholeucosis chronica) в настоящее время относят к доброкачественным опухолям иммунокомпетентной ткани. Его гематологической основой являются В-лимфоциты (морфологически имеющие характер зрелых, но функционально неполноценные). Он проявляется системной гиперплазией «лимфоидного аппарата», лимфоидной метаплазией селезенки, костного мозга и других органов. Хронический лимфолейкоз представляет собой одну из распространенных форм лейкозов. Чаще он наблюдается в среднем и пожилом возрасте (25—70 лет), преимущественно у мужчин.
Эритремия (erythraemia; син.: хронический эритромиелоз, болезнь Вакеза) относится к группе «доброкачественных» миелопролиферативных заболеваний и характеризуется тотальной гиперплазией клеточных элементов костного мозга, наиболее выраженной в эритроцитарном ростке. Эритремия впервые описана французским клиницистом Вакезом в 1892 г. Заболевание чаще поражает лиц пожилого возраста, преимущественно мужчин.
Лимфогранулематоз (lymphogranulomatosis) представляет собой системное заболевание из группы злокачественных лимфом, характеризующихся специфическим опухолевым поражением лимфатических узлов, селезенки, а затем и других органов. Заболевание впервые описано английским врачом Ходжки-ном в 1832 г. и поэтому называется его именем.
Геморрагические диатезы — группы заболеваний, при которых наблюдается наклонность к кровоточивости и повторным кровотечениям, возникающим как спонтанно, так и под влиянием травм, даже самых незначительных, не способных вызвать кровотечение у здорового человека.
Тромбоцитопеническая пурпура (purpura trombocitopenica; син.: болезнь Верльгофа) — геморрагический диатез, обусловленный недостатком в крови тромбоцитов. Заболевание впервые описано немецким врачом Верль-гофом в 1735 г. Тромбоцитопеническая пурпура чаще наблюдается в молодом возрасте, преимущественно у женщин.
4. Иллюстративный материал: презентация.
5. Литература: в силлабусе указана.
6. Контрольные вопросы (обратная связь):
1. Что такое лейкозы?
2. Чем характеризуется лимфолейкозе?
3. Каким методом можно выявить миелолейкоз?

4. Какие лабораторные и инструментальные исследование используется для диагностики лимфо – и миелолейкоза?